

P r o b l e m y narkotyków i narkomanii

**w ustawodawstwie
polskim**

© Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju

UNDP jest zastrzeżonym znakiem Programu Narodów
Zjednoczonych

Koordinacja:

Aleksandra Duda
Leszek Trzaska

Projekt graficzny:

Cezary Sotek

Wydane przez:

Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)
Al. Niepodległości 186, 00-608 Warszawa

ISBN 83-917047-7-7
Warszawa 2004

SPIS TREŚCI

Problematyka narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim

– *Krzysztof Krajewski*

Postulowane kierunki polityki legislacyjnej wobec narkotyków i narkomanii

Narkotyki we współczesnych społeczeństwach	5
Cele i sposoby działań politycznych wobec narkotyków	6
Rola prawa karnego	7
Negatywne konsekwencje represjonowania użytkowników narkotyków	10
Istota strategii redukcji szkód	12
Dekryminalizacja i depenalizacja użytkowników narkotyków	13
Stosowania alternatyw leczniczych wobec użytkowników narkotyków	13
Programy redukcji szkód	14

Ustawodawstwo polskie a problematyka programów redukcji szkód

Ogólna charakterystyka ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii	18
Kwestia traktowania posiadania narkotyków	18
Leczenie osób uzależnionych	26
Alternatywy lecznicze wobec kary stosowane w stosunku do osób uzależnionych (...)	27
Prawna problematyka leczenia substytucyjnego	35
Status programów wymiany igieł i strzykawek	40

ANEKS

Krajowe programy przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami (Szwecja, Dania, Hiszpania, Węgry)

– *Grażyna Świątkiewicz*

Wprowadzenie	44
Szwecja	47
Dania	53
Hiszpania	58
Węgry	63

Próba podsumowania	67
---------------------------------	----

Plan Działań odnośnie do narkotyków i uzależnień

– *Komisarz ds. Narkotyków Rządu Federalnego Niemiec*

Wstęp	70
Redukcja problemów związanych z narkotykami i uzależnieniami od nich	77
Sposoby ograniczenia problemów związanych z uzależnieniem	83
Współpraca międzynarodowa i europejska	108
Badania	115
Cele i przykłady wdrażania poszczególnych działań	116
Skład i zadania Komisji ds. Narkotyków i Uzależnień	127

United Nations Development Programme	128
---	-----

Postulowane kierunki polityki legislacyjnej wobec narkotyków i narkomanii

Narkotyki we współczesnych społeczeństwach

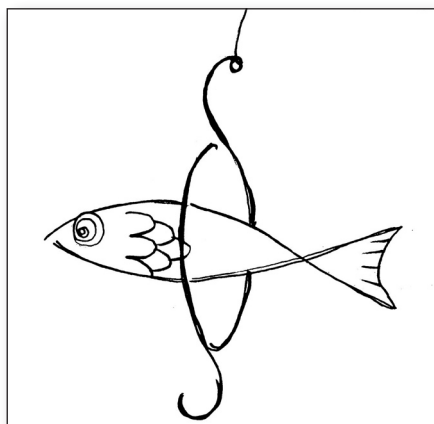
Środki odurzające i psychotropowe (zwane potocznie narkotykami), oraz ich używanie w celach niemedycznych (czyli narkomania), to niewątpliwie jeden z najpoważniejszych problemów społecznych współczesności. Równocześnie stwierdzić należy, iż wizja społeczeństwa całkowicie wolnego od narkotyków i od narkomanii, jakkolwiek atrakcyjna i godna aprobaty, nie jest możliwa do zrealizowania, a przede wszystkim – do wymuszenia w drodze represji. Czy się to nam podoba czy nie, „społeczeństwa wolne od narkotyków” nie istniały, nie istnieją i najprawdopodobniej nie będą istnieć w przyszłości. Różne substancje psychoaktywne, o mniejszym lub większym stopniu szkodliwości, towarzyszą bowiem cywilizacji od zarania jej dziejów. Gdyby chcieć rzeczywiście realizować postulat uwolnienia ludzkości od nich, to w naszych warunkach kulturowych należałoby zacząć od alkoholu, powszechnie używanego legalnego narkotyku, wywołującego olbrzymie szkody indywidualne i społeczne. Próby całkowitego wyeliminowania alkoholu z życia społecznego i rozwiązywania problemów z nim związanych za pomocą zakazów i represji nikt dzisiaj nie potraktowałby jednak poważnie (w przeciwieństwie do pomysłodawców prohibicji amerykańskiej w latach dwudziestych i trzydziestych XX stulecia). Stanowisko takie nie oznacza aprobaty narkotyków jako czegoś „dobrego” czy „pożytecznego”. Niewątpliwie najlepiej nie używać narkotyków, a świat bez tych substancji i wywoływanych przez nie problemów byłby zapewne lepszy. Trzeba się jednak pogodzić z faktem, że zawsze znajdzie się grupa ludzi, którzy – z takich czy innych powodów – będą sięgać po narkotyki.

Cele i sposoby działań politycznych wobec narkotyków

W związku z powyższym jedną z istotnych kwestii dotyczących polityki prowadzonej wobec narkotyków i narkomanii jest pytanie o zamierzone cele. Jeśli cel w postaci „społeczeństwa wolnego od narkotyków” i powszechnej abstynencji uznać za nieosiągalny, to co powinno wyznaczać kierunki polityki wobec tych substancji i ich użytkowników? Nie ulega wątpliwości, iż po pierwsze należy dążyć do maksymalnej redukcji rozmiarów używania środków odurzających i substancji psychotropowych w celach niemedycznych. Inaczej mówiąc, głównym zadaniem racjonalnej walki z narkotykami powinno być zminimalizowanie rozmiarów grupy użytkowników narkotyków.

Na tym tle rodzą się jednak dalsze pytania. Rozmiary niemedycznego stosowania narkotyków w każdym społeczeństwie są wypadkową dwóch czynników, a mianowicie ich podaży, oraz popytu. W związku z tym powstaje pytanie czy zasadniczym priorytetem w polityce przeciwdziałania narkomanii powinno być zmniejszanie podaży narkotyków, czy może raczej redukcja popytu na te substancje i motywacji do ich używania? Wreszcie, kapitalne znaczenie ma pytanie o to, jakimi metodami należy i można posługiwać się dla osiągnięcia powyższych celów? Ta ostatnia kwestia jest szczególnie istotna, albowiem odpowiedź na nią wyznacza miejsce i rolę, jakie w polityce wobec narkotyków odgrywa prawo karne i środki o charakterze represyjnym.

W tym kontekście podkreślić należy, iż uznanie faktu społecznej i indywidualnej szkodliwości narkotyków nie powinno w żaden sposób przesądzać o metodach przeciwdziałania temu zjawisku. Od lat przyzwyczailiśmy się, iż podstawowym narzędziem jest tu prawo karne, stojące na straży globalnego



systemu prohibicyjnego, systemu poniechanego zresztą w stosunku do alkoholu, ale utrzymywanego w odniesieniu do środków odurzających i substancji psychotropowych. Problem polega na tym, iż prawo karne, które i tak nie jest najefektywniejszym instrumentem kontroli społecznej, w przypadku narkotyków okazuje się szczególnie nieskuteczne i szkodliwe, powodując cały szereg negatywnych konsekwencji ubocznych. Konsekwencje te są dokładnie rozpoznane i opisane w literaturze fachowej. Istnieją również sposoby i metody alternatywnego postępowania w tym zakresie, odwołujące się do metod polityki społecznej innych niż sankcje karne. Metody te nie opierają się na całkowitej rezygnacji z posługiwania się w obszarze polityki wobec narkotyków i narkomanii prawem karnym, ale na ograniczaniu jego roli do niezbędnego minimum. Ich istotę stanowi założenie, że celem polityki wobec narkotyków i narkomanii powinno być podejmowanie wszelkich możliwych starań po temu, aby szkody wynikające z tego zjawiska tak dla społeczeństwa jako całości, jak i dla poszczególnych jednostek, były możliwie jak najmniejsze. Podstawową strategią takiego podejścia do problemu narkotyków i narkomanii jest polityka tzw. ograniczania szkód (*harm reduction*), szkód wynikających zarówno z używania i nadużywania narkotyków, jak i używania i nadużywania prawa karnego do zwalczania problemów stwarzanych przez narkotyki.

Rola prawa karnego

W świetle powyższych stwierdzeń zarysować można postulowany model roli prawa karnego w polityce wobec narkotyków. Zgodnie z nim w zakresie ograniczania dostępności narkotyków można i należy nawet odwoływać się do represji, a podaż narkotyków może i powinna być traktowana, jako problem polityki kryminalnej. Chociaż nadzieje na to, że przy użyciu najsurowszej nawet represji zdoła się całkowicie zlikwidować nielegalną podaż narkotyków są złudne, trzeba równocześnie przyznać, iż w chwili obecnej brak jest jakichś jednoznacznie zarysowanych alternatyw w tym zakresie. Wysuwany przez niektórych postulat całkowitej legalizacji narkotyków, a więc właśnie zalegalizowania ich podaży, nie wydaje się być, póki co,

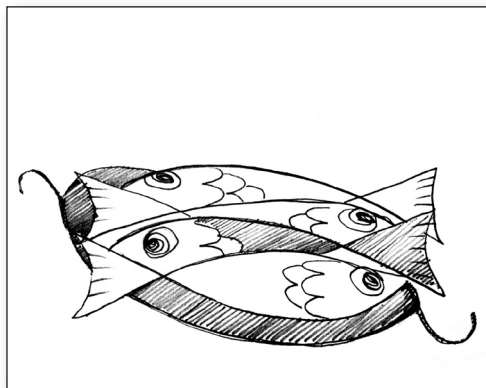
postulatem realistycznym. Dotyczy to szczególnie tzw. środków twardych, których legalizacja byłaby niewątpliwie eksperymentem zbyt ryzykownym. Nieco inaczej sprawa przedstawia się w stosunku do środków miękkich. Aczkolwiek doświadczenia polityki holenderskiej w tym zakresie wydają się być raczej pozytywne, trudno jednak rozwiązanie takie zalecać bezkrytycznie w każdych warunkach i w każdym kraju. Niewątpliwie jednak dyskusja na ten temat i poważne traktowanie takiej opcji, jako ewentualnego rozwiązania na przyszłość, nie powinny być a priori odrzucane.

Inaczej natomiast przedstawia się sprawa w przypadku popytu na narkotyki i działań wobec użytkowników tych substancji. Wiele poważnych argumentów przemawia za tym, iż zwalczanie popytu na narkotyki (stanowiące skądinąd najlepszą metodę ograniczania rozmiarów ich używania), nie powinno odwoływać się do represji, a przynajmniej powinno czynić to w sposób maksymalnie oszczędny. Popyt na narkotyki powinien być traktowany przede wszystkim, jako kwestia polityki społecznej i zdrowotnej. Argumentów przemawiających za takim podejściem jest wiele.

Kryminalizacja i posługiwanie się represją wobec użytkowników narkotyków za sam fakt ich używania naruszają zasadę umiaru w posługiwaniu się sankcjami karnymi, szczególnie wobec zachowań autodestrukcyjnych. Osoba używająca narkotyki godzi przede wszystkim w swoje własne dobra, głównie w zdrowie, ale czasami także życie. Jest to oczywiście olbrzymi problem społeczny, co nie oznacza, że powinien on być zwalczany poprzez karanie takich osób. Najlepszym tego przykładem może być fakt, że żadne ustawodawstwo współczesne nie traktuje jako przestępstwa próby samobójczej, co było powszechne w większości kodeksów karnych 100 czy 150 lat temu. Nie znaczy to, że samobójstwo, czy inne zachowania autodestrukcyjne, nie stanowią problemu społecznego. Przeciwdziałanie im nie jest jednak kwestią represji, lecz profilaktyki i innych oddziaływań ze sfery polityki społecznej. Kardynalna zasada współczesnego prawa karnego mówi, iż kryminalizacja powinna opierać się na przesłankach racjonalnych, a nie emocjonalnych. Oznacza

to, iż ma być dokonywana w oparciu o dokładne rozważenie takich kwestii, jak cele, które chce się za pomocą takiej czy innej decyzji osiągnąć, zdadność sankcji karnych do ich osiągnięcia oraz ewentualne koszty i konsekwencje uboczne tej operacji, tak finansowe, jak społeczne. Z tego względu do podstawowych zasad nowoczesnej polityki kryminalnej, o czym niestety najczęściej zapominają politycy, należą dwie następujące: zasada subsydiarności prawa karnego oraz zasada *in dubio pro libertate*.

Pierwsza z nich oznacza, iż kryminalizacja, czy też szerzej – penalizacja jakiegoś zachowania, powinna stanowić ostateczność, *ultima ratio* polityki społecznej. Inaczej mówiąc, sankcje karne należy wykorzystywać jako instrument przeciwdziałania problemom społecznym w sposób bardzo



oszczędny i tylko w ostateczności, wówczas, gdy rzeczywiście nie ma innego wyjścia i innych instrumentów. Rzecz w tym, iż prawo karne, podobnie jak większość leków stosowanych w medycynie, ma różne konsekwencje uboczne, niekiedy bardzo negatywne. Czasami nie ma rady i trzeba ten środek stosować, ale nie należy i nie wolno go nadużywać. W tym kontekście to, że w opinii wielu polityków oraz w świadomości powszechnej, zakazy i sankcje prawnokarne traktowane są niemalże jako panaceum na wszelkie problemy i bolączki społeczne, pozostaje w całkowitej sprzeczności ze współczesnym stanem kryminologicznej wiedzy naukowej.

Zasada *in dubio pro libertate* oznacza natomiast, iż w przypadku istnienia wątpliwości co do racji i zasadności penalizacji jakiegoś zachowania, ważkich argumentów przemawiających przeciw takiej decyzji, należy z owej penalizacji zrezygnować. Szczególnie istotna jest tu analiza zysków i kosztów takiego rozwiązania. Jeśli przewyższają one ewentualne zyski, a więc gdy lekarstwo może

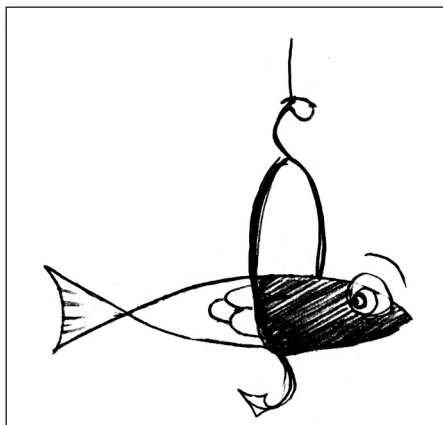
się okazać bardziej szkodliwe niż choroba, którą ma leczyć, od penalizacji należy czym prędzej odstąpić.

Negatywne konsekwencje represjonowania użytkowników narkotyków

Jeśli w świetle powyższych zasad przyrzeć się roli, jaką prawo karne odgrywa w polityce wobec narkotyków i narkomanii, wyłania się kilka problemów. Przede wszystkim należy stwierdzić, iż kryminalizacja i stosowanie represji dla redukcji popytu na narkotyki jest nieefektywne. Ciągłe zaostrzanie kar, z czym mamy do czynienia od ponad stu lat w wielu ustawodawstwach na świecie, nie przyczyniło się bynajmniej do jakiegś istotnej redukcji rozmiarów zjawiska narkomanii. Co więcej, w wielu wypadkach nie zdołało nawet powstrzymać jego narastania. Wydaje się, iż konsekwencje nowelizacji polskiej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997r., jaka została dokonana w 2000r., mogą być tego jaskrawą ilustracją. Zaostrzenie represji karnej wprowadzone tą ustawą miało w opinii jej zwolenników stanowić zasadniczy przełom w kierunku zwiększenia efektywności walki z narkomanią i zmniejszenia rozmiarów problemu. Owa słynna „maczuga na dealerów” okazała się jednak w praktyce przysłowiową zamianą „siekiereki na kijek” i trudno jest mówić o jakimś jednoznacznym odwróceniu obserwowanej w Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych tendencji wzrostowej w zakresie rozmiarów używania narkotyków. Co prawda wyniki przeprowadzonych w roku 2003 badań epidemiologicznych ESPAD (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) wskazują na pewien spadek rozmiarów używania amfetaminy oraz LSD w grupie uczniów między 15 a 16 rokiem życia w stosunku do wyników tego samego badania z roku 1999. W przypadku jednak np. konopii w tej grupie wiekowej nadal występowała tendencja wzrostowa. Co więcej, w przypadku uczniów w wieku 17-18 lat w ogóle nie odnotowano żadnych spadków w stosunku do roku 1999 i w odniesieniu do wszystkich rodzajów środków odurzających odnotowano tam dalszy wzrost rozpowszechnienia kontaktów z nimi. Trudno jest więc twierdzić, iż nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 2000 dała jakieś jednoznaczne pozytywne efekty. Co więcej, nawet jeśli można zaobserwować pewne

pozytywne zjawiska, nie można mieć w żadnym wypadku pewności, czy u ich podłoża leżało wprowadzone w roku 2000 zaostrenie prawa. Mogły na to wpłynąć zupełnie inne czynniki.

Równocześnie, co z punktu widzenia niniejszych rozważań jest najważniejsze, kryminalizacja i stosowanie represji dla redukcji popytu na narkotyki wywołują szereg negatywnych efektów ubocznych. Przede wszystkim ich użytkownicy zaczynają być postrzegani i traktowani jako przestępcy, a nie osoby chore, wymagające pomocy i leczenia. A przestępców się nie



leczy. Przestępców powinno się karać! To rzutuje w sposób zasadniczy na społeczne postawy wobec narkomanów i innych użytkowników narkotyków, potęguje postawy punitywne i powiększa zakres społecznego wykluczenia tych osób. Co więcej, pomiędzy represją, a pomocą i leczeniem, istnieje najczęściej zasadnicza sprzeczność. Represja spycha bowiem użytkowników narkotyków do głębokiego podziemia, a przez to potęguje negatywne dla nich konsekwencje zdrowotne i społeczne. W takich warunkach rozwijają się bowiem najbardziej niebezpieczne formy używania narkotyków. Substancje te są groźne same przez się. Przyjmowane w ryzykowny sposób stają się jeszcze bardziej niebezpieczne. Mechanizm transmisji wirusa HIV i innych zagrażających zdrowiu i życiu infekcji w populacji dożylnych użytkowników narkotyków, będący konsekwencją wspólnego używania niesterylnych igieł i strzykawek, jest najlepszym tego przykładem. Nie ulega przy tym wątpliwości, iż powszechność wykorzystywania przez dożylnych użytkowników narkotyków niesterylnego sprzętu iniekcyjnego, jest wymuszana przez warunki, w jakich – w ramach systemu prohibicyjnego – funkcjonuje podkultura narkomańska i z faktu, że używanie narkotyków jest nielegalne. Czynności nielegalne są podejmowane przede wszystkim z myślą o tym, aby nie pociągnęły za sobą ujawnienia i odpowiedzialności karnej.

Co więcej, represja, spychając użytkowników narkotyków do głębokiego podziemia, utrudnia realizację efektywnej polityki socjalnej i zdrowotnej. W takich warunkach utrudniony zostaje bowiem dostęp służb socjalnych i medycznych do tych osób. Narkomani zazwyczaj unikają kontaktów ze światem zewnętrznym. Dotyczy to nie tylko policji – co oczywiste – ale także pracowników socjalnych, lekarzy i innych osób mogących udzielić im pomocy. Wynika to z obawy, że kontakty takie mogą oznaczać „kłopoty” i prędzej, czy później, doprowadzić do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej. W takich warunkach utrudnione jest także wytworzenie stosunku zaufania pomiędzy terapeutą a użytkownikiem, co stanowi warunek konieczny nie tylko powodzenia ewentualnej terapii, ale także wszelkich zabiegów profilaktycznych. Nie można być równocześnie policjantem i terapeutą. Szerokie stosowanie represji wobec użytkowników narkotyków prowadzi także do tego, iż pomiędzy organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a podmiotami zaangażowanymi w działalność medyczną i socjalną w środowisku narkomanów dochodzi do częstych konfliktów i napięć, albowiem cele i metody ich działań są zupełnie odmienne. Represja często wręcz niweczy wysiłki podejmowane w obszarze działań socjalnych i zdrowotnych. Wreszcie, nie można zapominać, iż represje wobec użytkowników narkotyków pogłębiają najczęściej ich marginalizację i wykluczenie społeczne. Czy polityka prowadzona wobec tych osób powinna do tego prowadzić? Czy też raczej należy podejmować próbę włączenia ich na powrót do społeczeństwa?

Istota strategii redukcji szkód

W tym kontekście pojawiło się pytanie, czy celem oddziaływania na osoby uzależnione i innych użytkowników narkotyków powinna być wyłącznie abstynencja? Czy może równie uprawnionym zamierzeniem powinna być redukcja szkód wywoływanych przez te substancje? Rzecz w tym, iż abstynencja, a przynajmniej szybkie jej osiągnięcie, jest dla wielu użytkowników narkotyków celem nierealistycznym i nieosiągalnym w krótkim okresie czasu. Jeśli tak, to być może trzeba zaakceptować – przynajmniej tymczasowo – fakt, iż osoby takie używają narkotyki. Musi temu jednak

towarzyszyć minimalizowanie negatywnych tego konsekwencji, redukcja szkód, tak społecznych, jak i indywidualnych. Abstynencja nie jest w takim podejściu wyłącznym celem podejmowanych działań, aczkolwiek nie należy z niego całkowicie rezygnować. Jeśli istnieje możliwość jego osiągnięcia, to należy do tego dążyć. Równie ważna staje się jednak minimalizacja indywidualnych i społecznych szkód, wywoływanych używaniem narkotyków, szczególnie wtedy, gdy abstynencja jest albo całkowicie nieosiągalna, albo nie da się osiągnąć szybko.

Dekryminalizacja i depenalizacja użytkowników narkotyków

Jak w takim razie powinien wyglądać postulowany model polityki i ustawodawstwa dotyczących narkotyków? Otóż przede wszystkim powinien on opierać się na zachowaniu represji w stosunku do sprawców czynów polegających na stwarzaniu podaży narkotyków. Dotyczy to przede wszystkim takich osób, które nie używając narkotyków i nie będąc uzależnione, czerpią zyski z nałogu innych. Inaczej należy podejść do takich czynów, których przedmiotem są wprowadzenie narkotyki, ale ich celem nie jest osiągnięcie korzyści majątkowej, a własna konsumpcja. Chodzi tutaj głównie o posiadanie, nabywanie, czy uprawianie na własny użytek środków odurzających. W stosunku do takich czynów właściwym podejściem ustawodawcy powinna być **depenalizacja** lub **dekryminalizacja**.

Stosowania alternatyw leczniczych wobec użytkowników narkotyków

Postulat wycofania – w takim zakresie, w jakim jest to możliwe i wskazane – prawa karnego i represji wobec osób uzależnionych i innych użytkowników narkotyków, dotyczy także takich form drobnego handlu detalicznego tymi środkami – powszechnych wśród uzależnionych na całym świecie – których celem jest uzyskanie środków na finansowanie własnej konsumpcji, a także przypadków dopuszczania się przez te osoby przestępstw pospolitych, takich jak

kradzieże, włamania, fałszerstwa recept itp. Wycofanie represji karnej w przypadku takich czynów, a więc całkowita depenalizacja czy dekryminalizacja, nie jest oczywiście możliwe. Możliwe jest jednak szerokie dopuszczenie **środków alternatywnych o charakterze leczniczym** stosowanych w ramach zasady „**leczyć zamiast karać**”. Są one szeroko znane w ustawodawstwach wielu krajów świata. Nie polegają na odwoływaniu się do alternatywy w postaci prostego przymusu leczenia. Rozwiązania takie uważa się częstokroć za nieefektywne, jako że jedną z istotnych przesłanek skuteczności terapii uzależnień wszelkiego rodzaju jest jej dobrowolność. Dlatego też o wiele lepszym podejściem jest podjęcie prób stworzenia użytkownikom narkotyków stosownej motywacji do podjęcia decyzji o poddaniu się takiej, czy innej formie terapii. Polega to najczęściej na stworzeniu alternatywy w postaci możliwości znacznej redukcji odpowiedzialności karnej za popełniony czyn lub nawet całkowitego poniesienia pociągania danej osoby do odpowiedzialności, pod warunkiem wszakże, iż użytkownik narkotyków podda się stosownej terapii i ukończy ją z pozytywnym rezultatem. Trudno oczywiście mówić tu o całkowitej dobrowolności decyzji o poddaniu się terapii. Jest to jednak lepsze niż bezpośredni przymus leczenia, czy prosta represja.

Programy redukcji szkód

Rozwiązania powyższe, polegające na częściowym przynajmniej wycofaniu prawa karnego i represji w stosunku do użytkowników narkotyków, stwarzają stosowne ramy prawne do tego, aby kwestię używania środków odurzających i substancji psychotropowych traktować przede wszystkim, jako **problem polityki zdrowotnej i socjalnej**, a nie **polityki kryminalnej**. Ta ostatnia ma zajmować się zwalczaniem podaży narkotyków. W ramach tak ukształtowanej „sfery wolnej od represji” istnieje szansa swobodnego rozwijania stosownych działań prewencyjnych, edukacyjnych, terapeutycznych, leczniczych, resocjalizacyjnych i innych, które nie są zakłócanie poprzez realizację celów represyjnych. Dzięki takiemu podejściu pojawia się także możliwość nieskrępowanej realizacji wspomnianych **programów redukcji szkód**. Współcześnie istnieje

co najmniej kilka różnych form takich programów, które w wielu krajach świata stały się trwałym i powszechnie stosowanym elementem polityki wobec narkotyków i narkomanii.

- **Programy substytucji lekowej.**

Polegają one na wykorzystaniu głównie metadonu, ale także innych specyfików, jako substytutu środków z grupy opiatów, przede wszystkim heroiny. Chodzi tu więc o te środki odurzające, które prowadzą do najgłębszych form uzależnienia i do najgłębszego zakłócenia stanu psychicznego i zdolności jednostki do normalnego pełnienia ról społecznych, a tym samym wywołują największe szkody indywidualne i społeczne. Wykorzystanie metadonu może zresztą przybierać dwojaki charakter. W bardziej ograniczonej formie wykorzystywany on jest jedynie jako środek ułatwiający osobie uzależnionej przetrwanie okresu detoksykacji. Może być jednak także stosowany w podtrzymującej terapii długookresowej, której zasadniczym celem jest nie tyle abstynencja, co stabilizacja życiowa osoby uzależnionej. Osobie poddanej tego typu terapii, metadon powinien umożliwić przede wszystkim jedno: zerwanie z charakterystyczną dla tzw. „syndromu ćpuna” koncentracją na konieczności zdobycia kolejnej „działki”, która, praktycznie rzecz biorąc, uniemożliwia jakąkolwiek inną aktywność życiową.

Terapia substytucyjna umożliwia także poniechanie przez uzależnionych najbardziej szkodliwych i niebezpiecznych dla życia i zdrowia form konsumpcji heroiny, co w konsekwencji może przynieść znaczną poprawę stanu ich zdrowia somatycznego, a tym samym wywrzeć odpowiednio pozytywny wpływ na zdolność do normalnego funkcjonowania społecznego. Ten ostatni aspekt terapii metadonowej nabrał szczególnego znaczenia w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX stulecia, w obliczu rozszerzania się epidemii wirusa HIV. Zastąpienie dożylnych iniekcji heroiny doustnym przyjmowaniem metadonu, powinno zmniejszyć w sposób zasadniczy ryzyko zarażenia się tym wirusem przez narkomanów nie będących jeszcze osobami zakażonymi, bądź przekazania go innym przez narkomanów, którzy są już zakażeni.

Stosowanie metadonu powinno także wpłynąć na rozmiary przestępczości narkomanów. Osoba uzależniona otrzymując metadon w sposób całkowicie legalny, ma szansę zerwać z „uzależnieniem” od dostarczających jej heroinę handlarzy, co oznacza odejście od funkcjonującej wokół czarnego rynku podkultury przestępczej. Ludzie ci powinni również w zasadniczy sposób zmniejszyć intensywność dopuszczania się przestępstw pospolitych oraz drobnego handlu detalicznego narkotykami, których celem jest uzyskiwanie środków finansowych na zakup narkotyków na własne potrzeby. Korzyści społeczne, jakie można odnieść na skutek zmniejszenia rozmiarów tego typu zachowań wśród narkomanów, są oczywiste.

- **Programy wymiany igieł i strzykawek.**

Programy takie stanowią dzisiaj standardową metodę redukcji szkód. Jak wspomniano, używanie niesterylnego sprzętu iniekcyjnego jest jednym z podstawowych problemów współczesnej podkultury dożylnych użytkowników narkotyków. Umożliwianie narkomanom uzyskiwania sterylnego sprzętu iniekcyjnego, to podstawowa metoda ograniczania rozprzestrzeniania się wirusa HIV oraz wirusa zapalenia wątroby typu C, a także innych infekcji przenoszonych poprzez kontakt z krwią w ramach tej populacji. Programy wymiany igieł i strzykawek mają jednak także inne cele. Ponieważ narkomani muszą oddawać stary sprzęt w punktach wymiany, programy takie wpływają pozytywnie na kwestie związane z porządkiem publicznym, zapobiegają bowiem porzucaniu niesterylnego sprzętu w dowolnych miejscach. Stanowią także swoistą „marchewkę”, skłaniającą uzależnionych do podjęcia kontaktów z pracownikami socjalnymi i terapeutami, co może zaowocować podjęciem prób terapii itp.

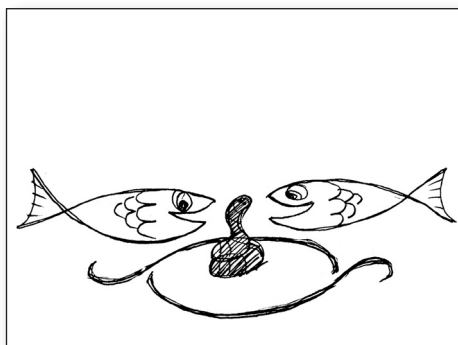
- **Pomieszczenia higieniczne.**

Inną formą redukcji szkód, coraz częściej stosowaną w krajach Europy Zachodniej, są tzw. pomieszczenia higieniczne. Są to miejsca gdzie narkomani mogą aplikować sobie narkotyki, czyniąc to pod nadzorem personelu medycznego i socjalnego. Ich funkcja jest zbliżona do programów wymiany igieł i strzykawek, ale sięga dalej. Chodzi tu nie tylko o używanie sterylnego sprzętu dostępnego w takich pomieszczeniach, ale także uzyskanie dodatkowych informacji o bezpiecznym wykonywa-

niu iniekcji i – przede wszystkim – możliwość udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej w razie wystąpienia przedawkowania lub innych komplikacji. W tym sensie pomieszczenia higieniczne są traktowane głównie, jako sposób zapobiegania powikłaniom, występującym często w przypadku tradycyjnych form konsumpcji dożylniej we współczesnej podkulturze narkomańskiej (w toaletach publicznych, bramach, parkach i innych odludnych miejscach). Mogą one także odgrywać istotną rolę w ograniczaniu problemów porządku publicznego, związanych z używaniem narkotyków, a także stanowić istotny środek nawiązywania kontaktów z uzależnionymi przez służby socjalne i medyczne.

- **Programy legalnego udzielania opiatów osobom uzależnionym.**

Pomysł terapii podtrzymującej, polegającej na legalnym udzieleniu osobom uzależnionym opiatów pod kontrolą lekarską i w celach medycznych, realizowany był przez dość długi czas w okresie



międzywojennym i bezpośrednio po II wojnie światowej w Wielkiej Brytanii w ramach tzw. systemu brytyjskiego. W późniejszym okresie programy udzielania prawdziwej heroiny zostały zastąpione programami metadonowymi. Dzisiaj w niektórych krajach (np. w Szwajcarii) powraca się do idei ograniczonego wykorzystania heroiny do terapii podtrzymującej. Funkcja takich programów jest identyczna, jak w przypadku terapii substytucyjnej. Są one realizowane w stosunku do pacjentów, których określa się mianem chronicznie uzależnionych, wobec których terapia substytucyjna okazała się nieskuteczna. Trzeba jednak podkreślić, iż istotą takich programów nie jest bynajmniej sam fakt legalnego udostępniania opiatów. Towarzyszą im zawsze różne formy intensywnej opieki oraz pomocy psychologicznej i socjalnej. Ich zasadniczym celem – tak samo, jak w przypadku programów metadonowych – jest psychologiczna i społeczna stabilizacja osoby uzależnionej, która w dalszej perspektywie czasowej prowadzi nawet do osiągnięcia całkowitej abstynencji.

Ustawodawstwo polskie a problematyka programów redukcji szkód

Ogólna charakterystyka ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Jakie perspektywy realizacji zarysowanego powyżej modelu polityki wobec narkotyków i narkomanii stwarza ustawodawstwo polskie? Do 2000 r. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r. dawała niezłe ramy prawne dla realizacji modelu nastawionego na profilaktykę, pomoc, leczenie i redukcję szkód. Wynikało to m.in. z przyjęcia takich rozwiązań, jak depenalizacja „drobnego” posiadania w art. 48 ust. 4, dość szerokie alternatywy lecznicze wobec kary przewidziane w art. 56 i 57, dopuszczalność leczenia substytucyjnego, przewidzianego w art. 15, czy niekwestionowana legalność programów wymiany igieł i strzykawek, wynikająca ze sposobu sformułowania art. 45 ustawy. Niestety, wiele wskazuje na to, iż nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, dokonana w 2000 r. oznaczała pod tym względem poważny regres.

Kwestia traktowania posiadania narkotyków

Art.48.

1. Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.
3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5.
4. *Nie podlega karze sprawca występkę określonego w ust.1, który posiada na własny użytek środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej*
(ust. 4 skreślony przez nowelizację z roku 2000).

• Kontrowersje wokół penalizacji posiadania narkotyków

W swej oryginalnej wersji art. 48 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przewidywał cztery postacie czynu, polegającego na posiadaniu środków odurzających lub substancji psychotropowych, a mianowicie typ podstawowy (ust. 1), typ uprzywilejowany w postaci przypadku mniejszej wagi (ust. 2) i typ kwalifikowany znamieniem znacznej ilości posiadanego środka (ust. 3). Ponadto ust. 4 tego przepisu stwierdzał, iż sprawca posiadający na własny użytek nieznaczne ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych nie podlega karze. To ostatnie rozwiązanie oznaczało, iż ustawa nie przewidywała całkowitej dekryminalizacji „drobnego posiadania”. Wszelkie formy posiadania narkotyku pozostawały bowiem w ramach tego rozwiązania czynem zabronionym pod groźbą kary, a „drobne posiadanie” stanowiło okoliczność wyłączającą jedynie karalność, a nie przestępczość takiego czynu. Z procesowego punktu widzenia oznaczało to, iż postępowania w takich sytuacjach nie należało wszczynać (tzn. należało wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania), a wszczęte należało umorzyć (tzn. wydać postanowienie o jego umorzeniu). Rozwiązanie to oznaczało wprowadzeniem *de facto* szczególnego typu oportunistycznego ścigania przy wykorzystaniu instytucji prawa karnego materialnego. W sumie stanowiło ono niewątpliwie sensowną i racjonalną próbę ograniczenia stosowania represji wobec użytkowników narkotyków.

Jednym z najpowszechniejszych nieporozumień, jakie powstały na tle oceny powyższych rozwiązań ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r., było twierdzenie, że art. 48 ust. 4 zezwalał na posiadanie niewielkich ilości narkotyku, przeznaczonych na cele własnej konsumpcji, co sugerowało wręcz, iż było ono czymś legalnym. Tymczasem, zgodnie z przepisami tej ustawy, zabroniona była każda forma posiadania narkotyku w jakiegokolwiek ilości, a posiadane bezprawnie środki podlegały przepadkowi. Ustawa przewidywała jedynie, że w przypadku posiadania niewielkich ilości narkotyku na własne potrzeby, sprawca takiego przestępstwa nie podlega karze. Inaczej mówiąc, posiadanie niewielkich ilości narkotyku, na cele własnej konsumpcji, pozostawało w myśl tego

rozwiązania przestępstwem, nawet jeśli jego sprawca nie podlegał karze. Wynikało to stąd, iż ustawodawca użył sformułowania, iż sprawca właśnie „nie podlega karze”, tzn. odwołał się do tzw. okoliczności wyłączającej karalność. Nie użył natomiast sformułowania, iż sprawca „nie popełnia przestępstwa”, co oznaczałoby odwołanie się do okoliczności wyłączającej przestępczość. Wymierzenie kary za określony czyn, jest oczywiście „zwykłym” normatywnym następstwem jego przestępczości. Związek ten może zostać rozerwany, czy to poprzez ustawodawcę (poprzez zastosowanie klauzuli generalnej niepodlegania przez sprawcę karze), czy też decyzją sądu (poprzez decyzję o odstąpieniu od wymierzenia kary w konkretnym indywidualnym przypadku). Inaczej mówiąc, stwierdzenie, iż sprawca nie podlega karze, nie oznaczało decyzji dotyczącej **przestępczości i karalności czynów** danej kategorii, lecz **karania określonej grupy sprawców**. Była to więc decyzja o charakterze przede wszystkim kryminalno-politycznym.

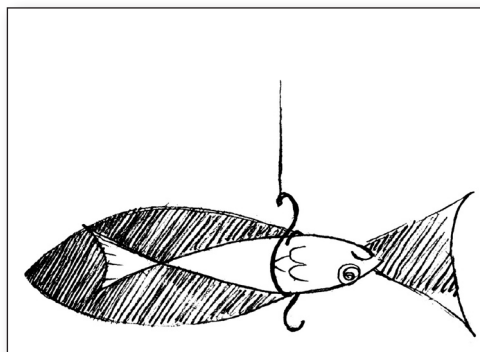
Kwestia ta stała się o tyle ważna, iż twierdzenie, że na gruncie uregulowań art. 48 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r., posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek nie stanowiło w ogóle przestępstwa, prowadziło do zarzutu niezgodności takiego rozwiązania z wymogami art. 3 ust. 2, ratyfikowanej przez Polskę Konwencji Narodów Zjednoczonych z 1988 r. o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Przepis ten wymaga bowiem kryminalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek. W świetle powyższej interpretacji argument ten uznać należy za chybiony. Aczkolwiek art. 3 ust. 2 konwencji z 1988 r. wymaga kryminalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyku na własny użytek, nie przesądza on zakresu w jakim wobec sprawców tego typu czynów są w rzeczywistości stosowane sankcje karne, inaczej mówiąc, nie przesądza w żaden sposób kwestii dopuszczalności stosowania oportunistycznego ścigania i karania. Przepis ten zabrania więc całkowitej dekryminalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyku na własny użytek. Nie dotyczy to jednak depenalizacji takiego posiadania, tj. ograniczenia jego karalności, stosowanej

w wielu krajach Unii Europejskiej. A do tego ostatniego rozwiązania odwoływał się właśnie art. 48 ust. 4 ustawy z 1997 r.

• Argumenty na rzecz penalizacji posiadania

Jednym z podstawowych argumentów wysuwanych przeciwko depenalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyku, przeznaczonych na własny użytek, który ponadto odegrał zasadniczą rolę w skreśleniu tego przepisu przez nowelizację ustawy dokonaną w 2000 r., było twierdzenie, iż niekaralność tego czynu utrudnia policji działania skierowane wobec zawodowych dealerów. Aczkolwiek nie można twierdzić, że w określonych sytuacjach nie pojawiały się tu rzeczywiście pewne problemy, tezę taką uznać należy za dalece przesadzoną. Podkreślić należy, iż w sferze prawnokarnej regulacji problematyki środków odurzających, nie ma rozwiązań idealnych. Przyjmując rozwiązanie, mające na celu realizację określonego celu (chodziło o częściowe wycofanie represji karnej wobec konsumentów), mogą pojawić się problemy w innych obszarach, polegające na tym, że rzeczywiście pewne przypadki posiadania niewielkich ilości narkotyków, w celach innych niż własny użytek, mogą „umykać” organom ścigania. Jest to jednak kwestia rachunku kosztów i zysków określonego rozwiązania. Jeśli chcemy realizować cel podstawowy, w postaci traktowania kwestii używania środków odurzających i substancji psychotropowych, jako problemu przede wszystkim polityki zdrowotnej i socjalnej, to trzeba stwierdzić, iż wątpliwości, jakie mogą wystąpić w innych obszarach, nie powinny usuwać z pola widzenia tego zasadniczego priorytetu.

Co więcej, trzeba powiedzieć, iż twierdzenia o tym, że art. 48 ust. 4 ustawy z 1997 r. stanowił jakąś zasadniczą przeszkodę na drodze efektywnej represji dealerów i innych osób, zajmujących się stwarzaniem nielegalnej podaży narkotyków i czerpiących z tego proce-



deru istotne zyski, uznać należy za grubo przesadzone. Z punktu widzenia ogólnej efektywności zwalczania handlu narkotykami był to bowiem i pozostaje nim do dzisiaj, problem marginalny. Rzecz w tym, że nawet jeśli handlarze uliczni posiadają przy sobie w momencie transakcji (kiedy policji jest rzeczywiście najłatwiej wkroczyć), tylko nieznaczne ilości narkotyku, to środek ten jest zawsze gdzieś zmagazynowany w większych ilościach. Zadaniem policji powinna być przynajmniej próba ustalenia tego miejsca i wkroczenie w momencie, gdy możliwa jest większa konfiskata. Ujęcie handlarza wtedy, gdy ma on przy sobie tylko nieznaczną ilość narkotyku, jest działaniem po linii najmniejszego oporu. Pociąga bowiem za sobą, jeśli nie można mu udowodnić handlu, a tylko samo posiadanie, stosunkowo niewysoką karę, która ani nie odstraszy innych, ani nie wyeliminuje takiej osoby na długo z działalności dealerskiej. Poważne sankcje za posiadanie możliwe są dopiero wtedy, gdy przy dealerze znajdzie się większą ilość środka. Dlatego wielu policjantów w Europie Zachodniej uważa, że nieustanne polowanie na „płotki” handlu ulicznego prowadzi jedynie do niepotrzebnego rozpraszania sił policji. Tacy drobni detaliści są, co prawda, stosunkowo łatwym celem akcji policyjnych, co poprawia wyniki statystyczne. Są to jednak działania pozbawione większego znaczenia z punktu widzenia zwalczania podaży narkotyków oraz „eliminowania” osób zajmujących się stwarzaniem owej podaży. W związku z tym policja powinna koncentrować się na przypadkach, w których wiadomo, że ma się do czynienia z większą ilością środka. Tylko to oznacza bowiem, że mamy do czynienia z osobą rzeczywiście ważną w systemie dystrybucji. I tylko takie działania mogą w istotny sposób wpłynąć na dezorganizację owego systemu i w efekcie istotniejsze zmniejszenie nielegalnej podaży (tj. zmniejszenie dostępności narkotyków), a także przełożyć się na wyroki umożliwiające dłuższą izolację więzienną sprawcy (a tym samym uniemożliwienie mu kontynuacji działalności przestępczej).

Co więcej, osoby zajmujące się drobnym detalicznym handlem narkotykami bywają same użytkownikami narkotyków, niejedno-

krotnie uzależnionymi od nich, i w ten sposób finansującymi własny nałóg. Powstaje pytanie, czy wobec osób takich przyznawać priorytet represji (tak, jak w przypadku „zwykłych” dealerów), czy też działaniom socjalnym i leczniczym (tak jak w przypadku użytkowników narkotyków). Przyznanie w odniesieniu do użytkowników narkotyków generalnego priorytetu działaniom socjalnym i leczniczym powinno oznaczać, iż dotyczy to także tych narkomanów, którzy zajmują się drobną „dealerką”. Ich represjonowanie nie przyczynia się bowiem w żaden istotny sposób do zmniejszenia ogólnej podaży nielegalnych narkotyków, a może potęgować negatywne konsekwencje dla tej grupy osób. Rachunek korzyści i strat wydaje się tutaj oczywisty.

W tym kontekście zmiany dokonane w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii w 2000 r., a mianowicie skreślenie art. 48 ust. 4, oraz ich konsekwencje praktyczne, ocenić trzeba w sposób jednoznacznie negatywny. Przede wszystkim należy wskazać, na brak jakichkolwiek pozytywnych efektów takiego rozwiązania w zakresie redukcji rozmiarów podaży narkotyków. Równocześnie jednak nie ulega wątpliwości, że nowelizacja ta wywołała cały szereg negatywnych konsekwencji. Skierowała ona bowiem działania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości wyraźniej na tory represji wobec użytkowników. Drastyczny wzrost liczby ujawnionych w latach 2001 oraz 2002 przypadków posiadania narkotyków, wynika właśnie z aktywizacji policji wobec użytkowników. W sumie ostrze zintensyfikowanej po roku 2000 represji skierowane zostało – wbrew zapewnieniom twórców tej nowelizacji – nie na prawdziwych handlarzy narkotykami, ale bądź to na użytkowników narkotyków posiadających te substancje na własnych użytek, a nie w celu wprowadzenia ich do obrotu, bądź też na drobnych detalistów, będących często osobami uzależnionymi. Takie ukierunkowanie działań policji – niestety przewidywane wcześniej przez krytyków nowelizacji – utrudniło w wielu wypadkach realizację programów pomocy, leczenia i redukcji szkód wobec użytkowników. Czy są to działania racjonalne? Można mieć co do tego zasadnicze wątpliwości. Dlatego też, nowelizacja

ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, dokonana w 2000 r., uznać należy za klasyczny przykład „wylania dziecka z kąpielą”.

• Aktualny stan prawny

Nie oznacza to jednak, iż nawet obecna wersja art. 48 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nie stwarza możliwości ograniczonego wycofania represji wobec osób uzależnionych, a przynajmniej wydatnego jej złagodzenia. Rzecz w tym, iż przepis ten zawiera w swym ust. 2 tzw. przypadek mniejszej wagi, zagrożony znacznie łagodniejszymi sankcjami. Racja istnienia tego przepisu związana jest właśnie z koniecznością odzwierciedlenia w kwalifikacji prawnej czynu stopnia jego społecznej szkodliwości. W literaturze przedmiotu przyjmuje się powszechnie, iż o możliwości zakwalifikowania czynu, jako przypadku mniejszej wagi (konstrukcja taka występuje także w art. 42 ust. 2, oraz 43 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i licznych przepisach kodeksu karnego), powinny decydować tzw. okoliczności podmiotowe, jak i przedmiotowe. W języku prawniczym pierwsza grupa oznacza okoliczności związane z osobą sprawcy przestępstwa, takie jak np. rodzaj przyświecającego zamiaru, stopień winy itp. Druga grupa oznacza okoliczności związane z samym czynem, jak np. rodzaj i wielkość wyrządzonej przestępstwem szkody. W danej sytuacji okolicznością przedmiotową, umożliwiającą kwalifikację czynu, jako przypadku mniejszej wagi powinna być niewątpliwie nieznaczna ilość posiadanego środka. Takie znamię ma oczywiście charakter ocenny i ustawa nie zawiera żadnych wskazówek, co do tego, jaką ilość środka można traktować jako nieznaczną. Wydaje się, iż kwestię tę należy oceniać każdorazowo w kontekście danego przypadku, w zależności od rodzaju środka oraz np. przeciętnej dziennej dawki konsumpcyjnej (kryterium przyjmowane w wielu ustawodawstwach świata).

Okolicznością podmiotową, stanowiącą podstawę do przyjęcia kwalifikacji czynu z art. 48 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, powinien być cel posiadania narkotyku w postaci własnego użytku. W takiej bowiem sytuacji mamy do czynienia niewątpliwie z zupełnie innym stopniem winy niż wówczas, gdy celem posiada-

nia jest wprowadzenie środka w taki, czy inny sposób, do obrotu. Podkreślić należy, iż w praktyce udowodnienie w sposób pozytywny powyższego znamienia podmiotowego może być jednak czymś bardzo trudnym, wręcz niemożliwym. Dlatego też słusznym wydaje się przyjęcie w tym przypadku (wzorem wielu ustawodawstw zachodnioeuropejskich), swoistego domniemania faktycznego polegającego na tym, iż zakłada się, że normalnie rzecz biorąc, posiadanie nieznacznych ilości środków odurzających związane jest z przeznaczeniem ich na własny użytek, a tym samym stwierdzenie, iż posiadana ilość jest nieznaczna, w zasadzie wystarcza do przyjęcia kwalifikacji uprzywilejowanej z art. 48 ust. 2. Przyjęcie kwalifikacji z typu podstawowego określonego w art. 48 ust. 1 jest uzasadnione tylko wówczas, gdy w danej sprawie istnieją dowody, iż sprawca miał konkretny zamiar wprowadzenia posiadanych środków w takiej, czy innej formie do obrotu, a więc, że mamy do czynienia z przestępstwem typu „dealerskiego”.

W przypadku przyjęcia w stosunku do czynu osoby będącej użytkownikiem narkotyków kwalifikacji z art. 48 ust. 2 ustawy z 1997 r., należy zawsze rozważyć możliwość odwołania się do przepisu art. 57 ustawy i zastosowania alternatywnych środków leczniczych (por. uwagi do art. 57). Uciekanie się w takich przypadkach do wniesienia aktu oskarżenia wydaje się być zasadne tylko wówczas, gdy nie są spełnione przesłanki określone w art. 66 kodeksu karnego, pozwalające następnie na zastosowanie warunkowego umorzenia postępowania. W tej sytuacji stosowanie art. 57 ustawy z 1997 r. jest bowiem w zasadzie bezprzedmiotowe.

Może być kwestią sporną, czy rodzaj posiadanego środka może mieć wpływ na wymiar kary za przestępstwo określone w art. 48 ustawy z 1997 r. Polskie ustawodawstwo nie zna, co prawda, podziału na środki „miękkie” i „twarde” (znanego wielu ustawodawstwom europejskim). Jest jednak rzeczą oczywistą, iż stopień abstrakcyjnego zagrożenia dla dobra prawnego, chronionego przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a mianowicie zdrowia publicznego, jaki wiąże się ze środkami różnego rodzaju, jest różny. Dlatego też, jeśli sprawy takie w ogóle powinny docho-

dzień do fazy wyrokowania, postulować należy ograniczanie się w przypadku posiadania produktów *cannabis* (marihuana, haszysz) zawsze do kary grzywny. Kara pozbawienia wolności, a szczególnie bezwzględne pozbawienie wolności, powinna być w takich sprawach stosowana absolutnie wyjątkowo.

Leczenie osób uzależnionych

Art.13.

Poddanie się leczeniu, rehabilitacji lub readaptacji jest dobrowolne, o ile przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

Ustawa z 1997 r. w art.13 zachowała zasadę ustawy z 1985 r., iż poddanie się leczeniu, rehabilitacji i readaptacji jest dobrowolne, dodając równocześnie (art. 14 ust. 7), iż jeśli są one prowadzone przez publiczny zakład opieki zdrowotnej udzielane są bezpłatnie. Leczenie przymusowe może być więc w warunkach polskich stosowane jedynie wyjątkowo. Wyjątek taki reguluje art. 17 ustawy.

Art.17.

1. Na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu, sąd rodzinny może skierować osobę uzależnioną, która nie ukończyła 18 lat, na przymusowe leczenie i rehabilitację.
2. Czasu przymusowego leczenia i rehabilitacji nie określa się z góry, nie może on być jednak dłuższy niż 2 lata.
3. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat przed zakończeniem leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia i rehabilitacji, łącznie nie dłuższy jednak niż określony w ust. 2.
4. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Zgodnie z treścią tego przepisu stosowanie bezpośredniego przymusu leczenia jest dopuszczalne tylko w stosunku do osób małoletnich, a więc takich które nie ukończyły 18 roku życia. Decyzja w tej sprawie może zapaść po złożeniu przez uprawnione do tego podmioty stosownego wniosku. Zapada ona po przeprowadzeniu właściwego postępowania przed sądem rodzinnym, który jest jedynym podmiotem władnym do podejmowania decyzji w tej kwestii. Przepisy określają również w sposób jednoznaczny maksymalny, dopuszczalny okres trwania takiego leczenia, który bez względu na jego wyniki, nie może być dłuższy niż 2 lata. Ustawa określa również, iż obowiązek leczenia trwa wyłącznie do uzyskania pełnoletności, kiedy to ustaje z mocy samego prawa. Sądy rodzinne mają co prawda możliwość jego przedłużania ponad moment osiągnięcia pełnoletności, ale łączny jego czas również w takim wypadku nie może być dłuższy niż 2 lata.

Alternatywy lecznicze wobec kary stosowane w stosunku do osób uzależnionych dopuszczających się przestępstw, pozostające w gestii sądu

Art.56.

1. W razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub psychotropowych na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu, rehabilitacji lub readaptacji w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej lub zakładzie prowadzonym przez podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3, i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia.

2. Sąd może, na wniosek osoby, instytucji lub stowarzyszenia sprawującego nadzór nad skazanym, o którym mowa w ust. 1, a także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie, rehabilitację lub readaptację, zarządzić wykonanie zawieszony kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchylił się od obowiązku,  str. 28

cd.  o którym mowa w ust. 1, albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, do którego został skierowany.

3. W razie skazania osoby uzależnionej, z uwzględnieniem warunków określonych w ust. 1, na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej.

4. Czasu pobytu w zakładzie leczniczym nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata; o zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia i rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu i rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, zwolnienie może nastąpić także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie.

5. Sąd rozstrzyga po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać.

6. (pominięto).

Przepis ten stanowi w pewnym zakresie realizację zasady „leczyć zamiast karać”, przewiduje bowiem, iż osoby uzależnione od środków odurzających lub substancji psychotropowych, są traktowane nieco odmiennie niż wszystkie pozostałe kategorie sprawców przestępstw.

Zakres stosowania środków leczniczych, o jakich mowa w art. 56 ustawy, zależy od tego, czy sąd skazuje daną osobę na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, czy też na karę bezwzględnego pozbawienia wolności. Środki te nie są więc właściwie prawdziwymi środkami alternatywnymi, nie stosuje się ich bowiem **zamiast**, lecz **obok** orzekanych kar. Podkreślić przy tym należy, iż wiąże się to jedynie z karą pozbawienia wolności, ustawa milczy bowiem o ich stosowaniu obok kary grzywny lub ograniczenia wolności.

W przypadku skazania osoby uzależnionej za przestępstwo, pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, zobowiązanie do podjęcia leczenia ma charakter obligatoryjny (art. 56 ust. 1). Przepis ten stanowi *lex specialis* w stosunku do przepisu art. 72 kodeksu karnego, zgodnie z którym nakładanie obowiązków towarzyszących warunkowemu zawieszeniu wykonania kary, w tym obowiązku poddania się leczeniu, ma zawsze charakter fakultatywny. Z tego charakteru art. 56 ust. 1, jako *lex specialis* w odniesieniu do przepisów kodeksu karnego wynika również, iż nie ma mocy w tym przypadku generalna zasada art. 74 § 1 kodeksu karnego, o wymaganiu zgody skazanego na nałożenie nań obowiązku leczenia. Nie wydaje się jednak, aby nakładanie takiego obowiązku było prawidłowe, bez uprzedniego wysłuchania skazanego, tak jak to reguluje art. 74 § 1 kodeksu karnego. Bez uzyskania rozeznania, co do szans poddania się przez skazanego leczeniu, stosowanie kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania może pozostawać pod znakiem zapytania.

Osoba uzależniona, skazana za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę bezwzględnego pozbawienia wolności (art. 56 ust. 3), może być umieszczona przed odbyciem kary w zakładzie leczniczym. Regulacja tego przepisu wzorowana jest na postanowieniach kodeksu karnego, dotyczących leczniczych środków zabezpieczających. Podkreślić należy, iż jeśli sąd nie skorzysta z możliwości stwarzanej przez art. 56 ust. 3, to jedynym sposobem oddziaływania terapeutycznego na takiego skazanego jest podjęcie terapii w zakładzie karnym w oparciu o przepisy kodeksu karnego wykonawczego. Leczenie podjęte w oparciu o przepis art. 56 ust. 3 jest w zasadzie przymusowe, ale odbywane poza zakładem karnym. Jeśli istnieją więc stosowne możliwości, należy szeroko z tego przepisu korzystać, bowiem pomyślny wynik leczenia może prowadzić nawet do całkowitego uniknięcia kontaktu takiej osoby

z zakładem karnym. Sąd po zakończeniu leczenia decyduje bowiem o tym, czy orzeczona kara będzie w ogóle wykonana lub ewentualnie w jakim zakresie. Taka możliwość redukcji odpowiedzialności karnej może także stanowić dla osoby uzależnionej motywację do współpracy w procesie leczenia i zwiększać szansę jego powodzenia. Czynnika tego, ze względu na generalnie przymusowy charakter tego leczenia, nie należy jednak przeceniać.

Szczegóły wykonywania orzeczeń sądowych zapadłych w oparciu o art.56 ust.1 oraz 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2001 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia, rehabilitacji i readaptacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych (Dz.U. nr 101 z dnia 20 września 2001r., poz.1111), wydane w oparciu o delegację ustawową przewidzianą w art.56 ust.6 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Rozporządzenie to reguluje m.in. kwestię sposobu postępowania w przypadku, gdy osoba skazana na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania uchyła się od obowiązku leczenia, rehabilitacji lub readaptacji lub w rażący sposób narusza regulamin zakładu, co w myśl art.56 ust.2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi przesłankę fakultatywnego zarządzenia przez sąd wykonania warunkowo zawieszonych kary. Przepis § 8 ust.1 wspomnianego rozporządzenia przewiduje, iż w takiej sytuacji kierownik zakładu wypisuje daną osobę z zakładu, zawiadamiając równocześnie o tym fakcie właściwy rzeczowo sąd. W konsekwencji kierownicy zakładów leczniczych nie są w takich sytuacjach obciążeni obowiązkiem składania do sądu wniosku o zarządzenie warunkowo zawieszonych kary, jak to czyniło analogiczne rozporządzenie obowiązujące pod rządami ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 r. Taki sposób realizacji „wnioskowego” trybu zarządzania wykonania warunkowo zawieszonych kary przewidzianego w art.56 ust.2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (i odbiegającego od trybu działania z urzędu przewidzianego

w art. 75 kodeksu karnego), uznać należy za słuszny. Nie obciąża on bowiem relacji pomiędzy personelem medycznym i terapeutycznym, a pacjentami koniecznością podejmowania decyzji i dokonywania ocen dotyczących stosowania przepisów prawa karnego. Kierownik placówki leczniczej informuje jedynie sąd o fakcie wypisania. Ocena tego faktu – którego nie można utożsamiać ze zwolnieniem z obowiązku leczenia – pozostaje natomiast w gestii sądu i to on będzie także wyciągał z tego faktu odpowiednie konsekwencje.

Alternatywy lecznicze wobec kary stosowane w stosunku do osób uzależnionych, dopuszczających się przestępstw, pozostające w gestii prokuratora

Art.57.

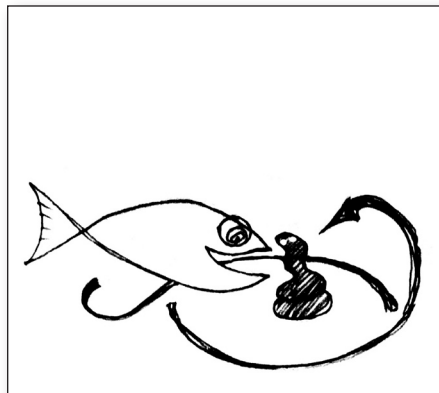
1. Jeżeli osoba uzależniona, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu odwykowemu w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia.

2. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, 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 wypadku wskazanym w ust. 2 warunkowe umorzenie można zastosować do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r. wprowadziła także nowy przepis, dotyczący alternatywnych środków leczniczych, nieznaną wcześniejszej ustawie z 1985 r., a mianowicie art. 57, stanowiący realizację postulatów wprowadzenia w szerszym zakresie do polskiego ustawodawstwa przepisów realizujących wobec



osób uzależnionych zasadę prymatu leczenia przed represją. Pozwala on na zawieszenie przez prokuratora postępowania przygotowawczego, toczącego się wobec takiej osoby, jeśli ta podda się (dobrowolnie) leczeniu. Możliwości skorzystania z tego przepisu ujęte są dość szeroko i dotyczą przestępstw zagrożonych karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, co obejmuje zdecydowaną większość przestępstw popełnianych przez osoby uzależnione, tak tych stypizowanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, jak i w kodeksie karnym.

Po zakończeniu leczenia prokurator, uwzględniając jego wyniki, albo prowadzi postępowanie dalej, albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe jego umorzenie, przy czym, w tym ostatnim przypadku, mamy do czynienia z rozszerzeniem dopuszczalności stosowania tej instytucji w odniesieniu do przepisu art. 66 § 2 kodeksu karnego. Można ją mianowicie stosować, tak samo jak zawieszenie postępowania, gdy przestępstwo zagrożone jest karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Wydaje się być przy tym oczywiste, iż dla zachowania sensu tej instytucji, w przypadku pozytywnego wyniku leczenia, wystąpienie do sądu o warunkowe umorzenie powinno być dla prokuratora *de facto* obligatoryjne.

Dla praktycznego stosowania tego przepisu, który zasługuje na jednoznacznie pozytywną ocenę, kluczowe znaczenie ma wykładnia pojęcia „poddanie się leczeniu odwykowemu w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej”, będąca przesłanką jego stosowa-

nia. Przyjąć należy, iż nie wystarczy sama deklaracja chęci leczenia. Osoba uzależniona musi podjąć pewne czynności wskazujące na to, iż rzeczywiście ma zamiar poddać się takiemu leczeniu. Z drugiej strony, wymaganie faktycznego rozpoczęcia owego leczenia wydaje się iść zbyt daleko. Powinno wystarczyć np. zaświadczenie zakładu opieki zdrowotnej o tym, iż osoba taka ma zagwarantowane miejsce leczenia, na którego zwolnienie może oczekiwać. Problematiczna jest również interpretacja sformułowania „do czasu zakończenia leczenia”. O pozytywnym lub negatywnym zakończeniu leczenia decydować będą przede wszystkim lekarze i terapeuci. Problemy mogą pojawić się wtedy, gdy leczenie przez długi czas nie daje jednoznacznie pozytywnych wyników. Dlatego błędem ustawodawcy jest pominięcie w tym przepisie jednoznacznego określenia maksymalnego dopuszczalnego okresu trwania zawieszenia postępowania, który wzorem np. art. 17 ust. 2 ustawy, nie powinien przekraczać dwóch lat.

Art. 57 ust. 1 ustawy z 1997 r. mówi o poddaniu się leczeniu odwykowemu w odpowiednim zakładzie leczniczym. Znaczenie pojęcia „leczenie odwykowe” nie jest jasne. Ustawa w innych przepisach używa pojęć „leczenie”, „rehabilitacja” i „readaptacja”, przy czym art. 6 pkt 11 i 12 definiują pojęcia rehabilitacji oraz readaptacji. Ponadto art. 6 pkt 10 definiuje pojęcie leczenia substytucyjnego, jako specyficznej formy terapii. Samo leczenie nie jest jednak zdefiniowane w ustawie, co pozwala na przyjęcie szerokiego znaczenia tego pojęcia, obejmującego wszelkie sposoby oddziaływania na użytkowników narkotyków, mające na celu spowodowanie przez nich porzucenia używania narkotyków, a nie tylko procedury o charakterze ściśle medycznym. Ma to o tyle istotne znaczenie, że może powstawać problem stosowania art. 57 ustawy wobec takich użytkowników narkotyków, co do których nie ma mowy o uzależnieniu i trudno jest wskazać jakąś procedurę o jednoznacznie medycznym charakterze, którą można by wobec nich zastosować. Dotyczy to np. większości użytkowników *cannabis*. Wydaje się, iż w takim wypadku wykorzystanie art. 57 ustawy, pod warunkiem odbycia np. odpowiednich konsultacji w poradni uzależnień (tak,

jak to jest w niektórych ustawodawstwach zachodnich), powinno stanowić dostateczną podstawę zastosowania dobrodziejstw tego przepisu. Taka jego interpretacja mogłaby też, być może, przyczynić się do częstszego jego stosowania w praktyce.

Poważnym niedociągnięciem omawianych przepisów jest – niewątpliwie – ograniczenie przez ustawodawcę dopuszczalności ich stosowania wyłącznie do postępowania przygotowawczego. Wydaje się, iż należałoby je rozszerzyć również na postępowanie sądowe. Osoba uzależniona może dojrzeć do decyzji o podjęciu leczenia dopiero w tej fazie i danie jej takiej szansy, poprzez jego zawieszenie, wydaje się być korzystniejsze niż skazywanie i następnie korzystanie z art. 56 ustawy, tym bardziej, że w przypadku skazania na karę bezwzględnego pozbawienia wolności leczenie ma charakter *de facto* przymusowy. To samo dotyczy rozciągnięcia jej na fazę postępowania wykonawczego. Sformułowania art. 150 kodeksu karnego wykonawczego, dotyczące przerwy w wykonaniu kary, nie stwarzają dostatecznych podstaw dla stosowania tej instytucji celem podjęcia przez skazanego leczenia odwykowego poza zakładem karnym. Co prawda obowiązujące polskie ustawodawstwo przewiduje możliwość podjęcia leczenia w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności, lub nawet w trakcie pobytu w areszcie tymczasowym. Kwestie te reguluje dokładniej rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 sierpnia 2000 r. W sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i readaptacyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. nr 77 z dnia 20 września 2000 r., poz.880), wydane w oparciu o delegację ustawową przewidzianą w art.16 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Trzeba jednak podkreślić, iż ilość miejsc w stosownych oddziałach terapeutycznych zakładów karnych jest ograniczona, co oznacza długie czasami okresy oczekiwania na możliwość leczenia. Nie można też zapominać o tym, że leczenie poza zakładem karnym, jeśli tylko możliwe, jest zawsze lepszym rozwiązaniem. Dlatego też danie w szerszym zakresie szansy skorzystania z takiej możliwości skazanym uzależnionym

od narkotyków (np. po odbyciu części kary, jak to czyni ustawodawstwo niemieckie) byłoby ze wszelch miar pożądane.

Wydaje się, iż w Polsce wciąż stanowi problem zakres praktycznego wykorzystania alternatyw leczniczych wobec uzależnionych sprawców przestępstw, jakie stwarzają obowiązujące obecnie przepisy. Chodzi tu o niedostateczne wykorzystywanie przez prokuratorów możliwości dawanych przez art. 57 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który to przepis stosuje się zdecydowanie zbyt rzadko. Dotyczy to przede wszystkim drobnych spraw o posiadanie niewielkich ilości narkotyku, w których wnosi się w sposób całkowicie bezsensowny akty oskarżenia do sądów.

Prawna problematyka leczenia substytucyjnego

Art.15.

1. Osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego.
2. Leczenie substytucyjne może prowadzić wyłącznie publiczny zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia wojewody działającego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.
3. Zezwolenie na leczenie substytucyjne może otrzymać publiczny zakład opieki zdrowotnej, który posiada odpowiednie warunki lokalowe i kadrowe zapewniające realizację programu leczenia stacjonarnego albo prowadzenia leczenia systemem ambulatoryjnym.
4. Zezwolenie na leczenie substytucyjne ulega cofnięciu, gdy zakład przestał spełniać warunki stanowiące podstawę wydania zezwolenia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz warunki, które powinien spełniać zakład prowadzący leczenie substytucyjne.

Charakteryzując rozwiązania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r., nie można zapominać o tym, iż stworzyła ona po raz pierwszy w Polsce jednoznaczne podstawy prawne pewnych form strategii redukcji szkód, przede wszystkim zaś substytucji lekowej za pomocą metadonu. Art. 15 ust. 1 ustawy stwierdza bowiem w sposób wyraźny, iż osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego (zdefiniowanego w art. 6 pkt 11 ustawy). Konsekwencją tego przepisu jest to, że udzielanie metadonu osobom uzależnionym w ramach działającego w oparciu o przepisy ustawy programu metadonowego, nie stanowi czynu realizującego znamiona przestępstwa określonego w art. 45 lub 46 ustawy z 1997 r., tj. dostarczania innej osobie środka odurzającego wbrew przepisom ustawy. Przepis ten wprowadza więc w tym zakresie swoisty kontratyp, albowiem metadon umieszczony jest w wykazie środków odurzających zaliczanych do grupy I-N.

Poza ogólnikowym określeniem dopuszczalności stosowania substytucji, przepis ten określa tylko formalne wymogi dotyczące takiego leczenia. Może ono mianowicie być prowadzone jedynie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia właściwego wojewody, które musi być wydane w porozumieniu z ministerstwem do spraw zdrowia. Oznacza to, iż nie mają możliwości prowadzenia programów metadonowych niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, a także inne podmioty zajmujące się udzielaniem pomocy osobom uzależnionym i ich rehabilitacją. Nie mają także prawa wystawiania recept na ten oraz inne środki używane w leczeniu substytucyjnym, lekarze prowadzący indywidualne, prywatne praktyki. W tym kontekście zauważyć wypadnie, że w wielu krajach europejskich uprawnienie takie posiadają tak indywidualni lekarze, jak i wspomniane podmioty zajmujące się pracą z osobami uzależnionymi. Należałoby więc pilnie zastanowić się nad przyznaniem w Polsce takiego uprawnienia niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej, a także ewentualnie lekarzom określonych specjalności (np. psychiatrom), w tym ostatnim przypadku ewentualnie dodatkowo w oparciu o indywidualne zezwolenia. Wydaje się także, iż do

otworzenia programu leczenia substytucyjnego powinna wystarczać decyzja wojewody i dzisiaj, gdy doświadczenia z prowadzeniem takich programów w Polsce są już spore, nie potrzeba do tego angażować aż ministra. Wprowadzenie powyższych zmian wymagałoby, oczywiście, nowelizacji ustawy.

Przy okazji nowelizacji zasadne byłoby także wprowadzenie przepisu wskazującego *expressiss verbis* dopuszczalność stosowania terapii metadonowej w zakładach karnych. Kwestia ta budziła bowiem dotychczas kontrowersje, nie tylko natury medycznej, ale także prawnej. Trzeba jednak podkreślić, iż nawet w obecnym stanie prawnym można zasadnie argumentować, iż brak jest jakichkolwiek przeszkód formalnych dla organizowania programów metadonowych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Wynika to z wyrażonej w art.68 Konstytucji RP zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jeśli równość ta nie może być ograniczana ze względu na sytuację materialną, to tym bardziej fakt pozbawienia wolności nie może być podstawą do wykluczenia możliwości stosowania procedur leczniczych określonego rodzaju. Jest tak tym bardziej, że prowadzenie programów metadonowych w zakładach karnych nie stanowi wielkiego wyzwania organizacyjnego i finansowego.

Szczegóły leczenia substytucyjnego reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz.U. Nr 77, poz.873) wydane w oparciu o delegację art. 15 ust. 5 ustawy. Podstawowe znaczenie ma § 2 ust. 1 tego rozporządzenia, który to przepis określa przede wszystkim warunki, jakie musi spełniać osoba uzależniona, aby zostać zakwalifikowaną do udziału w programie leczenia substytucyjnego. Należą do nich: ukończone 21 lat, co najmniej trzyletni okres istnienia uzależnienia oraz nieskuteczność podejmowanych dotychczas prób leczenia konwencjonalnymi metodami. Interesujące, iż przepis ten nie określa dokładnie (jak robią to niektóre programy metadonowe w Europie Zachodniej) liczby takich nieudanych prób. Z faktu, iż używa on liczby mnogiej, można jednak wywnioskować, iż muszą być co najmniej

dwie takie próby. Wymóg ten, jak i pozostałe, nie musi być przestrzegany w bezwzględny sposób, albowiem § 2 ust. 2 rozporządzenia dopuszcza możliwość wyjątkowego zakwalifikowania do uczestnictwa w programie osób nie spełniających tych kryteriów, jeśli przemawiają za tym względy zdrowotne. Wydaje się, iż podstawową taką nadzwyczajną okolicznością może być zakażenie wirusem HIV lub *hepatitis* typu C.

Zastrzeżenia budzi natomiast treść § 2 ust. 3 rozporządzenia, który to przepis wymaga wyłączenia z programu osoby, u której trzykrotne kolejne lub pięciokrotne wykonane w ciągu 6 miesięcy badanie moczu potwierdzi przyjmowanie innych, niż stosowane w leczeniu, środków odurzających lub substancji psychotropowych. Wymóg poddawania się przez pacjentów badaniom moczu oraz konsekwencje pozytywnych wyników przewidziane przez rozporządzenie oznaczają, iż w Polsce dopuszczalne są obecnie wyłącznie programy metadonowe o tzw. charakterze wysokoprogowym. Być może w obecnej fazie, gdy leczenie substytucyjne nie jest czymś powszechnym, pewna ostrożność w tym zakresie jest konieczna. W przyszłości należałoby jednak opowiedzieć się za dopuszczeniem programów niskoprogowych, co wymagałoby zezwolenia na ich prowadzenie podmiotom innym niż publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Już dzisiaj natomiast wątpliwości budzi rygorystyczne określanie kryteriów usuwania z programu w dokumencie rangi rozporządzenia ministra. Z lekarskiego punktu widzenia rozwiązanie to zbyt daleko ingeruje w proces terapeutyczny i w praktyce trudne jest do przestrzegania. Kwestie powyższe mogą być rozstrzygane co najwyżej w regulaminach poszczególnych programów, a najczęściej w sposób indywidualny – w konkretnych sytuacjach i przypadkach. Podkreślić należy, iż przygotowywana obecnie nowelizacja rozporządzenia uwzględnia powyższe zastrzeżenia. Zgodnie ze znowelizowaną treścią § 2 ust. 2 rozporządzenia przewidziane tam dotychczas okoliczności jedynie mogą uzasadniać wyłączenie z programu. Nie będzie to więc, tak jak dotychczas, obligatoryjne.

Zastrzeżenia może także budzić treść § 5 ust. 1 rozporządzenia wymagającego podawania środka substytucyjnego przez lekarza lub pielęgniarkę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowania go w ich obecności. Uzasadnia się to chęcią zapobieżenia przenikaniu metadonu na czarny rynek, co jest istotnym dylematem terapii metadonowej wszędzie na świecie. Z drugiej jednak strony, konieczność codziennych wizyt w punkcie wydawania metadonu, szczególnie w sytuacji, gdy ich sieć jest bardzo rzadka, utrudnia wielu pacjentom powrót do normalnego trybu życia, znalezienie pracy itp. Rodzi to również problemy organizacyjne w odniesieniu do weekendów. Dlatego postulować należy w tym zakresie wprowadzenie możliwości bardziej elastycznego postępowania przez kierowników programów metadonowych, wówczas, gdy jest to uzasadnione stosownymi okolicznościami.

Również i w tym zakresie przygotowywana nowelizacja rozporządzenia z 1999 r. wychodzi w znacznym stopniu naprzeciw postulatowi praktyki. Znowelizowany § 5 ust. 2 rezygnuje bowiem z bezwzględnego obowiązku przyjmowania metadonu w obecności lekarza lub pielęgniarki i przewiduje szereg okoliczności, które mogą uzasadniać wydawanie pacjentom programów leczenia substytucyjnego dawek metadonu zapewniających leczenie substytucyjne przez dłuższe okresy czasu (2-4 dni), a w zupełnie wyjątkowych okolicznościach i w odniesieniu do pacjentów spełniających szczególne warunki nawet do 14 dni.

Warto także nadmienić, iż proponowana nowelizacja rozporządzenia z 1999 r. przewiduje obniżenie generalnej wiekowej granicy dopuszczalności uczestnictwa w programach leczenia substytucyjnego do 18 lat.

Status programów wymiany igieł i strzykawek

Art. 45.

1 Kto, wbrew przepisom ustawy, udziela innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, [ułatwia albo umożliwia ich użycie – *sformułowanie dodane przez nowelizację z roku 2000*] albo nakłania do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2. (pominięto)

Art.46.

1. Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, udziela innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwia użycie albo nakłania do użycia takiego środka lub substancji,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

2. (pominięto)

3. (pominięto)

Przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w wersji przyjętej w 1997 r. nie rodziły problemów związanych z kwestią dopuszczalności innych form strategii redukcji szkód, jak np. programy wymiany igieł i strzykawek dla osób uzależnionych, podstawowego dzisiaj środka zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa HIV w populacji dożylnych użytkowników narkotyków, ale także poza nią.

Przed nowelizacją z 2000 r. zgodnie z treścią art.46 ustawy, ułatwianie używania środków odurzających (w przeciwieństwie do ich udzielania lub nakłaniania do ich używania), karalne było tylko wówczas, gdy miało to miejsce w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej. W przepisie natomiast art. 45, dotyczącym czynności podejmowanych bez zamiaru uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, znamiona „ułatwia” i „umożliwia” w ogóle nie występowały. Oznaczało to, iż odpowiedzialność karna osób pracujących w takich programach nie wchodziła w rachubę, a tym

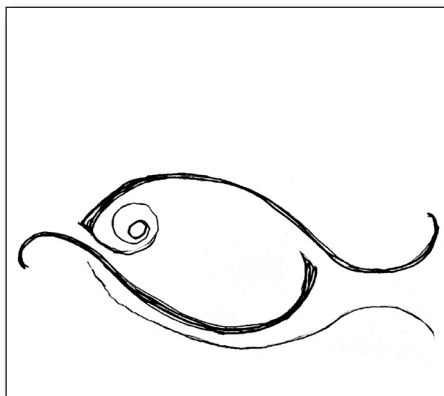
samym nie mogła być kwestionowana ich legalność. To samo dotyczyłoby zresztą dopuszczalności prowadzenia tzw. pomieszczeń higienicznych, aczkolwiek w tym ostatnim przypadku koniecznym byłoby dalsze uregulowanie o charakterze administracyjnym, ustalające w sposób jednoznaczny podstawy i formy takiej działalności.

Nowelizacja z 2000 r. zmieniając treść art. 45 ust. 1, stworzyła zasadnicze problemy prawne dla programów wymiany igieł i strzykawek. Był to przede wszystkim wynik wprowadzenia do art. 45 ust. 1 ustawy sformułowania „ułatwia lub umożliwia”. Oznacza to, iż także takie formy ułatwiania lub umożliwiania używania środków odurzających lub substancji psychotropowych, którym nie przyświeca specyficzny cel w postaci „uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej”, stały się czynami zabronionymi pod groźbą kary. Postawiło to wręcz pod znakiem zapytania legalność programów wymiany igieł i strzykawek, zaś policja swą nadgorliwością i – często chyba nieprzemyślanymi akcjami – prowadziła do niszczenia wieloletniej pracy i wysiłku wkładanego w budowanie zaufania pomiędzy uzależnionymi, a pracownikami punktów wymiany igieł i strzykawek.

Kolejna nowelizacja dokonana w 2001 r. z inicjatywy Krajowego Biura Zapobiegania Narkomanii, wprowadziła jednak do art. 1 ust. 1 dodatkowy punkt 6, stwierdzający, iż redukcja szkód jest jednym z celów polityki państwa wobec narkotyków i narkomanii. Wydaje się, iż przepis ten rozwiązuje – przynajmniej tymczasowo – kwestię legalności programów wymiany igieł i strzykawek. Jeśli bowiem jednym z celów polityki państwa wobec narkotyków i narkomanii jest redukcja związanych z tymi zjawiskami szkód społecznych i indywidualnych, to stwierdzenie takie stanowi istotną wskazówkę interpretacyjną dla wykładni wszystkich pozostałych przepisów ustawy i nie mogą one być wykładane w sposób z tą wskazówką sprzeczny. Programy wymiany igieł i strzykawek realizowane w ramach programów redukcji szkód nie powinny być zatem traktowane, jako działalność realizująca znamiona art. 45 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Podkreślić zresztą należy, iż art. 1 ust. 1 pkt 6 ustawy należy uznać za wskazówkę interpretacyjną dotyczącą wszelkich wątpliwości związanych z programami redukcji szkód,

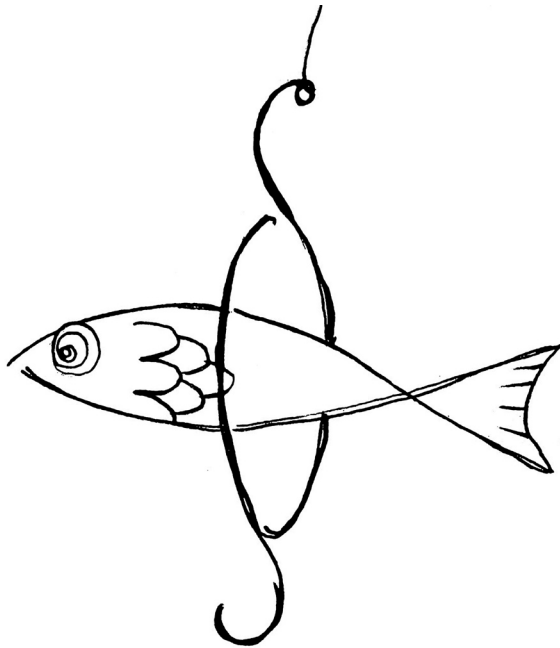
jakie mogą zrodzić się na gruncie ustawy. Stanowi ona generalny nakaz rozstrzygania takich wątpliwości interpretacyjnych w sposób „przyjazny” dla programów redukcji szkód.

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii usunęła, co prawda, najgorsze problemy, ale nie rozwiązała bynajmniej wszystkich. Wydaje się, iż w Polsce istnieje pilna potrzeba stworzenia w tym zakresie niebudzącego jakichkolwiek wątpliwości stanu prawnego. Chodzi przede wszystkim o jednoznaczne



usankcjonowanie dopuszczalności programów wymiany igieł i strzykawek, oraz uregulowanie dopuszczalności tworzenia tzw. pomieszczeń higienicznych, a ewentualnie także innych form programów redukcji szkód.

aneks



Krajowe programy przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami (Szwecja, Dania, Hiszpania, Węgry)

Wprowadzenie

W latach dziewięćdziesiątych zjawisko narkomanii zysało w Europie status priorytetu politycznego. Narkomania traktowana jest jako zjawisko rozprzestrzeniające się na zasadzie „naczyń połączonych”. Stąd częste postulaty o konieczności wspólnych międzynarodowych działań zapobiegawczych. Z drugiej strony, zjawisko to ma w różnych krajach odmienną historię, rozpowszechnienie i jest osadzone w różnych kontekstach społeczno – kulturowych.

Rozwiązania stosowane w innych krajach Unii mogą, z pewnością być pomocne w dyskusji nad polską polityką wobec narkomanii. Ważne jest, jednak, aby sięganie po sprawdzone gdzie indziej rozwiązania nie odbywało się automatycznie. Skuteczna polityka powinna być osadzona w kontekście innych typowych dla danego kraju problemów i uwarunkowań społeczno – kulturowych.

Narkotyki jako element podkultury młodzieżowej pojawiły się w krajach Europy zachodniej i USA pod koniec lat 60-tych, w okresie ówczesnych buntów młodzieży. Mimo różnic ustrojowych, również w Polsce młodzież kontestowała zastany porządek polityczny i społeczny. Polska młodzież nie miała dostępu do morfiny, heroiny czy nawet marihuany. Szczelna granica chroniła przed czarnym rynkiem narkotyków. W tamtym czasie wydłużanie recept oraz niekiedy okradanie aptek były głównymi źródłami zaopatrzenia w substancje psychoaktywne. Od połowy lat siedemdziesiątych, w związku z „wynalezieniem” technologii domowej produkcji tak zwanej polskiej heroiny (nazywanej potocznie kompotem), gwałtownie wzrastała liczba narkomanów.

Narkomania jako problem społeczny zaistniała w polskiej debacie publicznej na początku lat osiemdziesiątych. Była jednym z tych zjawisk, o których po raz pierwszy informowano opinię publiczną w okresie legalnego działania Solidarności. W roku 1985 ranga problemu została symbolicznie wzmocniona uchwaleniem przez sejm Ustawy o Zapobieganiu Narkomanii. W tamtym czasie w regionie tak zwanego bloku socjalistycznego byliśmy jedynym krajem, który wypracował narodową strategię zapobiegania narkomanii i jednym z nielicznych w Europie, w których posiadanie narkotyków nie było penalizowane.

Wraz z procesem transformacji ustrojowo – gospodarczej, zapoczątkowanej w 1989 roku istotnie zmieniła się polska scena narkotykowa. Otwarcie granic znacznie zwiększyło dostęp do „prawdziwych narkotyków”. Podobnie, jak w innych krajach europejskich, w niektórych kręgach młodzieży zapanowała moda na narkotyki syntetyczne, głównie amfetaminę i ekstazy. Ogólnie rzecz biorąc obserwowaliśmy tendencję do coraz większej unifikacji polskich wzorów używania narkotyków z tymi rozpowszechnionymi w innych krajach europejskich

Instytucje Unii Europejskiej od początku lat dziewięćdziesiątych mocno angażowały się w pomoc w ograniczaniu problemu narkomanii, nie tylko w Polsce, ale w całej Wschodniej i Środkowej Europie. W chwili obecnej nie ma w regionie ani jednego kraju, który nie posiada uchwalonego przez najwyższe władze państwa programu zapobiegania narkomanii.

Harmonizacja polskiej polityki wobec narkomanii była i jest traktowana jako ważny element procesu integracji z Unią Europejską. Potrzeba harmonizacji była przywoływana jako argument w procesie nowelizacji Ustawy z 1985 roku. Szczególnie intensywna była debata na temat penalizacji posiadania narkotyków. Ostatecznie wprowadzono zapis o karaniu za posiadanie.

Problem z harmonizacją polityki narkotykowej z innymi krajami Unii polega na tym, że trudno politykę Unii zdefiniować. Jak pokazują cztery, przytoczone w tym rozdziale przykłady, poszczególne kraje

wypracowały własne, niekiedy skrajnie odmienne strategie w tej dziedzinie. W tym opracowaniu opisane są strategie: szwedzka, duńska, hiszpańska i węgierska. Mimo, że we wszystkich czterech krajach uznaje się potrzebę respektowania dotychczasowych porozumień międzynarodowych, poszczególne strategie różnią się poziomem represyjności jak i priorytetami. I tak na przykład, strategia węgierska jest skoncentrowana na substancjach nielegalnych – pozostałe uwzględniają także substancje legalne, leczenie w Szwecji jest zorientowane na uzyskanie całkowitej abstynencji od narkotyków podczas gdy w Danii szeroko dostępna jest podtrzymująca terapia metadonem.

Szwecja

Dla celów tego przeglądu miałam do dyspozycji 4 szwedzkie dokumenty. Pierwszy z nich Drug Policy the Swedish Experience wydany przez Szwedzki Narodowy Instytut Zdrowia jest raczej rysem historycznym rozwoju polityki wobec narkomanii. Podobnie jak w innych krajach europejskich, obcy kulturowo problem narkomanii pojawił się. W Szwecji w latach 60. Reakcją nań było zastosowanie eksperymentu bardzo przypominającego współczesne działanie typu redukcji szkód. W celu ograniczenia problemów zdrowotnych i społecznych wśród osób nadużywających narkotyków lekarze zostali zobowiązani do „liberalnego przepisywania recept na leki psychoaktywne”. Ewaluacja tego eksperymentu nie potwierdziła jego istotnego wpływu na zmniejszenie liczby zachowań kryminalnych wśród objętych nim pacjentów. Odnotowano natomiast pojawienie się przepisywanych przez lekarzy leków na czarnym rynku. Eksperyment przerwano, a w 1972 roku większość leków uspokajających znalazła się na liście narkotyków. Spór o to, jaka powinna być polityka wobec narkomanii: liberalna czy represyjna, trwał prawic do końca lat 70. Argumentem, który przeważał na rzecz polityki represyjnej był istotne zwiększenie umieralności wśród użytkowników heroiny. Od 1977 roku szwedzki parlament zdecydowanie popiera politykę represyjną, której podstawowym hasłem jest „społeczeństwo wolne od narkotyków”.

Pozostałe trzy dokumenty, jakie miałam do dyspozycji, to: przygotowany przez Narodowy Instytut Zdrowia raport dla Europejskiego Centrum Narkotycznego (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) za rok 2000, opis szwedzkiej strategii wobec narkotyków w latach 90. oraz przygotowana przez Komisję ds. Narkotyków ewaluacja polityki z lat 90. Żaden z wymienionych dokumentów nie jest stricte strategią, żaden nie zawiera systematycznego opisu zadań na kolejne dziesięciolecie. Wszystkie jednak kończą się wnioskiem, że represyjne rozwiązania okazały się skuteczne i powinny być kontynuowane.

Jak pisze Margot Wallstrom – szwedzki minister zdrowia i opieki społecznej: „Szwecja ma restryktywną politykę w kwestii substancji psychoaktywnych. Założeniem naszej polityki jest bliska interakcja między informacją i kształtowaniem opinii społecznej, profilaktyką na poziomie lokalnym, kontrolą i leczeniem”.

W różnych dokumentach podkreśla się, że nadrzędnym celem szwedzkiej polityki jest społeczeństwo wolne od narkotyków. Twórcy tak sformułowanego celu zdają sobie sprawę, że w dzisiejszym świecie jego pełna realizacja jest niemożliwa. Tak sformułowany cel pełni funkcje symboliczną, jest komunikatem, że nie ma przyzwolenia społecznego na to, aby substancje psychoaktywne stały się integralnym składnikiem życia codziennego.

To, jak sformułowany jest cel ogólny polityki, ma według szwedzkich ekspertów istotny wpływ na postawy społeczne wobec kwestii, której polityka dotyczy. Jeśli głównym celem jest redukcja szkód związanych z substancjami wysyłany jest symboliczny komunikat o kapitulacji wobec potężnego przemytu narkotyków, a to osłabia wysiłek społeczeństwa skierowany na walkę z narkomanią. Szwedzka polityka z lat 90 nastawiona była na osiągnięcie trzech celów strategicznych:

1. Ograniczenie „rekrutacji” nowych osób nadużywających substancji.
2. Zachęcenie większej grupy osób nadużywających substancji do zmiany zachowań.
3. Ograniczenie podaży substancji.

1. Ograniczenie rekrutacji – prewencja

Istotnym celem działań zapobiegawczych jest podtrzymanie powszechnych w społeczeństwie negatywnych postaw wobec substancji psychoaktywnych. Działania kształtujące postawy oparte są na założeniu, że największy wpływ na jednostkę ma jej najbliższe otoczenie; rodzice, nauczyciele, przyjaciele. Zgodnie z tym założeniem większość działań profilaktycznych jest

podejmowanych na poziomie lokalnym. Instytucje centralne mają za zadanie wspierać inicjatywy lokalne poprzez dostarczanie im wiedzy, inspiracji i pomocy, także finansowej.

Za istotny kanał działań profilaktycznych uznawana jest szkoła. W Szwecji każda szkoła podstawowa ma obowiązek wypracować plan Alkohol, Substancje Narkotyczne i Tytoń. Szkoła jest wspomagana przez policję, która dostarcza wiedzy na temat substancji i rozwiązań legislacyjnych. Zadaniem lokalnych służb społecznych jest rozpowszechnianie wiedzy na temat nadużywania substancji oraz na temat możliwości uzyskania pomocy.

Szwecja jest krajem, w którym funkcjonuje wielka liczba organizacji pozarządowych. Prawie każdy Szwed należy do jakiejś organizacji. Tylko ruch sportowy zrzesza około jednej czwartej dorosłej populacji i ponad połowę młodzieży. Prawie każda organizacja ma jakieś zadania związane z zapobieganiem nadużywaniu substancji. Istnieją także organizacje, których celem podstawowym jest zapobieganie bądź pomoc osobom nadużywającym środków psychoaktywnych.

Działania zapobiegawcze są także inicjowane przez władze centralne i we współpracy z władzami lokalnymi i organizacjami pozarządowymi są dystrybuowane w całym kraju. Działania centralne mają za zadanie dostarczać pomysłów, metod i stymulować działania lokalne.

Szwedzka polityka wobec substancji psychoaktywnych w latach 90. została zrecenzowana przez Drug Commission, która postuluje działania zmierzające do poprawy koordynacji pracy instytucji centralnych. W tym celu proponuje powołanie przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej ministra odpowiedzialnego za nadzorowanie i koordynowanie długoterminowych strategii profilaktycznych. Komisja zwraca uwagę na niedostateczny związek polityki zapobiegawczej z takimi czynnikami jak: poziom rozwoju gospodarczego, bezrobocie i narastająca skala zjawiska wykluczenia społecznego. Komisja generalnie postuluje podtrzymanie restrykcyjnej polityki wobec narkotyków. Postuluje jednakże zwiększenie starań o równie intensywne działania w zakresie zapobiegania, jak i leczenia i kontroli.

Według oceny komisji istnieje wiele niedostatków w pracy zapobiegawczej. Interesujący, także z polskiej perspektywy, wydaje się postulat wypracowania strategii zapobiegawczych dla młodych dorosłych (18-25 lat). Od nich bowiem wzory zachowania przejmują nastolatki. Komisja uważa, że bardziej klarownie powinny być sformułowane zadania instytucji centralnych i regionalnych. Te ostatnie powinny być odpowiedzialne za bezpośrednią pomoc w rozwoju długoterminowych strategii lokalnych oraz za upowszechnianie na poziomie lokalnym współczesnych wyników badań. Instytucje centralne zaś winny się koncentrować na ewaluacji i superwizji programów, a także na upowszechnianiu wyników badań na poziomie regionalnym. Na wszystkich poziomach postulowana jest dbałość o budowanie strategii długoterminowych oraz o poprawę koordynacji w celu uniknięcia duplikacji zadań wykonywanych przez różne instytucje.

2. Zachęcenie większej grupy osób nadużywających substancji psychoaktywnych do zmiany zachowań – leczenie

Podobnie jak w przypadku działań zapobiegawczych, dominującą ideologią terapii i rehabilitacji jest całkowita abstynencja. Jest to manifestacja społecznego potępienia dla każdego niemedycznego używania substancji narkotycznych. Dlatego programy metadonowe i/lub programy wymiany igieł i strzykawek mają w Szwecji charakter eksperymentalny, są serwowane bardzo ograniczonej grupie narkomanów i objęte ścisłą kontrolą.

Lecznictwo generalnie nastawione na osiągnięcie u uzależnionych klientów całkowitej abstynencji ma do zaoferowania:

- a) specjalistyczne oddziały detoksykacyjne i rehabilitacyjne w szpitalach psychiatrycznych,
- b) lecznictwo stacjonarne dla osób z widocznymi zaburzeniami psychicznymi związanymi z uzależnieniem,
- c) oddzielne specjalistyczne instytucje do opieki nad osobami z HIV i AIDS,

- d) około 70 prywatnych oddziałów i fundacji leczenia odwykowego,
- e) młodzieżowe grupy wsparcia dla młodych ludzi z problemami i ich rodzin,
- f) lokalne, finansowane przez opiekę społeczną poradnie dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji, oferujące: poradnictwo motywacyjne, pomoc w wychodzeniu z kryzysu oraz koordynacją różnych faz rehabilitacji i leczenia.

W Szwecji instytucje zajmujące się leczeniem i rehabilitacją na ogół przyjmują zarówno uzależnionych od narkotyków jak i alkoholu. Istotną rolę w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi odgrywa opieka społeczna, która ma obowiązek ściśle współpracować z instytucjami leczniczymi i rehabilitacyjnymi. Lokalne służby opieki społecznej są odpowiedzialne za organizowanie opieki dla uzależnionych. Pozycja opieki społecznej ma umocowanie w Uchwale o Opiece Społecznej z 1989 roku. Generalnie uchwała mówi o dobrowolnym poddawaniu się opiece tej służby. Jednak, w przypadku zaawansowanego uzależnienia pracownik socjalny może „przejąć odpowiedzialność za ocenę potrzeb jednostki”. Osoby przymusowo kierowane do leczenia są oceniane przez pracowników socjalnych zanim okręgowa jednostka administracyjna wyda ostateczną decyzję. Kryteria poddania przymusowemu leczeniu spełnia osoba, która „nadużywaniem substancji naraża swoje zdrowie psychiczne lub fizyczne na niebezpieczeństwo i/lub zmierza do rujnowania własnego lub osób bliskich życia”. Uchwała o Opiece Społecznej dopuszcza 6-miesięczne leczenie przymusowe. Ten sam akt prawny dopuszcza możliwość przymusowego przejęcia opieki nad dziećmi i młodzieżą. Dzieci cierpiące z powodu braku opieki w ich środowisku mogą być zabrane do ośrodka wychowawczego lub oddane pod opiekę rodziny zastępczej.

Podobnie jak w zakresie działań zapobiegawczych w raporcie komisji ewaluującej szwedzką politykę w latach 90. postuluje się większą integrację działań między różnymi instytucjami leczącymi i rehabilitacyjnymi.

3. Ograniczenie podaży substancji – kontrola

Od 1968 roku obowiązuje w Szwecji Uchwała o Substancjach Narkotycznych. Od czasu jej uchwalenia była wielokrotnie uzupełniana i zmieniana w kierunku rozszerzenia zakresu zachowań podlegających penalizacji i zaostrzania sankcji karnych. Penalizacji podlega: handel, produkcja, nabywanie, przetwarzanie, transport, magazynowanie, posiadanie i spożywanie substancji narkotycznych. Karane jest także udzielanie pomocy w pozyskaniu narkotyku (np. poinformowanie, gdzie można go zdobyć).

Wymierzane kary podzielone są na trzy kategorie:

1. Mniejsze przestępstwa narkotykowe
2. Zwykle przestępstwa narkotykowe
3. Ciężkie przestępstwa narkotykowe

Krajowa policja dysponuje specjalnymi wydziałami do wykrywania zaawansowanych przestępstw oraz do współpracy międzynarodowej. Każdy region ma regionalny wydział narkotykowy. Na poziomie lokalnym zajmowanie się narkotykami należy do rutynowych zadań policji. Mimo to w wielu komendach powoływane są specjalne grupy do walki z ulicznym handlem.

Policja szwedzka nie widzi niekonsekwencji w równoległym dawaaniu priorytetu zarówno handlowi ulicznemu, jak i walce z narkotycznymi syndykatami. Strategia ta opiera się na założeniu, że popyt na narkotyki w znacznym stopniu zależy od ich dostępności. Aresztowania i konfiskaty „na ulicy” spowodowały, że nie ma w Szwecji widocznych miejsc sprzedaży. Uważa się, że to z pewnością ogranicza rekrutację nowych konsumentów. Bezwzględnej walce z narkotykami na ulicy nadaje się w Szwecji wymiar symboliczny, jest ona manifestacją postawy społeczeństwa, które jednoznacznie potępia narkotyki.

Dania

Według uzyskanych informacji, Dania nie ma narodowego programu zapobiegania narkomanii. Jednak każdego roku Krajowa Rada Zdrowia przygotowuje raport na temat aktualnej sytuacji i polityki wobec narkomanii. Poniższy opis powstał na podstawie raportu za rok 2000. Jest to piąty raport wysyłany do EMCDDA. Z lektury raportu widać, iż mimo braku formalnego narodowego programu, duńska polityka wobec narkomanii jest sformułowana dość wyraźnie.

1. Ogólne cele polityki wobec narkomanii

Narkomania w Danii postrzegana jest jako problem złożony wymagający demokratycznej współpracy wielu sektorów. Wysiłki zmierzające do walki z narkomanią podejmowane są zarówno przez władze centralne, jak i regionalne i lokalne. Na każdym z poziomów działania dotyczą; zapobiegania, leczenia i kontroli.

Podstawowe kierunki polityki wobec narkomanii są formułowane na poziomie centralnym. Aktualne cele zawierają się w następujących punktach:

- odrzucenie legalizacji narkotyków,
- utrzymywanie równowagi między działaniami skierowanymi na zapobieganie a leczeniem,
- wzmacnianie lokalnych działań zapobiegawczych z włączeniem akcji skierowanych do młodzieży szczególnie społecznie wrażliwej pochodzącej z rodzin doświadczających społecznego wykluczenia,
- poprawę lecznictwa, którego priorytetem jest rozpoznawanie zróżnicowanych potrzeb klientów i realizacja zróżnicowanych celów terapii,
- traktowanie leczenia jako alternatywy do karania.

Generalnie priorytetem polityki zapobiegawczej jest narkotykowa prohibicja. W ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się tym segmentom społeczeństwa, które są definiowane jako społecznie wykluc-

czone. Równolegle prowadzone są kampanie zarówno ogólnokrajowe jak i kierowane do konkretnych wąsko zdefiniowanych odbiorców.

Działania podejmowane przez instytucje publiczne są wspierane przez organizacje prywatne i skupiające wolontariuszy. Za istotną wartość uznawana jest wielorakość działań.

2. Struktura koordynacji działań

Dania – kraj zamieszkiwany przez 5,3 milionową populację, pod względem administracyjnym jest podzielona na trzy poziomy: krajowy, regionalny i lokalny. W kraju jest 14 regionów, przeciętnie zamieszkanym przez 275 tys. ludności. Poziomów lokalnych wydzielono 275 ze średnią liczbą mieszkańców 18 tys.

Kompetencje i obowiązki polityki na poziomie krajowym:

- formułowanie polityki,
- przygotowywanie zasad działalności i regulacji prawnych,
- kontrolowanie podaży poprzez finansowanie policji, więzień i służb celnych,
- monitorowanie trendów epidemiologicznych, ewaluacja działań i upowszechnianie danych,
- promowanie badań,
- pomoc i konsultacja dla instytucji regionalnych,
- współpraca międzynarodowa.

Za profilaktykę odpowiada minister zdrowia, w ramach ogólnych działań promujących zdrowe style życia.

Za leczenie osób uzależnionych odpowiada Ministerstwo Spraw Socjalnych zgodnie z Ustawą o Opiece Społecznej. Minister zdrowia jest odpowiedzialny za medyczne aspekty terapii w tym: programy metadonowe, leczenie osób z HIV i AIDS.

Władze regionalne

Na poziomie regionalnym opracowywane są konkretne plany działań natury zapobiegawczej i dystrybuowane do poszczególnych instytucji. Władze regionalne odpowiedzialne są za opiekę społe-

czą na ich terenie. Leczenie narkomanów odbywa się w ścisłej współpracy z władzami regionalnymi.

Aby utrzymać właściwy poziom koordynacji wysiłków zmierzających do ograniczenia zjawiska narkomanii w Danii funkcjonuje Komisja ds. Narkomanii. Jest ona interdyscyplinarnym komitetem doradczym. Komitet ma za zadanie określać i koordynować zadania w zakresie zapobiegania, leczenia i kontroli. Komisja działa pod auspicjami Ministerstwa ds. Socjalnych. Komisja oprócz monitorowania trendów rozpowszechnienia narkomanii, dbania o jakość i koordynację wszystkich działań, także:

- proponuje konkretne akcje,
- przygotowuje cele i strategię polityki,
- identyfikuje obszary działań,
- pomaga z zbieraniu i wymianie danych,

Poprawie koordynacji i wymianie doświadczeń służy także Stowarzyszenie Regionalnych Doradców. Stowarzyszenie nie tylko pogłębia współpracę i wymianę doświadczeń między regionami, ale także jest organizacją chroniącą interesy regionów w relacjach z władzami krajowymi i lokalnymi. Dotyczy to zwłaszcza regulacji prawnych. Podobne zadania tylko na poziomie lokalnym ma Krajowe Stowarzyszenie Władz Lokalnych.

W raporcie Komisji ds. Narkomanii, który jest bazą dla tego opracowania, niewiele jest opisów działań stricte profilaktycznych. Na poziomie konkretnych opisana jest jedynie inicjatywa demonstracyjnego programu zapobiegania eksperymentom z ecstazy. Program jest równolegle prowadzony w trzech regionach. Jeśli wyniki ewaluacji okażą się obiecujące, planowane jest wdrożenie go w pozostałych regionach kraju.

Raport jest zdominowany przez szczegółowe rozważania legislacyjne oraz opis funkcjonowania systemu kontroli i leczenia.

3. Regulacje prawne

Podstawowe regulacje dotyczące narkotyków zawarte są w Euphorants Act.

W Danii prawo zabrania: importu eksportu, sprzedaży, nabywania, dostarczania, kupowania, produkcji, przekazywania oraz posiadania określonych substancji w celach niemedycznych.

Łamanie tego prawa może być karane przez: karę grzywny, areszt lub pobyt w więzieniu.

Szczególnie groźne przestępstwa narkotykowe mogą być karane więzieniem do lat sześciu.

W praktyce karnej pierwsze przyłapanie na posiadaniu narkotyków kończy się ostrzeżeniem ze strony policji. Ostrzeżenie bywa powtarzane również w kolejnych przypadkach stwierdzenia nielegalnego posiadania kanabinoli. W przypadku innych niż kanabinoły substancji kolejne wykrycie posiadania kończy się grzywną od 330 do 3000 DKK, może być także zastosowany areszt lub kara więzienia do lat 2. w przypadku posiadania więcej niż 25 gramów heroiny lub kokainy, więcej niż 50 gramów amfetaminy, a także więcej niż 10 kilogramów marihuany, stosowane są kary więzienia od 2 do 6 lat pozbawienia wolności.

W stosunku do osób uzależnionych rzadko stosuje się karę osadzenia w więzieniu. Jeśli to już ma miejsce osoby, które mają motywację otrzymują w więzieniu leczenie (detoksykacja, programy integracyjne) finansowane przez Ministerstwo sprawiedliwości.

4. Kontrola podaży

Każda z 54 istniejących w Danii rejonowych komend policji ma albo specjalny wydział albo, co najmniej oficera ds. narkomanii. W każdej rejonowej komendzie jest ktoś pełniący funkcje oficera łącznikowego, który poza lokalnymi zadaniami ma obowiązek współpracy z innymi regionami, a w szczególności z działaniami prowadzonymi przez policję na poziomie krajowym. Dla poprawy koordynacji działań policji i poprawy jej współpracy z innymi instytucjami powołano Krajowe Centrum Pomocy Śledczej. Centrum zbiera, rejestruje, analizuje i upowszechnia wszelkie dane dotyczące przestępstw związanych z narkotykami zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Rejestry krajowe

powstają na podstawie raportów dostarczanych przez komendy regionalne. Zadaniem Centrum jest także współpraca z innymi instytucjami działającymi na polu narkomanii. W regularnie publikowanym przez Centrum rejestrze znajdują się dane na temat: liczby uzależnionych, liczby konfiskat narkotyków oraz zgonów związanych z nadużywaniem narkotyków.

5. Lecznictwo

Priorytetowym hasłem duńskiego lecznictwa jest „uwzględnianie wielorakości potrzeb klientów”, a co za tym idzie: wielorakość celów oddziaływań terapeutycznych. Szczególnie podkreśla się, że leczenie powinno być dostosowane do rzeczywistych potrzeb osoby uzależnionej. Ostatecznym celem terapii może, ale nie musi, być całkowita abstynencja od narkotyków. Celem najważniejszym jest poprawa jakości życia osoby uzależnionej.

Popularne są programy metadonowe, którymi objętych jest 4500 pacjentów (na 14000 w lecznictwie w ogóle). Aktualnie proporcja pacjentów uczestniczących w programach metadonowych jest mniejsza niż w połowie lat 1980, kiedy to stanowili oni większość leczonych. Raport nie analizuje przyczyn tej zmiany.

W ostatnich latach poprzedniej dekady toczyła się publiczna debata na temat możliwości udostępnienia ciężko uzależnionym narkomanom pomieszczeń do higienicznych iniekcji oraz możliwości zaopatrywania ich w recepty na heroinę. Oba rozwiązania miały służyć ograniczaniu infekcji i innych zdrowotnych i społecznych szkód związanych ze zdobywaniem heroiny na ulicy. Ostatecznie rozwiązania te nie zostały zaakceptowane. W zamian zintensyfikowano opiekę nad osobami poddanymi substytucyjnemu leczeniu metadonem.

Głośna była też debata nad możliwością testowania młodzieży szkolnej na obecność narkotyków. Do tej pory nie sformułowano konkluzji tej dyskusji. Podkreśla się, że system leczniczy nie ma oferty dla osób nadużywających amfetaminy, ecstasy i marihuany.

Hiszpania

W Hiszpanii pierwsza długoterminowa strategia dotycząca narkomanii została opracowana w 1985 roku. Dokument określający strategię na lata 2000-2008 dostosowuje politykę wobec narkotyków do wciąż zmieniającej się sceny narkotykowej. Rekomendowane rozwiązania uwzględniają także wszystkie porozumienia międzynarodowe.

Narodowa strategia wobec narkotyków jest według autorów dokumentu ciągłym procesem, w którym uczestniczą twórcy regionalnych programów zapobiegawczych, organy centralnej administracji państwowej a także organizacje pozarządowe. Aktualnie obowiązująca strategia została zatwierdzona przez Radę Ministrów, a następnie w grudniu 1999 roku uzyskała status Dekretu Królewskiego. Świadczy to o wysokiej randze problemu narkomanii w hiszpańskiej polityce społecznej.

Dekret Królewski z grudnia 1999 roku stanowi pierwszy rozdział ponad 100-stronicowego dokumentu Narodowa Strategia wobec Substancji Psychoaktywnych 2000-2008. W dokumencie odczytać można, jaka filozofia bądź ideologia towarzyszyła pracy nad narodową strategią. Podkreśla się, że przyjęte rozwiązania są rezultatem długotrwałej publicznej dyskusji i woli politycznej, aby zarysowane 15 lat temu cele i zadania dostosować do dzisiejszych bardzo odmiennych realiów. Obecny plan jest więc kontynuacją poprzedniej piętnastoletniej strategii. Jej realizacja była systematycznie ewaluowana. Wyniki ewaluacji, analiza słabych i mocnych punktów poprzedniej strategii były istotnym punktem wyjścia dla strategii aktualnej. W Dekrecie podkreśla się konieczność stałej analizy sytuacji i konieczność szybkiego dostosowania celów i metod działań do zmieniających się rzeczywistych wzorów konsumpcji i problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Kolejny rozdział stanowi raport z ewaluacji poprzedniej 15-letniej strategii. Dopiero następne prezentują strategię na lata 2000-2008.

Cele i zadania narodowej strategii wobec substancji psychoaktywnych

Podstawowe cele zostały sformułowane w 10 punktach:

1. Podtrzymanie i poszerzenie konstruktywnej politycznej debaty na temat narkomanii, która umożliwia współpracę w tej dziedzinie między odmiennymi opcjami politycznymi. Wspólnym celem jest ograniczenie zasięgu używania oraz poprawa sytuacji osób z problemami związanymi z nadużywaniem substancji.
2. Zachęcanie do działań zwiększających społeczną wrażliwość i promowanie udziału w działaniach prywatnych instytucji, grup, stowarzyszeń i prywatnych osób zdających sobie sprawę, że działania zapobiegawcza to sprawa wszystkich.
3. Traktowanie prewencji jako priorytetowej, ogólnej strategii ograniczania problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi z wyraźnym uwzględnianiem rekreacyjnego wzoru spożywania alkoholu i papierosów. Szczególnie istotne są działania skierowane do dzieci i młodzieży zwiększające jej umiejętności życiowe (krytycyzm, poczucie własnej wartości, etc.).
4. Narodowy Program dotyczy wszystkich substancji psychoaktywnych, jednak specjalny nacisk kładzie się na alkohol i papierosy.
5. Dostosowanie systemu pomocy istniejącego w autonomicznych społecznościach do nowych potrzeb, które zostały w ostatnich latach zaobserwowane. Rekomenduje się otwarcie na wszelkie metody terapii i rehabilitacji, których użyteczność została potwierdzona. Współpraca służby zdrowia i pomocy społecznej powinny w codziennej praktyce tworzyć wspólny system działania zaspakajający odmienne potrzeby poszczególnych przypadków.
6. Zachęcanie do tworzenia dla osób z problemami związanymi z nadużywaniem substancji programów, które stwarzają możliwość włączenia się do normalnego życia społecznego. Jakkolwiek pełna abstynencja, jako cel terapii stanowi tylko jeden z możliwych celów, powinno się do niej zachęcać.

7. Wzmocnienie kontroli nad podażą substancji psychoaktywnych poprzez promowanie zintegrowanych działań różnych instytucji. Postuluje się poprawę ich współpracy.
8. Kontynuowanie stałego procesu uwspółcześniania i adaptacji sieci przepisów i rozwiązań do sytuacji faktycznie istniejącej na poszczególnych obszarach działań.
9. Rozszerzanie współpracy międzynarodowej. Chodzi o uczestniczenie w kompetentnych międzynarodowych organizacjach jak i o bilateralne i multilateralne porozumienia z poszczególnymi krajami i strefami geograficznymi.
10. Wspieranie szeregu komplementarnych obszarów, które mają istotny wpływ na osiągnięcie generalnego celu, jakim jest „ograniczenie popytu i bardziej efektywna kontrola podaży”. Szczególnie warto podkreślić konieczność treningów dla ludzi zaangażowanych w różnego rodzaju akcje i działania, ewaluacji realizowanych programów oraz stałe opieranie się na wynikach badań dostarczających wiedzy na temat zjawiska nadużywania substancji a także instrumentów ograniczania tego zjawiska.

Powyższe 10 celów wskazuje główne obszary realizacji strategii ograniczania rozpowszechnienia narkomanii. Dla każdego z obszarów stworzono plan operacyjny opisujący zestaw działań planowanych do wykonania oraz definiujący wskaźniki realizacji zakładanych celów. Plany na poziomie operacyjnym zostały szczegółowo rozpisane do roku 2003. Zgodnie z filozofią hiszpańskiej polityki narkotykowej, wszystkie wdrażane działania powinny być regularnie ewaluowane i modyfikowane.

Plany operacyjne dla poszczególnych obszarów są bardzo obszerne. Ich opis stanowi ponad połowę omawianego tu 103-stronicowego dokumentu. I tak działania w obszarze profilaktyki (prewencji 1-szego stopnia) rozpisano tak, aby przyczyniły się do osiągnięcia 14 wyznaczonych celów szczegółowych. Dla przykładu przytaczam poniżej, w jaki sposób zostały sformułowane cele numer jeden.

1. Dostarczenie ludności informacji na temat ryzyka związanego z konsumpcją tytoniu, alkoholu i innych substancji, które mogą powodować uzależnienie lub, których używanie wiąże się z ryzykiem dla konsumentów.
 - 1.1 w 2003 wszystkie regionalne programy ograniczania używania substancji psychoaktywnych będą zawierały elementy dotyczące tytoniu i alkoholu dostosowane do współczesnych wzorów ich używania. Działania informacyjne muszą być wspomagane innymi działaniami zapobiegawczymi.
 - 1.2 w 2003 roku społeczna percepcja ryzyka zdrowotnego związanego z używaniem substancji psychoaktywnych powinna zwiększyć się o 10%.

W planowanych działaniach zapobiegawczych nie ma ostrego rozróżnienia na substancje legalne i nielegalne. Alkohol i tytoń są nawet traktowane priorytetowo, bo jak piszą autorzy dokumentu, są to substancje najbardziej rozpowszechnione i powodujące najwięcej szkód zdrowotnych i społecznych.

Plany operacyjne dla pozostałych obszarów składających się na narodową strategię wobec substancji psychoaktywnych są sformułowane wedle tej samej zasady. Ich szczegółowe omówienie nie mieści się w ramach tego opracowania. Przyłączam jedynie wybrane z różnych obszarów cele, które wydają się ciekawymi i nieznanymi w naszym kraju pomysłami.

W obszarze profilaktyki:

Do 2003 roku 50% programów szkolnych musi uzyskać autoryzację. W roku 2008 wszystkie programy będą autoryzowane (100%). Do 2003 powstanie komisja do merytorycznej standaryzacji, weryfikacji i autoryzacji programów i materiałów profilaktycznych.

W obszarze ograniczania szkód:

Do 2003 wszyscy narkomani mający kontakt z systemami pomocy otrzymają szczepienia przeciw tężcowi i żółtacze typu

C. Do 2003 roku liczba związanych z alkoholem wypadków samochodowych zmniejszy się, o co najmniej 15%.

W obszarze integrowania narkomanów ze społeczeństwem:

W 2003 100% regionalnych programów i 25% programów na poziomie społeczności powyżej 20 000 mieszkańców będzie zdolne zaoferować w ramach programów terapeutycznych, standardowe specyficzne treningi zatrudniania narkomanów. W 2003 roku dzięki ścisłej współpracy z krajowymi agencjami zatrudnienia udział uzależnionych w programach przygotowujących do podjęcia pracy zwiększy się, o co najmniej 50%.

Węgry

Węgierska strategia wobec narkomanii jest prezentowana w dokumencie National Strategy to Combat the Drug Problem. Conceptual Framework of the Hungarian Government's Drug Strategy. Dokument ten przygotowało Ministerstwo Młodzieży i Sportu. W lipcu 2000 roku został on zaakceptowany przez Rząd Republiki Węgierskiej, a w grudniu tego samego roku przez parlament. Dokument liczy 103 strony.

W uzasadnieniu potrzeby wypracowania narodowej strategii do walki z narkomanią zwraca się uwagę na konwencje, międzynarodowe, które Węgry ratyfikowały, jak również na to, że narkomania jest problemem międzynarodowym i ma silne związki z przestępczością zorganizowaną. W dokumencie podkreśla się, że strategia taka jest ważna szczególnie dla kraju kandydującego do Unii Europejskiej. Jej istnienie stanowi jeden z warunków przystąpienia do niej. Autorzy raportu oceniają, że Węgry są krajem o małym rozpowszechnieniu używania narkotyków, zobowiązaniami międzynarodowymi niejako usprawiedliwiają wysiłki wkładane w wypracowanie i realizację strategii walki z narkotykami. Według statystyk w 1999 roku węgierskie lecnictwo zarejestrowało prawie 13 tysięcy pacjentów. Liczba ta nie wydaje się marginalna zważywszy, że Węgry pod względem liczby ludności są krajem prawie czterokrotnie mniejszym od Polski. Z raportu wynika jednak, że zbiorcze statystyki zawierają także rozpoznania uzależnienia od leków legalnych, głównie przedwiekowych i nasennych, które stanowią zdecydowaną większość leczonych przypadków. Zwraca się też uwagę na duże rozpowszechnienie problemów związanych z alkoholem i tytoniem. Mimo to dokument dotyczący Narodowej Strategii w zasadzie koncentruje się na narkotykach. Podkreśla się jednak, że w niektórych obszarach, zwłaszcza profilaktyki, niemożliwe jest odseparowanie substancji legalnych od nielegalnych.

Szczegółowy opis celów i zadań węgierskiej strategii jest poprzedzony bardzo krytyczną analizą działań dotychczasowych. Na Węgrzech myślenie o potrzebie wypracowania jakiejś polityki

wobec narkomanii rozpoczęło się pod koniec lat 80. Wtedy to zaczęła docierać tam informacja o rekomendacjach organizacji międzynarodowych. W końcu lat 80. zainicjowano pierwsze prace nad zwerbalizowaniem spójnej polityki. Jednak, jak piszą autorzy raportu, mnogość pomysłów i idei, jakie zrodziły się od tamtego czasu nigdy nie złożyła się w jeden efektywny system.

Aktualna narodowa strategia jest kontynuacją działań w dziedzinie narkomanii w tym sensie, że bierze pod uwagę wcześniejsze dokumenty i zawarte w nich pomysły.

Przy opracowaniu strategii posługiwano się metodologią planowania zorientowanego na realizację celów (ang.: objective oriented project planning):

- podejście komprehensywne,
- jasne definiowanie kierunków strategicznych i odpowiednich celów,
- jasne definiowanie instrumentów potrzebnych do osiągnięcia celów,
- sprecyzowanie wskaźników efektów,
- stały monitoring wkomponowany w plan.

Dokument zawiera obszerny przegląd znanych na świecie modeli profilaktycznych. Węgierska strategia opiera się na modelu multidyscyplinarnym i na idei zachowania równowagi między działaniami redukującymi popyt i tymi skierowanym na ograniczanie podaży narkotyków

Cel ogólny narodowej strategii walki z narkotykami:

U progu trzeciego milenium jesteśmy powadzeni przez wizję stworzenia wolnego, śmiałego i produktywnego społeczeństwa. Takie społeczeństwo charakteryzuje ludzka godność, somatyczny, duchowy i społeczny dobrostan oraz kreatywność, jako cechy najwyższej wagi. W interesie zagwarantowania rozwoju tych cech społeczeństwo jest zdolne radzić sobie z opieką zdrowotną, społecznymi i kryminalnymi zagrożeniami i innymi problemami związanymi z używaniem i handlem narkotykami.

Narkomania dotyka nas i wymaga właściwego działania. Państwo i jego instytucje będą miały istotną rolę w tym działaniu.

Tak sformułowany cel ogólny zawiera cztery podstawowe cele strategiczne:

1. Społeczeństwo powinno stać się wrażliwe i zdolne do efektywnego zajmowania się problemem narkomanii, a społeczności lokalne powinny poprawić swoje umiejętności przeciwdziałania narkomanii (community, cooperatori).
2. Młodym ludziom muszą być dostarczone możliwości rozwoju produktywnego stylu życia, młodzi muszą być zdolni odrzucić narkotyki (preventiori).
3. Jednostki i rodziny używające narkotyki i zmagające się z problemem narkomanii otrzymają pomoc (social work, therapy and rehabilitation).
4. Możliwości dostępu do narkotyków muszą być zredukowane.

Wszystkie działania i programy wdrażane w ramach narodowej strategii podlegają kilku zasadniczym regułom:

- powinny być oparte nie na założeniach, lecz na faktach potwierdzonych badaniami,
- powinny być realizowane zarówno w instytucjach państwowych, jak i w społecznościach z dbałością o koordynację i współpracę,
- powinny brać pod uwagę potrzeby rodziny, szkoły i lokalnych społeczności,
- posługiwać się podejściem komprehensywnym i multidyscyplinarnym,
- powinny mieć sformułowane wskaźniki osiągania celów i być poddawane systematycznej ewaluacji,
- powinny być długoterminowe.

W rozdziale na temat instrumentów, za pomocą których założone zadania będą wykonywane wymienia się:

- szerokie grupy obywateli i ich lokalnych społeczności, wolontariuszy, instytucje państwowe i lokalne,
- współpracę ekspertów i licznych instytucji,
- szeroki społeczny konsens,

- Komitet ds. Koordynacji Działań w Zakresie Narkomanii; ciało to powinno nadać kwestii narkomanii wymiar polityczny, koordynować pracę poszczególnych departamentów, pilnować i upewniać się, czy Węgry wypełniają wszystkie zobowiązania międzynarodowe,
- eksperci – ich zadaniem jest wypracowanie odpowiednich metod działania i podjęcie odpowiedzialności za upowszechnianie wypracowanych programów.

Na dalsze kilkadziesiąt stron dokumentu składa się plan operacyjny, do którego punktem wyjścia są 4 przytoczone wyżej cele strategiczne.

Plany operacyjne odnośnie do wszystkich czterech celów strategicznych mają charakter warstwowy. W pierwszej kolejności umieszczone są operacyjne cele długoterminowe – do 2009 roku, następnie średnioterminowe – do 2002 roku, i wreszcie krótkoterminowe – do bieżącego wdrożenia. Z zasady celów długoterminowych jest mniej (3-4), a długo- i krótkoterminowych znacznie więcej (kilkanaście). Wszystkie plany operacyjne (dla 4 celów strategicznych) są poprzedzane rozdziałem zatytułowanym podstawy filozoficzne, który wyjaśnia dlaczego podejmowane jest działanie w danym obszarze, omawia podstawy teoretyczne i metody.

Próba podsumowania

Materiały, które stanowiły źródło tego opracowania są bardzo zróżnicowane zarówno w treści jak i w formie. Dokumenty szwedzkie i duński są raportami opisującymi politykę wobec narkomanii w poprzedniej dekadzie. Dokumenty hiszpański i węgierski prezentują zaakceptowane przez najwyższe władze państwowe strategie do realizacji w pierwszej dekadzie nowego tysiąclecia. Mimo różnic, we wszystkich opisanych tu dokumentach można odnaleźć wspólne wątki.

Podkreśla się, że w działania skierowane na ograniczenie narkomanii winny angażować się władze zarówno na poziomie kraju, regionu jak i lokalnym. Kluczem do sukcesu jest jasne sformułowanie kompetencji poszczególnych szczebli i stała koordynacja pracy wszystkich sektorów, instytucji i organizacji pozarządowych. Wątek ten jest szczególnie wyrażenie eksponowany w Danii, gdzie kompetencje i obowiązki władz krajowych, regionalnych i lokalnych zostały precyzyjnie zdefiniowane.

Wszystkie kraje dają wyraz konieczności stałego pilnowania, aby działania ograniczające zjawisko nie zostały zdominowane przez jeden z trzech podstawowych kierunków działań; lecznictwo, kontrolę lub profilaktykę. W dokumencie szwedzkim czytamy: „Założeniem naszej polityki jest bliska interakcja między informacją i kształtowaniem opinii społecznej, profilaktyką na poziomie lokalnym, kontrolą i leczeniem”. Hiszpania również docenia konieczność równoważenia działań różnych sektorów jednak priorytet przyznaje profilaktyce. W żadnym dokumencie nie pojawia się wyrazista refleksja na temat problemów, jakie może rodzić bliska współpraca między sektorem kontroli (policją – reprezentującą interesy społeczeństwa) a sektorem lecznictwa (reprezentującym interesy uzależnionych jednostek). Kwestia ta była przedmiotem dyskusji na ostatniej konferencji European Cities on Drug Abuse. W Danii agendy wprowadzające redukcję szkód od lat negocjują z policją możliwość stosowania w praktyce hasła „leczenie zamiast karania”.

Wszystkie kraje uznają konieczność respektowania dotychczasowych porozumień międzynarodowych dotyczących ograniczania narkomanii. Szczególnie mocno jest to podkreślane przez Węgry. Tam strategia wobec narkomanii ma istotne znaczenie polityczne i jest traktowana również jako jeden z czynników umożliwiających przystąpienie Węgier do Unii Europejskiej.

We wszystkich dokumentach mocno akcentuje się potrzebę ciągłego monitorowania i ewaluacji wdrażanych działań. Wedle dokumentu hiszpańskiego, narodowa strategia wobec narkotyków jest ciągłym procesem dostosowywania polityki do wciąż zmieniającej się sceny narkotykowej. Takie podejście wymaga ścisłej współpracy naukowców z praktykami, tworzenia baz danych i elastyczności. Dokumenty hiszpański i węgierski zawierają obszernie rozdziały poświęcone ewaluacji polityki wobec narkomanii w poprzedniej dekadzie. Dokumenty duński i szwedzki również dostarczają ocen i rekomendacji specjalnych komisji powołanych do ewaluowania wdrażanych działań.

Hiszpania i Węgry opracowały narodowe strategie do roku 2008. W procesie ich tworzenia w obu krajach posługiwano się metodologią planowania zorientowanego na realizację celów. Oba dokumenty zawierają obszernie części (około 50 stron) tak zwanych planów operacyjnych, z których wyraźnie wiadomo: co, do kiedy, przez kogo powinno zostać zrobione oraz definiujące wskaźniki, które mogą mierzyć czy poszczególne cele zostały osiągnięte.

Wszystkie kraje formułują jeden cel naczelny polityki wobec narkomanii oraz podstawowe cele operacyjne, które informują, w jakich ogólnych obszarach planuje się działania. W dokumentach szwedzkich podkreśla się, że ogólny cel polityki powinien być formułowany ze świadomością, że pełni on funkcję symboliczną, jest komunikatem na temat postaw społeczeństwa w stosunku do narkotyków. Również inne kraje prezentują coś w rodzaju filozofii leżącej u podstaw przyjmowanych rozwiązań.

W dokumentach, szczególnie duńskim, podkreśla się, że proces tworzenia i realizowania strategii ograniczających zjawisko narko-

manii powinien być zgodny z regułami demokracji. Aby te reguły mogły zaistnieć w rzeczywistości w Danii funkcjonują stowarzyszenia regionalnych i lokalnych doradców. Stowarzyszenia oprócz regularnej współpracy i wymiany doświadczeń między regionami i społecznościami mają za zadanie chronić interesy regionów i społeczności w relacjach z wyższymi władzami. Dotyczy to zwłaszcza regulacji prawnych.

Dania, Szwecja i Hiszpania w swojej polityce wobec substancji psychoaktywnych uwzględniają także substancje legalne. W Hiszpanii uważa się, że szczególna uwaga powinna być (i jest) poświęcona alkoholowi, który jest przyczyną najbardziej rozpowszechnionych szkód społecznych. Strategia węgierska jest najbardziej (spośród tych 4 krajów) skoncentrowana na substancjach nielegalnych. Jednak i Węgrzy podkreślają, że na poziomie profilaktyki substancji legalnych nie sposób oddzielić od nielegalnych.

Wykorzystane dokumenty:

A Preventive Strategy. Swedish Drug Policy in the 1990s.

The Swedish National Institute of Public Health 1998:21, Stockholm 1998.

Drug Policy the Swedish Experience.

The Swedish National Institute of Public Health, Stockholm 1995.

National Drugs Strategy 2000-2008. Spain, National Plan on Drugs

(Plan Nacional Sobre Drogas), Ministerio Del Interior 1999.

National Report on the State of the Drugs Problem in Denmark 2000.

National Board of Health, December 2000.

National Report Sweden 2000. F-serie 11:2000. Stockholm, December 2000.

National Strategy to Combat the Drug Problem. Conceptual Framework of the Hungarian Government's Anti-drug Strategy.

Ministry for Youth and Sports, 1999.

Vagvalet. Den narkotikapolitiska utmaningen. SOU 2000:126.

Slutbetankande av Narkotikakommissionen.

Plan Działań odnośnie do narkotyków i uzależnień

1. Wstęp

W naszym współczesnym, zorientowanym na konsumpcję społeczeństwie, występuje ogromny popyt na wyroby tytoniowe, alkoholowe i inne substancje toksyczne o właściwościach psychoaktywnych, których spożywanie może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia i relacji społecznych, a nawet do uzależnienia¹. Na liczne substancje nałożone są mniej lub bardziej surowe ograniczenia, zakazane jest ich reklamowanie, sprzedaż i kupno ze względu na specyficzne zagrożenia zdrowotne, których są przyczyną. Odnosi się to na przykład do ograniczeń spożywania alkoholu i wyrobów tytoniowych przez osoby niepełnoletnie (Act Protecting Youth in Public), ograniczenia sprzedaży niektórych leków (Drug Law) oraz szczególnie ostrych restrykcji związanych ze sprzedażą, kupnem i posiadaniem narkotyków (Narcotics Act).

Mimo nakładanych przez państwo ograniczeń w celu ochrony zdrowia publicznego nie należy zapominać, że konsumpcja wielu z tych substancji jest nadmierna i w wielu przypadkach powoduje szkody zdrowotne i społeczne, które często prowadzą do śmierci. (...) Jeżeli chodzi o nielegalne narkotyki, główną rolę odgrywa konsumpcja marihuany, gdyż dotyczy znacznej części populacji osób zażywających narkotyki. Styczeńność z nią deklaruje ponad jedna czwarta młodych ludzi; w tym względzie różnice między Niemcami Zachodnimi i Wschodnimi są obecnie bardzo niewielkie

¹ Koncepcja szkodliwej konsumpcji w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO (ICD-10) jest definiowana jako wzorec konsumpcji substancji psychoaktywnych, który prowadzi do szkód zdrowotnych. Coraz częściej zastępuje ona termin „nadużywanie”, który dotyczy nie tylko szkód zdrowotnych, ale także zachowania niezgodnego z normą. Z kolei termin „zależność” opiera się na wewnętrznym przymusie, ograniczonej kontroli, symptomach fizycznego wycofania, rozwoju tolerancji i stopniowego zaniedbywania innych zainteresowań. Zastępuje on termin „uzależnienie”, który pozostaje jednak w użyciu w mowie potocznej (Backmund: Suchttherapie; Munich 1999, or Götz: Moderne Suchttherapie; Stuttgart/New York 1998).

– co najmniej dwa miliony ludzi, głównie młodych, pali marihuanę regularnie, zaś około 200 tysięcy z nich jest od niej uzależnionych.

Organizacje zajmujące się młodzieżą i instytucje wspierające osoby uzależnione coraz częściej mają doniesienia na temat wzorców konsumpcji o wysokim stopniu ryzyka oraz zażywaniu różnych substancji jednocześnie (multiple drug use). W ostatnich latach podwoiła się liczba osób korzystających z poradni. Szacuje się, że 150 tysięcy ludzi jest uzależnionych od heroiny i innych opiatów. Niektóre podgrupy młodych repatriantów zaczynają ich używać w bardzo młodym wieku. Co najmniej 300 tysięcy osób regularnie zażywa kokainę. W niektórych miastach rośnie spożycie cracku. Spożycie marihuany i ecstasy na imprezach techno jest prawie dziesięć razy większe niż w tej samej grupie wiekowej niezwiązanej z tą sceną. W przybliżeniu pół miliona ludzi, przede wszystkim młodych, zażywa „narkotyki imprezowe” („party drugs”), takie jak ecstasy, głównie w połączeniu z innymi nielegalnymi substancjami uzależniającymi, na przykład marihuaną i kokainą, ale również substancjami legalnymi (alkohol).

Co więcej, handel substancjami nielegalnymi i przestępczość związana z produkcją narkotyków stanowią znaczne zagrożenie dla bezpieczeństwa i porządku publicznego.

Spektrum potencjalnych szkód zdrowotnych, wynikających z zażywania substancji uzależniających, jest ogromne – od szkód organicznych i psychicznych, zaburzeń wtórnych i towarzyszących, uszkodzeń płodu w brzuchu matki poczęwszy, na przejawach uzależnienia skończywszy. Konsekwencją bywają ponadto wypadki drogowe, które kończą się uszkodzeniami ciała, wypadki w miejscu pracy, przestępczość i stosowanie przemocy. Straty, na jakie narażona jest gospodarka narodowa w wyniku nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnienia od nich, są również znaczne. Jedno na pięć niemieckich łóżek szpitalnych i jedna na dziesięć wizyt lekarskich przypada na pacjenta uzależnionego.

Oczywiście najlepiej byłoby, gdyby uzależnienie w ogóle nie występowało. Dlatego właśnie podstawowym celem powinno być zachęcanie – zwłaszcza młodych ludzi – do niepróbowania substancji uzależniających lub poczekania z tym do późniejszego etapu życia.

Kluczowym celem polityki zdrowotnej jest zapobieganie lub znaczące redukcje ryzykownej konsumpcji i powstawania zależności od substancji uzależniających wszelkimi możliwymi sposobami. Konsekwencją tego celu jest przykładanie najwyższej wagi do profilaktyki narkomanii.

Niezmiernie ważne jest rozpoznawanie rozwoju uzależnienia we wczesnym stadium, żeby można było mu zapobiec bądź znaleźć z niego wyjście w odpowiednim czasie. Uzależnienie z jednej strony poważnie upośledza jakość życia jednostki i jej bliskich, z drugiej zaś jest przyczyną znacznych szkód społecznych.

Uzależnienie to choroba, która wymaga leczenia. Celem jest, aby istniejące opcje leczenia były dostępne dla uzależnionych tak szybko i tak kompleksowo, jak to tylko możliwe.

Rozwój zależności zależy od różnorodnych czynników. Wśród możliwych wpływów wymienić należy czynniki genetyczne, okoliczności związane z rozwojem, warunkami życia i środowiskiem, a także potencjał uzależniający poszczególnych substancji. Znaczącą rolę odgrywają również aspekty społeczne i środowiskowe (np. możliwość uczestnictwa w edukacji, pracy i społeczności, społeczne wzorce konsumpcji, łatwy dostęp do substancji uzależniających).

W Niemczech osoby uzależnione mają pełne prawo do opieki. Instytucje zapewniające opiekę w ramach ubezpieczenia społecznego są zobligowane do pełnienia swojej funkcji w stosunku do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Zarówno opieka medyczna, jak i grupy samopomocowe w toku doświadczeń z ostatnich dekad wypracowały spektrum różnorodnych usług dla osób uzależnionych, oferując szeroki wachlarz różnych programów dla osób potrzebujących pomocy.

Z takim systemem wsparcia i leczenia Niemcy są krajem zaawansowanym zarówno, jeżeli chodzi o standardy europejskie, jak i międzynarodowe.

- Zróżnicowany system pomocy osobom uzależnionym wiąże się z uwzględnieniem różnych sytuacji życiowych, różnych obrazów klinicznych, różnic płciowych i wiekowych osób dotkniętych problemem;
- System ten opiera się na wysokiej jakości usług.

System wsparcia dla osób uzależnionych w Niemczech:
wysoka jakość usług, równomierny dostęp i efektywność

Wysokiej jakości, zróżnicowany system opieki nad osobami uzależnionymi rozwijał się w Niemczech przez ostatnie 30 lat. Obejmuje on pracę w terenie oraz pracę niskiego progu, poradnictwo, zamknięte leczenie odwykowe z następującym po nim okresem adaptacji oraz zapewnienie ciągłego, następującego po opuszczeniu placówki terapeutycznej, dostępu do usług związanych z powrotem do normalnego funkcjonowania społecznego (np. rehabilitacja poza placówką terapeutyczną, stały dozór nad osobami opuszczającymi jednostkę terapeutyczną, grupy wsparcia).

Co więcej, w Niemczech funkcjonuje system leczenia otwartego opartego na dozorowanym zażywaniu środków medycznych, zwłaszcza dla osób uzależnionych od opiatów. Skuteczność takiego poradnictwa i leczenia jest obecnie szeroko udowodniona i potwierdzona. Współpraca lekarzy prowadzących praktyki prywatne z systemem pomocy osobom uzależnionym powinna być jak najintensywniej promowana. Powinno się zapewniać wysokiej jakości leczenie odwykowe, co oznacza, że motywowanie, wsparcie psychologiczne pacjentów i inicjowanie ciągłych usług rehabilitacyjnych powinno stać się częścią standardowej procedury leczenia odwykowego w sektorze medycznym.

W obszarze leczenia odwykowego dysponujemy zróżnicowanym wachlarzem ofert terapeutycznych (otwarte, półzamknięte i całkowicie zamknięte programy leczenia odwykowego i rehabilitacji, leczenie skojarzone itd.).  str. 74

cd.  Należy utrzymywać ich jakość na odpowiednim poziomie i promować dalszy ich rozwój. W ostatnich latach oferta leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opiatów została znacznie rozszerzona, poprawiono także jakość tego leczenia. Stało się ono fundamentem usług oferowanych osobom uzależnionym od opiatów.

Również w przypadku osób cierpiących z powodu przewlekłych uzależnień od różnych substancji (multiple addiction) istnieje potrzeba możliwości oferowania im podjęcia leczenia odwykowego.

Dostępne możliwości leczenia uzależnień powinny również zapewniać opartą na realnych potrzebach wysokiej jakości opiekę w przyszłości. Jednak po dziś dzień udaje się dotrzeć do zbyt małej liczby osób borykających się z problemem uzależnienia. Często pomoc przychodzi za późno. Z tego powodu polepszenie dostępu do osób uzależnionych oraz osób zagrożonych uzależnieniem jest celem centralnym polityki zdrowotnej.

Redukcja chorób związanych z uzależnieniem: zadanie dla społeczeństwa odnośnie do polityki zdrowotnej i przepisów prawnych.

Państwo w swojej polityce społecznej i zdrowotnej jest zobowiązane wskazywać sposoby przewycięzania uzależnień i problemów związanych z narkotykami, w szczególności zaś chronić swoich obywateli przed szkodami zdrowotnymi. W tym celu, obok zapewniania wsparcia dla osób uzależnionych, powinno również dostosować przepisy prawne i inne regulacje, zwłaszcza zakazy uprawiania, zakupu i sprzedaży niektórych substancji psycho-aktywnych. Tak jak w przypadku substancji legalnych, państwo musi wykorzystać mechanizmy kontrolne w celu uniknięcia lub przynajmniej ograniczenia konsumpcji substancji psychoaktywnych poprzez na przykład ich wycenianie, licencjonowanie, kontrolę produkcji lub ograniczenie sprzedaży i reklamowania.

Strategia szeroko zakrojona w Planie Działań jest niezbędna, aby zaangażować wszystkie siły społeczne w celu redukcji problemów związanych z uzależnieniami.

Plan Działań odnośnie do Narkotyków i Uzależnień stanowi szeroko zakrojoną, obejmującą wszelkie możliwe dziedziny życia, długofalową i ogólną strategię radzenia sobie z substancjami uzależniającymi, która ma na celu zmianę świadomości zdrowotnej i uniknięcie lub przynajmniej ograniczenie szkodliwej konsumpcji. „Narodowy Program Kontroli Nadużywania Narkotyków”, który został przyjęty w 1990 r., nie odzwierciedla już najświeższej wiedzy naukowej ani praktycznej. Przykładem jest niedostosowanie środków do takich grup ryzyka, jak dzieci pochodzące z rodzin z problemem uzależnień, młodzi repatrianci czy imprezowa scena narkotykowa. Poza tym program ten nastawiony jest tylko na nielegalne narkotyki, nie docenia natomiast poważnych społecznych i zdrowotnych efektów niezdrowej konsumpcji substancji legalnych. W tamtym czasie nie mogły być wzięte pod uwagę także dokonania w nowym Federal Länder. Nowe propozycje opieki (np. pomieszczenia do konsumpcji narkotyków – drug consumption rooms) również nie zostały uwzględnione. Istnieje ponadto potrzeba działań na polu nowych technologii, ponieważ Internet stał się ważnym kanałem komunikacji i handlu dla krajowego oraz międzynarodowego rynku narkotykowego. Wymaga on nowego sposobu traktowania przez politykę związaną z narkotykami i uzależnieniami.

Nakreślając Plan Działania, Niemcy dołączają do szeregów innych państw Europy, i nie tylko, które w ostatnich latach przyjęły podobne instrumenty. Szczególne znaczenie polityczne ma strategia narkotykowa zaaprobowana przez Radę Europy w Planie Działania odnośnie do Narkotyków 2002-2004.

(...)

Plan Działania odnośnie do Narkotyków i Uzależnień opisuje priorytetowe obszary działania, zaprezentowane w czterech filarach: Prewencja, Poradnictwo / Leczenie, Pomoc w przetrwaniu

(Survival Assistance / Redukcja szkód oraz Represja / Redukcja podaży. Większość landów włączyło Pomoc w przetrwaniu w filar Poradnictwo/Leczenie.

Środki osiągnięcia zdefiniowanych celów opisane są odpowiednio do poszczególnych obszarów działania. Ważnymi elementami planu, obok ewaluacji podejmowanych środków, są przejrzyste ramy czasowe i przejrzyste umiejscowienie celów.

W ogólną reformę sektora zdrowotnego mają zostać włączone propozycje polepszania i optymalizacji systemu pomocy osobom uzależnionym. Istniejące źródła i obszary działania w sektorze zdrowotnym (prewencja, leczenie, rehabilitacja i opieka) mają zostać połączone, a ich cele sprzężone z potrzebami i życiowymi sytuacjami osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych.²

Wdrożenie Planu Działania ma być monitorowane przez Komisję ds. Narkotyków i Uzależnień, w której znajdują się reprezentanci wszystkich znaczących z punktu widzenia społecznego grup i instytucji zajmujących się redukcją problemów związanych z uzależnieniami oraz zapewnianiem pomocy osobom uzależnionym. Zadaniem Komisji ds. Narkotyków i Uzależnień jest weryfikowanie wdrażania zdefiniowanych celów za pomocą odpowiadających im środków.

Reprezentanci będą pracować nad tym, żeby były one wprowadzane w należących do nich obszarach odpowiedzialności.

² Somatycznie zorientowana koncepcja choroby ma zostać rozszerzona tak, by zawierała również wymiar społeczny i psychologiczny w celu osiągnięcia możliwie najpełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym (zobacz również: Kluczowy dokument na temat zorientowanej na integrację reformy z punktu widzenia przewlekle chorych i niepełnosprawnych osób, sierpień 2002). Zgodnie z Prawem Podstawowym, sektor zdrowotny podlega podstawowym zasadom. Zawierają one ochronę godności ludzkiej (Art. 1 Prawa Podstawowego), prawo swobodnego rozwoju osobowości (Art. 2), prawo do życia i nietykalności jednostki (Art. 2, paragraf 2). W związku z tym promocja fizycznego, mentalnego i duchowego zdrowia jest jednym z zasadniczych zadań polityki zdrowotnej.

2. Redukcja problemów związanych z narkotykami i uzależnieniami od nich

2.1 Cele ogólne

Rząd Federalny i Kraje Związkowe proponują pełniej rozwinąć system pomocy i skupić się na zwalczaniu zależności od legalnych substancji uzależniających, szczególnie na zmniejszeniu spożycia tytoniu i ryzykowej konsumpcji alkoholu w polityce związanej z narkotykami i uzależnieniami. W tym kontekście większa waga zostanie przywiązana do profilaktyki uzależnień.

Celami polityki związanej z uzależnieniami są:

1. Zapobieganie lub odwrócenie w czasie ryzyka uzależnienia.
2. Rozpoznawanie i redukowanie wzorców ryzykowej konsumpcji na jak najwcześniejszym etapie.
3. Ochrona i pomoc w przetrwaniu.
4. Leczenie uzależnienia z wykorzystaniem wszelkich dostępnych opcji zgodnie z najnowszym stanem wiedzy naukowej.
5. Kontrolowanie dostępności nielegalnych substancji uzależniających.

Osiągnięciu celów ogólnych służyć mają następujące cele szczegółowe:

Promocja ogólnej świadomości zdrowotnej
w celu zapobiegania rozwojowi uzależnień

Badania empiryczne wskazują, że większa świadomość zdrowotna społeczeństwa prowadzi do ograniczenia szkodliwych wzorców zachowań. Koncepcja zdrowia, którą się tu posługujemy, nie oznacza braku choroby, ale – tak jak jest ona definiowana przez WHO – mentalne i psychiczne poczucie dobrostanu jednostki, podniesienia jakości jej życia i podnoszenie jej umiejętności społecznych, aby mogła odpowiednio reagować na trudne sytuacje życiowe. Pewne siebie („silne”) osobowości przejawiają słabszą tendencję do popadania w uzależnienie.

Aby taki stan osiągnąć, niezbędne jest zwiększenie wśród społeczeństwa poziomu wiedzy na temat ryzykownej, szkodliwej i uzależniającej konsumpcji legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz związanych z nimi zagrożeń. Zwiększanie zdrowotności i świadomości zdrowotnej nie może być zadaniem tylko polityki związanej z uzależnieniami, musi stanowić integralny element spójnej polityki zdrowotnej, społecznej i edukacyjnej, których cele mogą zostać osiągnięte tylko pod warunkiem zaangażowania w ten proces różnorodnych podmiotów.

Zmienianie społecznego nastawienia na bardziej krytyczne wobec legalnych i nielegalnych substancji uzależniających

Poziom konsumpcji substancji psychoaktywnych w naszym społeczeństwie jest – ogólnie rzecz biorąc – zbyt wysoki. Za mało uwagi poświęca się zdrowotnym, psychologicznym, społecznym i ekonomicznym skutkom zażywania substancji dozwolonych prawnie. Często kojarzone są one z wypoczynkiem czy relaksem. Jednak skoro rozmiar szkód wywoływanych przez te substancje jest tak znaczący, istnieje wyraźna potrzeba wpływania na nastawienie społeczne w taki sposób, by wytworzyć wobec nich bardziej krytyczny stosunek.

Identyfikacja zachowań związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych tak wcześnie, jak to możliwe, oraz szybkie wykrywanie nowych substancji i nowych wzorców ich konsumpcji

Szybsze wykrywanie szkodliwych trendów związanych z konsumpcją substancji psychoaktywnych wymaga rozwijania i wprowadzania w obieg niezbędnych narzędzi diagnostycznych. Ośrodki doradcze, instytucje zdrowotne oraz te, które zajmują się młodzieżą, szkoły, środowisko lekarskie i szpitale muszą być w stanie rozpoznać rozwój uzależnienia lub nadmierne spożywanie substancji uzależniających na samym początku, żeby mogły zorganizować pomoc i wsparcie w odpowiednim czasie. To samo dotyczy nowych substancji psychoaktywnych i nowych wzorców ich konsumpcji.

**Uwrażliwienie na ryzyko zażywania
wielu substancji psychoaktywnych naraz**

Jako zjawisko zażywanie wielu różnych legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych narasta, zwłaszcza wśród ludzi młodych. Tego rodzaju wzorzec konsumpcji znacznie zwiększa ryzyko zdrowotne. Ważnym celem jest więc rozpoznawanie nowych wzorców konsumpcji oraz wprowadzanie odpowiednich działań profilaktycznych i odpowiedniego systemu pomocy dostosowanego do potrzeb osób uzależnionych od różnorodnych substancji oraz ludzi młodych.

**Pomoc skoncentrowana bezpośrednio na grupach szczególnego
ryzyka w celu zapobiegania uzależnieniom**

Rozwój choroby uzależnieniowej ma złożone przyczyny. Wpływ na nią mają na przykład czynniki biograficzne i/lub społeczne (uzależnieni rodzice, traumatyczne doświadczenia przemocy seksualnej w dzieciństwie, brak integracji grupy etnicznej, doświadczenia związane z migracją itp.). Działania prewencyjne i interwencyjne powinny być adresowane również do grup osób znajdujących się w sytuacjach silnego stresu (np. bezrobocie).

**Ograniczanie wypadków drogowych i w miejscu pracy
powodowanych pod wpływem substancji psychoaktywnych**

W 2001 roku miało miejsce 25 690 wypadków drogowych z uszkodzeniem ciała (6,2 proc.), z czego 23 152 użytkowników dróg odniosło lekkie obrażenia (5,2 proc.), 10 365 poważne obrażenia (8,5 proc.) a 909 osób poniosło śmierć (11 proc.). Zagrożenie bezpieczeństwa na drogach powodowane przez kierowców pod wpływem narkotyków wzrosło w ostatnich latach. Nadużywanie alkoholu i uzależnienie jest również przyczyną poważnych strat w biznesie. (...)

Uwrażliwianie na różnice płciowe w polityce
związanej z narkotykami i uzależnieniami

Należy zwiększyć wrażliwość na kwestię płci i rodzaju. W związku z kulturowymi wzorcami męskości i kobiecości oraz rozwojem mężczyzn i kobiet wyłaniają się odmienne wzorce konsumpcji. Obie płcie preferują również inne rodzaje substancji.

W związku z tym należy zintegrować w system pomocy uzależnionym specyficzne dla obu płci rodzaje ofert.

Zakotwiczenie współpracy interdyscyplinarnej

Efektywna polityka związana z narkotykami i uzależnieniami wymaga współpracy interdyscyplinarnej między różnymi podmiotami: medycznymi, edukacyjnymi, społecznymi, samopomocowymi, politycznymi, administracyjnymi, prawnymi, a także kontaktu z policją. Systematyczna współpraca systemu pomocy osobom uzależnionym ze środowiskiem medycznym, psychiatrycznym i opieką społeczną jest równie niezbędna, jak w przypadku opieki nad osobami bezdomnymi, ogólnego poradnictwa społecznego, instytucji zajmujących się młodzieżą oraz specjalistów do spraw migracji ludności. Z tego względu muszą zostać wprowadzone wiążące porozumienia odnośnie do kompetencji i zakresu obowiązków poszczególnych podmiotów. Odpowiednie, skuteczne instrumenty, gwarantujące koordynację usług i świadczeń oraz współpracę między instytucjami zapisane są w Księdze IX Ubezpieczeń Społecznych (Book IX of the Social Security Code – SGB IX Rehabilitacja i równe szanse osób niepełnosprawnych), która została wprowadzona w życie 1 lipca 2001 r. Zawiera ona między innymi: zapis o utworzeniu „joint service centers” – placówek, w których świadczone są usługi z zakresu różnych dyscyplin, przejrzyste uzasadnienie potrzeby wsparcia w poszczególnych jednostkach oraz obowiązek ustawowy połączonych, skoordynowanych działań pomocowych.

Jeśli chodzi o system kontroli, niezbędny jest podział kompetencji między odpowiednie władze, ośrodki zajmujące się młodzieżą oraz policję.

Kontrola nad przestępczością związaną z narkotykami

Zagrożenie, jakie niesie za sobą spożywanie substancji psychoaktywnych, odnosi się nie tylko do aspektu polityki zdrowotnej. Bądź, co bądź nie każde spożycie legalnych czy nielegalnych narkotyków prowadzi nieuchronnie do uzależnienia. Podstawowym czynnikiem decydującym o zażyciu narkotyku (czy to z ciekawości, czy w wyniku uzależnienia) jest chęć (która później przeradza się w zależność lub przymus) jego zażycia. Z kolei z punktu widzenia specjalistów do spraw rynku, ta chęć zażycia tworzy potencjalny popyt, na który odpowiedzią jest podaż różnorodnych (legalnych lub nielegalnych) środków. Szczególnie nie powinno się nie doceniać rynku substancji zabronionych prawem, jeżeli chodzi o szkody, jakie przynosi gospodarce narodowej.

Potencjalne zagrożenie stanowi przestępczość zorganizowana – zwłaszcza zajmująca się nielegalnym handlem narkotykami. Z punktu widzenia polityki bezpieczeństwa publicznego i ekonomii jego rozmiar i konsekwencje mają ogromne znaczenie ze względu na wpływ na legalny cykl ekonomiczny.

2.2 Cele związane z substancjami psychoaktywnymi

Zapobieganie lub ograniczanie konsumpcji nielegalnych narkotyków

Mimo że poszczególne substancje mają różny wpływ na zdrowie i uzależniają w różnym stopniu, głównym celem jest zapobieganie lub przynajmniej ograniczanie, konsumpcji nielegalnych substancji psychoaktywnych ze względu na niebezpieczeństwa zdrowotne związane z ich użyciem. Co za tym idzie, zakup oraz posiadanie niektórych substancji są zabronione i karalne na mocy ustawy narkotykowej (Narcotics Act – BtMG) a także międzynarodowych konwencji. Jednocześnie obserwujemy coraz większą groźbę rozprzestrzeniania się niektórych chorób zakaźnych (szczególnie wirusowego zapalenia wątroby i HIV), związaną zwłaszcza z niskim

poziomem higieny podczas wstrzykiwania niektórych substancji oraz zachowaniami seksualnymi podejmowanymi bez zabezpieczenia pod wpływem narkotyków. Aż do 80 proc. osób uzależnionych od narkotyków jest już zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C. Infekcje te są na ogół przewlekłe, prowadzą do znaczącego pogorszenia stanu zdrowia, a w najgorszych przypadkach – do śmierci.

Ponadto badania wskazują na ryzyko organicznego uszkodzenia mózgu i długotrwałego upośledzenia jego czynności na skutek konsumpcji narkotyków syntetycznych. Z tego powodu ważnym elementem europejskiej polityki dotyczącej narkotyków jest ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z konsumpcji narkotyków syntetycznych za pomocą środków profilaktycznych, a także zapobiegania ich produkcji i rozprowadzaniu.

Spożycie marihuany i ekstazy na scenie imprez techno jest prawie dziesięć razy większe niż w populacji osób w tym samym wieku, a niezwiązanych z tą sceną.

Ograniczenie nadużywania oraz promocja wczesnego wykrywania i interwencji w przypadkach niewłaściwego użytkowania leków psychoaktywnych

Na drodze skoncentrowanej edukacji prowadzone mają być działania mające na celu przekonanie przede wszystkim kobiet, żeby na psychologiczne trudności i stresy nie reagowały zażywaniem leków psychoaktywnych. Zaledwie niewielki odsetek osób uzależnionych od leków – w przeważającej większości są to kobiety – podejmuje odpowiednie leczenie.

3. Sposoby ograniczenia problemów związanych z uzależnieniem

3.1. Profilaktyka

Celem profilaktyki narkomanii jest promowanie zdrowia, utrzymywania abstynencji oraz unikania nadużywania i uzależnienia. Profilaktyka ma cele dwojakiego rodzaju: z jednej strony pomaga jednostce uniknąć uzależnienia, z drugiej zaś pomaga społeczeństwu redukować długotrwałe koszty, które z tego uzależnienia wynikają.

Podstawowe elementy profilaktyki to:

1. Całościowa strategia umiejscowiona w holistycznie pojętej promocji zdrowia
2. Rozszerzenie umiejętności życiowych
3. Komunikowanie pozytywnych przekazów: „Niepalenie jest fajne” („Not smoking is cool”)
4. Docieranie do konkretnych grup wysokiego ryzyka
5. Integracja pracy pracowników środowiskowych (peers) i grup samopomocowych
6. Długofalowy charakter tychże środków

Profilaktyka narkomanii może być skuteczna i długotrwała tylko wtedy, gdy jest wynikiem całościowej, przemyślanej strategii, zaś różnorakie komplementarne środki ze strony Rządu Federalnego, poszczególnych landów, samorządów lokalnych i opieki zdrowotnej uzupełniają się. Szczególny nacisk należy położyć na decentralizację poczynań, jako że lokalne wysiłki są zwykle najefektywniejsze.

Profilaktyka narkomanii musi być zaprojektowana w taki sposób, by dotyczyła jak najszerszego spektrum odbiorców, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i ludzi młodych. Straszanie czy wytykanie palcem nie są odpowiednimi środkami zapobiegawczymi, dlatego działania profilaktyczne muszą być obliczone na wzmacnianie pewności siebie u dzieci. W końcu pewne siebie dzieci i młodzi

ludzie, którzy dysponują niezbędnymi życiowymi umiejętnościami, są również w stanie powiedzieć „nie”, a tym samym są najlepiej chronione przed ryzykiem uzależnienia.

W założeniu wszystkie środki zapobiegawcze powinny być dostosowane do doświadczeń dnia codziennego grupy docelowej, świata, w którym żyje, powinny promować już istniejące mocne strony oraz angażować w działania członków tychże grup (edukator środowiskowy – peer education). Ludzie w tym samym wieku są bowiem bardziej wiarygodni. Do nowych grup docelowych można docierać przez promowanie ofert, które pozwalają na aktywne angażowanie się i rozwój.

Środki profilaktyki narkomanii nie są jednak skierowane tylko do dzieci, młodzieży i ludzi młodych. Tego rodzaju projekty powinny być adresowane w równym stopniu do rodziców oraz ludzi starszych, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka uzależnienia od leków. Również działania obejmujące grupę osób między 18 a 27 rokiem życia powinny zostać zintensyfikowane, przede wszystkim w związku z ich uczestnictwem w ruchu drogowym, sposobami spędzania wolnego czasu przez młodych ludzi oraz społecznym i psychologicznym rozwojem osób pełnoletnich.

Należy lepiej dostosować środki zapobiegawcze do czynników związanych z płcią. Dziewczęta i kobiety spożywają narkotyki w inny sposób niż chłopcy i mężczyźni; często czynią to w większej tajemnicy, ulegają wpływom. Aby zwiększyć efektywność środków zapobiegawczych, należy je zaprojektować zgodnie z tymi różnicami.

Jako że profilaktyka nastawiona jest na zmianę zachowań, tylko programy stosunkowo długofalowe mogą przynieść trwały efekt. Jedna kampania nie wystarczy – przekaz w niej zawarty należy komunikować ciągle i w różnorodnych kontekstach.

W przyszłości, w pracy profilaktycznej powinno się poświęcić więcej uwagi konsumpcji wielu substancji psychoaktywnych i ryzykownym wzorcom konsumpcji, ponieważ rozróżnienie na substancje legalne i nielegalne w coraz mniejszy sposób odzwierciedla prawdziwe zachowania, zwłaszcza wśród populacji ludzi młodych.

3.1.1. Specyficzne środki profilaktyczne

Rozbudowanie środków strukturalnych

Środki strukturalne odnoszą się do polepszenia jakości środowiska życia, intensyfikacji współpracy na poziomie federalnym, landów i samorządów lokalnych, wykorzystania efektów i potencjału poprzez bardziej intensywną współpracę oraz wspieranie poczynąń profesjonalistów, którzy zajmują się profilaktyką narkomanii. Utrzymanie oraz zwiększenie ochrony dzieci i młodzieży na poziomie landów i samorządów lokalnych jest niezbędne również w ramach środków strukturalnych.

Wprowadzanie i rozbudowa środków

Zmiana Aktu Ochrony Młodzieży (Act protecting Youth in Public) w celu ograniczenia szkodliwego wpływu substancji uzależniających na dzieci i młodzież, jak również reklamowania tytoniu i alkoholu w mediach to ważne sposoby wpływania państwa na ograniczenie chorób związanych z uzależnieniami. Wprowadzanie ustawowych ograniczeń dostępu do substancji psychoaktywnych, zwłaszcza ludzi młodych, musi być intensywnie monitorowane na poziomie lokalnym. (...)

Ustanowienie funduszu na profilaktykę, finansowanego z kilku źródeł

Rządowe fundusze na profilaktykę są niewystarczające. W związku z tym koncepcja funduszu (ubezpieczenie zdrowotne, Rząd Federalny, poszczególne Kraje Związkowe, samorządy lokalne itd.) musi zostać rozpatrzona w celu promowania działalności profilaktycznej i zwiększenia liczby źródeł jej finansowania. (...)

Utrzymywanie profilaktyki na wysokim poziomie

Konkretne działania interwencyjne muszą być regularnie i systematycznie ewaluowane, należy również dbać o utrzymanie ich wysokiego poziomu. Służą temu standardy i zalecenia dotyczące działań profilaktycznych. Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej (BzgA)

rozwija komputerowe „narzędzie dokumentacji” dla profesjonalnych agencji, które zajmują się profilaktyką, oraz sieć takich instytucji w formie portalu internetowego.

Promocja skoordynowanych strategii samorządów lokalnych i rozwój katalogu Modeli Dobrej Praktyki (Models of Good Practice)

Strategie profilaktyczne zorientowane na obywatela mają być dostosowane do warunków regionalnych.

Praca sieci regionalnych może być prowadzona przez profesjonalne, ponadregionalne agencje.

W ramach zainicjowanego przez Rząd Federalny konkursu pod hasłem „Modelowe Strategie Profilaktyki Narkomanii Samorządów Lokalnych” do katalogu środków, z którego można czerpać pomysły również do działań międzynarodowych, zbierane są pozytywne doświadczenia. Pozytywne przykłady muszą być uprzednio zaadaptowane do warunków lokalnych.

Dalszy rozwój środków promocji zdrowia oraz rozwój sektora przedszkolnego i szkolnego

Swoje pierwsze doświadczenia, nabywane w toku społecznego uczenia się i radzenia sobie z presją grupy rówieśniczej, dzieci gromadzą w środowisku przedszkolnym. Uczą się tam również podstawowych umiejętności koniecznych do kształtowania świadomych – z punktu widzenia zdrowia – zachowań. Dlatego należy bardziej intensywnie wykorzystywać programy, których celem jest uczenie tych umiejętności w sektorze szkolnym, na przykład takich, na których oparte są projekty „Class2000”, „Lions Quest” czy „Becoming Independent”.

Stworzone przez BzgA „Curriculum for Parental Education Work” powinno być wykorzystywane w większym stopniu przez nauczycieli. Obecne podstawy wiedzy powinny być wprowadzone jako niezbędne umiejętności praktyczne i wiadomości dla edukatorów. Szkoła, jako miejsce, gdzie dzieci i młodzi ludzie spędzają większość czasu, musi być bardziej zaangażowana w profilaktykę

narkomanii, ponieważ wzorce zachowań utrwalane w życiu dorosłym kształtują się już na poziomie szkolnym. W związku z tym istnieje potrzeba uwzględnienia profilaktyki narkomanii jako integralnego elementu podstaw każdego przedmiotu. Szkolna edukacja zdrowotna i promocja zdrowia ma zostać wprowadzona do programu kształcenia nauczycieli. Dodatkowo mają zostać wydane podręczniki, które będą umożliwiały wczesne rozpoznanie problemów z uzależnieniem i podejmowanie odpowiednich kroków w celu ich minimalizowania. Co więcej, aby promować pozytywną atmosferę w szkole, nauczyciele muszą sami dostarczać pozytywnych wzorców. (...)

Promocja sieci instytucji zajmujących się profilaktyką narkomanii i dobrem młodzieży

Po wyjściu ze szkoły młodzi ludzie dużo czasu spędzają w lokalnym środowisku sąsiedzkim. Usługi świadczone przez instytucje, które zajmują się młodzieżą, programy skierowane do niej i do osób uzależnionych od narkotyków, muszą być jeszcze bardziej skoordynowane, aby możliwe było wychwycenie wczesnych objawów problemów u dzieci i młodych ludzi oraz skierowanie w ich kierunku połączonych działań i wysiłków. Pracownicy ośrodków młodzieżowych zostaną zaopatrzeni w instrumenty i wytyczne, aby mogli bardziej efektywnie działać na polu zapobiegania narkomanii. Każdy, kto pracuje zawodowo z dziećmi i młodzieżą, musi być odpowiednio przeszkolony i uświadomiony na tę problematykę. Odpowiednie szkolenia i programy kształcenia ustawicznego dotyczące zagadnień uzależnień muszą być oferowane pracownikom tego rodzaju organizacji.

Zapobieganie narkomanii jest również interdyscyplinarnym zadaniem dla oświaty, pracy społeczności lokalnych oraz polityki społecznej, które dotyczą każdej sfery życia dziecka i młodego człowieka. Dlatego efektywny i skuteczny system opieki nad nimi może mieć znaczący wkład w odpowiednią profilaktykę narkomanii.

Intensyfikacja działań profilaktycznych w grupach wysokiego ryzyka

Wskaźniki społeczne (takie jak środowisko społeczne) mają również znaczenie w kontekście rozwoju uzależnień u dzieci i młodych ludzi. Z tego względu środki profilaktyczne muszą dotyczyć przede wszystkim tego obszaru. W tym kontekście należy położyć większy nacisk na pracę zorientowaną na społeczność lokalną i „setting-based approaches”³, gdyż są one równie ważne, jak praca z dziećmi i młodzieżą dotkniętymi problemem.

Działania profilaktyczne są konieczne w stosunku do:

- osób starszych,
- osób upośledzonych umysłowo,
- bezrobotnych,
- osób w trudnej sytuacji społecznej,
- osób z różnych grup etnicznych.

W tym kontekście kwestią podstawową jest rozpoznanie i wspieranie już istniejących umiejętności i kompetencji osób, które zamierza się objąć programem. Ważna jest również praca z uzależnionymi rodzicami po to, by uniknąć rozwoju uzależnienia u ich dzieci. Skuteczne okazało się bezpośrednie zwracanie się do konsumentów nielegalnych narkotyków drogą internetową. Jednakże liczba osób, które mają korzystają z tej możliwości, nadal nie jest wystarczająca, dlatego w celu jej zwiększenia należy – tam,

³ Od czasu zmiany podejścia na podejście oparte na stylu życia koncentruje się uwagę na integrowaniu kontekstu świata subkultury, w którym żyją osoby, do których adresuje się działania profilaktyczne. Niezależnie od jakiegokolwiek zagrożenia lub możliwości uzależnienia grupy docelowe są rozróżniane na podstawie różnorodnych środowisk, z jakich się wywodzą, i charakterystycznych dla nich stylów życia, z uwzględnieniem stresu lub czynników ochronnych, rytualizacji konsumpcji, symbolicznych znaczeń substancji, sieci społecznych czy umiejętności związanych z radzeniem sobie z ryzykiem. Zjawisko może być definiowane w sposób węższy (np. konsumpcja cracku) lub szerszy (np. rozwój zależności) albo odnosić się do substancji lub aspektów pośredniczących (np. umiejętności życiowych). Ma to znaczenie zarówno wtedy, kiedy rozważamy sytuację pod kątem substancji (np. palenie tytoniu: Które grupy są najbardziej dotknięte zjawiskiem? Który obszar ma największe znaczenie?), jak i wtedy, gdy za podstawę bierze się charakterystykę grupy docelowej (np. ludzie starsi: Jakie zjawisko dotyczy ich najbardziej?). Ogólne stwierdzenia mają odniesienie do wszystkich substancji, którymi zajmuje się profilaktyka, łącznie z lekami psychotropowymi.

gdzie to konieczne – ukierunkować ofertę bardziej konkretnie na poszczególne grupy. W tym celu trzeba rozwijać bardziej zróżnicowane formy docierania do grup docelowych poprzez współpracę z partnerami (projekty partnerskie).

Wprowadzenie działań profilaktyki narkomanii w publicznych placówkach opieki zdrowotnej, gabinetach lekarskich i szpitalach oraz szkolenia w zakresie profilaktyki narkomanii

Osoby uzależnione rozpoznaje się najczęściej w placówkach opieki medycznej, gabinetach lekarskich i szpitalach. Należy więc poświęcać więcej uwagi diagnozie uzależnienia w procesie kształcenia lekarzy. Konieczne są również regularne oferty kształcenia ustawicznego w tym zakresie.

Integracja telewizji, radia i prasy w kampaniach edukacyjnych i informacyjnych

Środki masowego przekazu muszą być uwzględniane w całościowej strategii Planu Działania odnośnie do Narkomanii i Uzależnień, aby jego cele mogły zostać przekazane społeczeństwu oraz by stworzyć pozytywny klimat wokół komunikatów z zakresu profilaktyki narkomanii. Należy sprawdzić, czy można nałożyć na nadawców obowiązek nadawania spotów edukacyjnych do konkretnych grup docelowych. Media mają zostać pozyskane w celu zaangażowania się w profilaktykę narkomanii poprzez dobrowolne ograniczenia reklamowania szczególnie wyrobów tytoniowych i alkoholu.

Kontynuacja współpracy z organizacjami sportowymi na polu profilaktyki narkomanii

Skuteczna współpraca między organizacjami sportowymi i BzGA, jak również na poziomie landów, ma być kontynuowana. Celem takiego działania jest dotarcie do młodych ludzi z ofertami profilaktyki pierwotnej poprzez angażowanie ich w zajęcia sportowe.

3.1.2. Środki profilaktyczne związane z konkretnymi substancjami

Poprawa systemu związanego z lekami na receptę

Aby poprawić dostęp do osób uzależnionych od leków – z których większość to kobiety – należy poczynić starania w celu wykrywania uzależnień od leków już w gabinetach lekarskich, szpitalach, jak również w innych placówkach (np. ośrodkach rekreacyjnych dla matek i dzieci) oraz motywowania osób dotkniętych problemem do podjęcia leczenia.

Ze szczególną ostrożnością należy traktować leki psychoaktywne, opierając się na zasadzie, że im mniej, tym lepiej.

Dotychczas niedoceniane zagrożenia związane z uzależnieniem od leków mogą być zredukowane dzięki:

- zintensyfikowaniu działań edukacyjnych na temat zagrożeń związanych z nadużywaniem leków i na temat alternatyw wobec ich używania;
- systematycznym dokumentacją i oceną problematycznego używania leków (ustanowienie systemu monitorowania);
- specyficznym środkiem profilaktycznym dla poszczególnych grup docelowych;
- poszerzeniu kwalifikacji (farmakologia/psychiatria/farmacja) lekarzy i aptekarzy.⁴

3.2. Poradnictwo, leczenie i rehabilitacja

Środki w tym obszarze nastawione są na osoby, które są narażone lub już dotknięte zależnością. Celem tych środków jest:

- dotarcie do chorych na wczesnym etapie uzależnienia w celu zapewnienia pomocy,
- pomoc w przetrwaniu (survival assistance),
- motywowanie ich do podjęcia leczenia,
- stabilizacja ich zdrowia,
- rehabilitacja społeczna i zawodowa.

⁴ Wykorzystanie Ritalinu w leczeniu zespołu deficytów uwagi i hiperaktywności (ADHD) ma być poprawione przez standardy oparte na potrzebach i jakości.

Dla podniesienia poziomu poradnictwa i terapii niezbędne są następujące środki:

Założenie ogólnokrajowej gorącej linii dotyczącej narkotyków i uzależnienia

Należy zbadać możliwości rozszerzenia działalności telefonów zaufania o temat narkotyków i uzależnienia. Istniejące telefony zaufania dostępne są tylko regionalnie, dlatego należy połączyć je w sieć w taki sposób, by osoby z problemem narkotykowym oraz ich bliscy mogli szybciej uzyskać niezbędną pomoc.

Poprawa współpracy między systemem pomocy uzależnionym a ośrodkami dla młodzieży w celu wcześniejszej interwencji u osób zagrożonych problemem

Poprawa tej współpracy ma się przyczynić do szybszej interwencji u osób zagrożonych problemem, a tym samym do zapobiegania rozwojowi uzależnienia. Działania te mają być wspierane przez:

- Zapoczątkowanie wydarzeń edukacyjnych i spotkań z ekspertami.
- Rozwój podręcznika współpracy między instytucjami młodzieżowymi a ośrodkami pomocy narkomanom.
- Umowy o współpracę na poziomie samorządów lokalnych, z zastrzeżeniem, że ośrodki pomocy narkomanom i instytucje młodzieżowe mają zawsze włączać się w działania w przypadku nadużywania substancji przez młodych ludzi lub ich rodziców, których możliwości wychowania dziecka zostają tym samym upośledzone.
- Dalszą promocję zainicjowanej wymiany środków w obu obszarach działania.
- Rozszerzenie sieci współpracy, aby objęła ona opiekę nad uzależnionymi w sądach dla nieletnich i centrach doradczych zajmujących się migracją.

Wcześniejsze docieranie do osób zagrożonych substancjami nielegalnymi

Zażywanie nielegalnych narkotyków (z wyjątkiem marihuany) często rozpoczyna się w pewnych podgrupach młodzieży i wśród

młodych dorosłych (np. w podgrupie młodych repatriantów, w grupie młodych ludzi o konotacjach przestępczych, na scenie imprez techno). Z tego powodu powstają programy wsparcia „w terenie” (outreach work), na przykład takie, które poszukują dostępu do tych podgrup (szczególnie przez pozyskiwanie do pracy pracowników środowiskowych – peers), w celu dotarcia do młodych osób zagrożonych narkomanią, zapobiegania rozpoczęcia zażywania narkotyków lub zmotywowania ich do rzucenia narkotyków na wczesnym etapie.

Poprawa i rozszerzenie zamkniętych form leczenia dla osób uzależnionych

Terapia uzależnień powinna być na wyciągnięcie ręki. Stworzone przez SGB IX możliwości zwiększenia dostępności otwartych lub półzamkniętych ośrodków rehabilitacji muszą zostać wprowadzone w życie. Umowa między funduszem ubezpieczenia zdrowotnego i funduszem emerytalnym z 4 maja 2001 r. dotyczy lepszej diagnozy różnicowej w celu umożliwienia terapii skrojonej na miarę. Rozszerza ona również możliwości leczenia o terapię otwartą lub zamkniętą wspieraną lekami substytucyjnymi.

Należy powiększać liczbę placówek zamkniętych oferujących leczenie oraz zwiększać ich ofertę, np. o wykorzystywanie leków substytucyjnych lub innych leków zapobiegających nawrotom.

Dobrej jakości leczenie odwykowe powinno być dostępne również na zasadzie zamkniętej.

Zaangażowanie psychiatrów i psychoterapeutów z prywatnymi praktykami także powinno być intensyfikowane.

Dalszy rozwój możliwości zamkniętej terapii nastawionej na abstynencję

Zamknięte formy wsparcia dla osób uzależnionych:

- leczenie odwykowe osób uzależnionych w szpitalach oraz oddziałach intensywnej terapii medycznej i psychiatrycznej,

- wprowadzanie rehabilitacji medycznej ze zróżnicowanym wachlarzem zaleceń w klinikach specjalistycznych i rehabilitacyjnych, jak również na oddziałach rehabilitacji szpitali psychiatrycznych,
- w społecznościach terapeutycznych, szczególnie jeśli chodzi o młode osoby uzależnione
- społeczna integracja osób dotkniętych problemem w ośrodkach adaptacyjnych.

Zamknięte formy wsparcia zapewniają osobom uzależnionym odpowiednie, profesjonalne leczenie. Obecnie mamy do czynienia z rosnącą indywidualizacją form terapeutycznych, które zawierają w sobie również odpowiednie środki motywujące.

Ośrodki zamknięte mają udział w programie opieki dobrej jakości w ramach funduszu emerytalnego. Jakość opieki zapewnianej przez te ośrodki jest ciągle udoskonalana m.in. poprzez systematyczne działania zorientowane na grupy ryzyka (sekcja 20 SGB X). Należy rozważyć nagradzanie ich pieczęcią jakości, rozwijanie wspólnych standardów i tworzenie wspólnych projektów badawczych. W kontekście terapii zamkniętej chodzi również o zmniejszenie długoterminowych konsekwencji intensywnego zażywania narkotyków, które mogą być związane ze zmianą neurologicznej struktury pacjentów (rozwiniecie się głodu narkotycznego). Leczenie musi być nastawione na przezwyciężenie głodu. Równoczesne uczenie się radzenia sobie z deficytami społecznymi, traumami i chorobami psychicznymi jest również częścią terapii.

Poprawa profesjonalnego, adekwatnego leczenia zaburzeń psychicznych w połączeniu z uzależnieniem

W przebiegu choroby, jaką jest uzależnienie, pojawia się pewna liczba znaczących – z punktu widzenia psychopatologicznego – symptomów, które mogą przekształcić się w choroby same w sobie. Ostatnim fazom choroby towarzyszą przede wszystkim depresja, stany lękowe i syndromy organicznych uszkodzeń mózgu. Te – przede wszystkim psychologiczne – za-

burzenia, np. stany lękowe, mogą prowadzić do kontaktu z substancjami uzależniającymi, takimi jak środki uspokajające, a w konsekwencji do ich nadużywania czy zależności od nich. Rozpoznanie oraz właściwa, profesjonalna terapia tych zaburzeń psychicznych ma szczególne znaczenie również ze względu na możliwość uniknięcia ewentualnych komplikacji związanych z symptomami zależności. Współwystępowanie psychoz schizofrenicznych i nadużywania leków stanowi szczególny problem. Oprócz opisowych systemów klasyfikacyjnych, powinny zostać rozwinięte instrumenty diagnostyczne służące wczesnej identyfikacji choroby uzależnienia. Od 1 stycznia 1999 r., czyli od momentu wprowadzenia Aktu Psychoterapeutycznego, znacząco wzrosła liczba psychoterapeutów, co oznacza, że sytuacja może ulec poprawie. Z tego powodu ma zostać stworzona „Sieć kompetencji związanych z uzależnieniem”.

Wzmocnienie współpracy między otwartymi a zamkniętymi programami abstynencyjnymi i leczenia opartego na lekach

Osoby na terapii substytucyjnej mogą być motywowane również do podjęcia terapii abstynencyjnej. Organizacje, które zajmują się leczeniem substytucyjnym, stworzyły niezbędne warunki finansowania tego rodzaju leczenia. W chwili obecnej problem dotyczy docierania do klientów będących na otwartej terapii substytucyjnej. W związku z tym należy intensyfikować współpracę między lekarzami prowadzącymi prywatne praktyki oraz otwartymi i zamkniętymi centrami pomocy osobom uzależnionym. Dodatkowo stacjonarne placówki terapii uzależnień muszą zapewnić możliwość rozpoczynania od fazy substytucyjnej, po której następuje leczenie abstynencyjne.

Rozszerzenie usług dostępnych w miejscu pracy

Pod warunkiem, że spełnione zostaną wstępne wymagania ustawowe, należy wykorzystywać przeznaczone na rehabilitację fundusze w ramach przewidzianych w SGB IX odnośnie do przyznawania dodatkowych korzyści w związku z aktywnością zawodową. Praktyczne stosowanie prawa musi być uważnie monitorowane w przyszło-

ści. Bezrobocie i związany z nim proces ubożenia wiążą się z wieloma zagrożeniami psychologicznymi, które mogą mieć wpływ na wzrost używania substancji uzależniających, a tym samym na rozwój uzależnień. W związku z tym bardzo wielkie znaczenie ma integracja osób uzależnionych poprzez pracę i zatrudnienie. Należy doprowadzić do wiążących porozumień z ośrodkami zajmującymi się rehabilitacją poprzez kontynuowanie aktywnego życia zawodowego.

Większe zainteresowanie uwarunkowanymi płcią doświadczeniami przemocy w związku z uzależnieniem

Doświadczenia przemocy, zwłaszcza seksualnej, mają wielkie znaczenie jako czynnik przyczyniający się do rozwoju uzależnienia u kobiet. Konieczne są wobec tego wysiłki w celu systematycznego monitorowania znaczenia tego typu sytuacji, ich diagnozy i leczenia. Przykładem są odpowiednie szkolenia dla personelu szpitalnego, wizyty kobiet terapeutek, zapewnienie w klinikach pomieszczeń noclegowych dla kobiet.

Promocja umiejętności międzykulturowych i branie pod uwagę problemów migracji

Umiejętności międzykulturowe personelu centrów poradnictwa dla narkomanów muszą zostać rozszerzone poprzez:

- bliższą współpracę między ośrodkami doradztwa związanego z migracją i centrami pomocy narkomanom,
- ustawiczne programy edukacyjne dla pracowników tych placówek,
- ewaluację doświadczeń nabytych w projektach pilotażowych związanych z profilaktyką narkomanii wśród imigrantów,
- zapewnienie adekwatnych, specyficznych ofert terapeutycznych, uwzględniających zaplecze kulturowe imigrantów,
- zaangażowanie organizacji etnicznych w pracę profilaktyczną i leczenie.

Skuteczna rehabilitacja uzależnionych imigrantów jest możliwa tylko dzięki stosowaniu metod integracyjnych (np. poprawa poziomu znajomości języka niemieckiego, komunikowanie poprzez kulturę).

Promocja i kształcenie grup samopomocowych (wsparcia)

W związku z sekcją 20, paragrafem 4 SGB V fundusze z ubezpieczenia zdrowotnego promują grupy samopomocowe, których celem jest zapobieganie lub rehabilitacja ubezpieczonych zgodnie z ich obrazem klinicznym. W związku z sekcją 29 SGB X zadaniem grup samopomocowych jest zapobieganie, rehabilitacja, wczesne wykrywanie, leczenie i radzenie sobie z chorobami oraz upośledzeniami. Mają one być promowane przez fundusze rehabilitacyjne na podstawie standardowych zasad. Jako że grupy samopomocowe są ważnym składnikiem skutecznej terapii uzależnień, mają one być wspierane przez:

- lepsze finansowanie grup i organizacji samopomocowych (wsparcia),
- włączenie działań grup samopomocowych w planowanie form pomocy osobom uzależnionym na poziomie federalnym, landów i samorządów lokalnych,
- podnoszenie kwalifikacji grup samopomocowych,
- nieodpłatne udostępnianie lokalu na spotkania.

Grupy samopomocowe (grupy wsparcia) wraz z grupami wsparcia dla rodziców powinny być jak najszerzej zaangażowane w koordynację działań ukierunkowanych na radzenie sobie z problemem narkotyków. Są one niezbędnym elementem oferty pomocy osobom zagrożonym uzależnieniem i już uzależnionym.

Promocja wczesnego wykrywania i wczesnej interwencji w przypadkach zaburzeń zdrowotnych związanych z zażywaniem substancji uzależniających

Wczesne wykrywanie i odpowiednia reakcja mogą pomóc zapobiec długoterminowym szkodom. Działania te mają być wspierane przez:

- porozumienia dotyczące wczesnego wykrywania zaburzeń zdrowotnych związanych z zażywaniem substancji uzależniających,
- zobligowanie szpitali do udzielania porad hospitalizowanym pacjentom,
- wprowadzenie programów szkoleniowych na temat wczesnego wykrywania dla personelu zarządzającego,
- poprawę poradnictwa medycznego dla kobiet w ciąży. (...)

Poprawa leczenia substytucyjnego

Celem leczenia substytucyjnego jest stabilizacja zdrowia narkomana i stopniowe osiągnięcie przez niego abstynencji. Kluczowe znaczenie ma dalsza poprawa dostępności i jakości leczenia substytucyjnego. Co więcej, w celu wprowadzania przewidzianych do tego środków (zapoczątkowanie rejestru substytucyjnego i specjalnych kwalifikacji do terapii uzależnień dla lekarzy zapewniających leczenie substytucyjne, zgodność z zaleceniami Niemieckiego Towarzystwa Medycznego), istnieje potrzeba:

- poprawy psychosocjalnych, psychiatrycznych i psychoterapeutycznych form leczenia, wsparcia oraz stosowania socjoterapii zgodnie z sekcją 37a SGB V,
- ustanowienia organów kontroli jakości leczenia substytucyjnego na poziomie regionalnym.

Poza tym oferty rehabilitacji opartej na substytutach, otwartej i zamkniętej, ukierunkowanej na osiągnięcie abstynencji powinny zostać rozszerzone (w zgodzie z Appendix 4 „Addicts’ Agreement z 4 maja 2001).

Zalecenia Federalnego Komitetu Lekarzy i Funduszy Ubezpieczeń Społecznych odnośnie do Opartej na Substytutach Terapii Osób Uzależnionych od Opiatów (Zalecenia na temat Metod Badania i Leczenia) zostały wprowadzone 28 października 2002 r. jako wynik ostatnich odkryć medycznych. W tym kontekście objawy uzależnienia od opiatów są traktowane jako jedyne wskazanie do leczenia, zaś wcześniejsza procedura składania wniosków zastąpiona została procedurą zgłaszania się na leczenie. Federalne Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (BMGS) bada wpływ tej poprawki. Dotyczy to również wdrażania i finansowania wsparcia psychologicznego.

Zwracanie uwagi na rezultaty programów pilotażowych leczenia opartego na heroinie w celu rozwoju pomocy osobom uzależnionym

Analizowane będą rezultaty, które spodziewane są w 2004 roku, monitorowania naukowego pilotażowych programów opartego na heroinie leczenia osób uzależnionych od opiatów. Mają one

być wzięte pod uwagę w przyszłym rozwoju pomocy grupie osób uzależnionych od heroiny.

Poprawa integracji społecznej następującej po terapii

Przejście od terapii do życia codziennego jest szczególnie trudną fazą w rehabilitacji osób uzależnionych. Ma ono być wspierane poprzez:

- elastyczne wykorzystanie szkoleń oraz możliwości zatrudnienia,
- możliwość opieki i poradnictwa po ukończeniu terapii w ośrodku zamkniętym,

Rozszerzenie motywacji do terapii i poradnictwa w systemie więziennictwa

Zarówno poradnictwo na temat narkomanii w systemie więziennym, jak i kooperacja z zewnętrznymi centrami doradztwa i innymi profesjonalnymi usługami, mają zostać poprawione, zwłaszcza w odniesieniu do przestępców z problemem alkoholowym.

3.3. Pomoc w przetrwaniu (survival assistance) i redukcja szkód

Pomoc w przetrwaniu (survival assistance) jest pomyślana głównie jako redukcja śmiertelności i zachorowalności wśród osób uzależnionych. Oprócz pomocy narkomanom w rozstaniu się z nałogiem, ustanowienia zarówno punktów kontaktowych łatwego dostępu (low-threshold contact rooms), jak i pomieszczeń do konsumpcji narkotyków (drug consumption rooms) oraz wysokiej jakości leczenia substytucyjnego, jest szczególnie ukierunkowana na zmniejszanie śmiertelności wśród narkomanów.

Zadaniem tych środków jest również redukowanie społecznych, psychologicznych i somatycznych konsekwencji szkód związanych z zażywaniem narkotyków. W połączeniu z innymi ofertami pomocy działania związane z pomocą w przetrwaniu mają na celu wskazanie możliwości podjęcia innych form radzenia sobie z nałogiem.

(...)

Dalszy rozwój środków redukcji szkód w przypadkach ryzykownego zażywania nielegalnych narkotyków

Iniekcyjne zażywanie heroiny lub kokainy jest szczególnie ryzykowną i szkodliwą formą konsumpcji. W przypadku marihuany, ecstasy, amfetaminy i innych substancji występują mniej ekscesywne formy konsumpcji. W tym przypadku celem jest więc nakłonienie osób zażywających do przejścia na mniej ryzykowne formy konsumpcji oraz zredukowanie konsumpcji w przypadku niemożności osiągnięcia stanu całkowitej abstynencji. Takie działanie ma związek z pomocą w przetrwaniu (survival assistance) i zmotywowaniem narkomanów do zrezygnowania z narkotyków w perspektywie długofalowej. Muszą zostać opracowane odpowiednie materiały informacyjne i programy podnoszące kwalifikacje dla ludzi pracujących w punktach kontaktowych łatwego dostępu (low-threshold contact points).

Oferty pomieszczeń konsumpcji narkotyków (drug consumption rooms)

Rząd Federalny nadał pomieszczeniom konsumpcji narkotyków (drug consumption rooms) status legalności, a niektóre landy dostosowały do nich swoje regulacje prawne. W międzyczasie samorządy lokalne skorzystały z tych możliwości, zakładając pomieszczenia konsumpcji narkotyków. Początkowe rezultaty ogólnonarodowej ewaluacji wskazują, że pomieszczenia konsumpcji narkotyków docierają do grupy docelowej – dzięki nim można zaoferować bardziej zdecydowaną pomoc wieloletnim heroinistom, co jest istotne przede wszystkim dlatego, że jest to grupa, do której bardzo trudno dotrzeć innymi metodami. Pomieszczenia konsumpcji narkotyków mogą też w znaczny sposób przyczynić się do zredukowania liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. Możliwość proponowania kolejnych rozwiązań ma zostać zweryfikowana.

Poprawa pomocy w nagłych wypadkach

Znacznej liczbie zgonów można by zapobiec, gdyby pomoc została

udzielona na czas. Udzielanie pomocy w nagłych wypadkach ma być promowane poprzez szkolenie osób dotkniętych problemem w związku z zapewnianiem pomocy.

Promocja działań mających na celu ograniczanie infekcji w więzieniach

Rząd Federalny wraz z instytucjami wymiaru sprawiedliwości poszczególnych landów będzie pracował nad intensyfikacją działań związanych z redukcją szkód zdrowotnych w populacji więźniów. Dotyczy to na przykład działań oświatowych oraz badań, do jakiego stopnia programy szczepień i leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opiatów powinny być wprowadzane bądź rozszerzane. Rząd Federalny będzie ściśle monitorował programy pilotażowe związane z rozprowadzaniem sterylnych strzykawek w więzieniach i ostrożnie przeanalizuje rezultaty.

3.4. Represje i ograniczenie podaży

Środki represji, zwłaszcza prawo karne, są jednymi z najbardziej tradycyjnych fundamentów polityki antynarkotkowej. Ich celem jest ograniczenie podaży substancji uzależniających z jednej strony, a popytu na nie – z drugiej. Prawo karne staje się kluczowym elementem zwalczania nielegalnego handlu narkotykami na poziomie narodowym i międzynarodowym. Jest ono w znacznym stopniu zdeterminowane konwencjami międzynarodowymi, coraz większe znaczenie ma również prawo Unii Europejskiej. Wymaga ono systematycznego weryfikowania tego, czy:

- osiąga zamierzone cele,
- może być bardziej efektywne.

Poza represjami kolejną strategią ograniczenia podaży jest program Rozwój Alternatyw (Alternative Development) wprowadzany bezpośrednio w krajach, gdzie uprawiane są rośliny, z których produkuje się nielegalne narkotyki. Alternative Development to proces, dzięki któremu można zapobiegać, ograniczać lub eliminować produkcję nielegalnych upraw narkotyków (np. krzaków kokainy, makówki, opium) środkami rozwoju obszarów wiejskich. Proces ten postrzegany jest jako otwarta, elastyczna strategia, która ma być adaptowana do lokal-

nych warunków i sytuacji. Tym samym należy on również do obszaru współpracy międzynarodowej, dlatego szczegółowo zostanie opisany w sekcji 4 (Współpraca międzynarodowa i europejska).

3.4.1. Ograniczenie podaży nielegalnych narkotyków

Skuteczna kontrola legalnych materiałów wyjściowych do produkcji nielegalnych narkotyków (monitorowanie prekursorów)

Na ogół niemożliwe jest produkowanie narkotyków bez chemicznych substancji wyjściowych. Z tego względu kontrola i monitorowanie handlu prekursorami w UE i innych krajach zostały w Niemczech i innych państwach członkowskich Unii Europejskiej rozszerzone, są też przedmiotem ciągłej weryfikacji na podstawie ostatnich odkryć naukowych we współpracy z przemysłem chemicznym. Celem tych kontroli jest utrudnienie produkcji nielegalnych narkotyków już na samym początku tego procesu.

Ograniczenie dostępności nielegalnych narkotyków i utrudnianie dostępu do nich

Skoro konsumpcja nielegalnych substancji jest tak bardzo zależna od ich dostępności, powinny być podejmowane właściwe działania w kierunku ciągłego utrudniania dostępu do nich. Szczególnie pomocne są tu instrumenty prawa karnego do kontroli nielegalnego handlu narkotykami oraz alternatywne sposoby rozwoju w krajach, w których uprawiane są rośliny narkotyczne.

Zapobieganie lub ograniczanie handlu nielegalnymi narkotykami, zwłaszcza międzynarodowego i/lub zorganizowanego

Efektywne ograniczanie podaży nielegalnych narkotyków może być osiągnięte tylko wtedy, gdy zorganizowany handel nimi będzie zwalczany tak samo, jak przestępczość zorganizowana. Z tego powodu priorytetowym zadaniem policji i organów sądowniczych jest walka ze strukturami przestępczości zorganizowanej. Taka walka wymaga oparcie na przemyślanej, całościowej strategii. Na poziomie hurtu i średnim poziomie sprzedaży międzynarodowe

zorganizowane grupy handlarzy przypominają gangi, których struktura podobna jest do korporacji, które przyjmują metody działania zorganizowanej przestępczości. Żeby efektywnie i trwale zwalczać sieci międzynarodowych handlarzy, niezbędna są: skoordynowana na poziomie państwowym i międzynarodowym strategia obejmująca działalność w regionach, gdzie hodowane są narkotyki, pojedyncze śledztwa oraz kontrola rynków w Europie. Opracowując tego rodzaju koncepcję, należy opierać się na już istniejących regulacjach i doświadczeniach międzynarodowych. W przypadku UE oznacza to Plan Działania 2000-2004.

3.4.2. Przegląd środków legislacyjnych

Środki legislacyjne, zarówno wprowadzone w przeszłości, jak i wchodzące w życie obecnie, muszą podlegać stałej weryfikacji pod kątem ich znaczenia i wpływu na ogólny cel, jakim jest trwałe ograniczenie przestępczości narkotykowej oraz problemów związanych z uzależnieniem od narkotyków. Dlatego należy poddawać ocenie doświadczenia policji i wymiaru sprawiedliwości, w odniesieniu do wiedzy empirycznej landów przede wszystkim.

Weryfikacja potrzeby działań natury legislacyjnej

Istotną kwestią – szczególnie ze względu na nowe trendy w zorganizowanej przestępczości narkotykowej, takie jak odchodzenie od hodowli roślin narkotykowych w krajach rozwijających się na rzecz produkcji narkotyków syntetycznych – będzie przeanalizowanie, w których obszarach (narkotyków, farmaceutyków czy prawa karnego) istnieje konieczność podjęcia działań. Na poziomie landów weryfikowane będą działania policji i wymiaru sprawiedliwości w celu ustalenia ewentualnych deficytów. Weryfikacja ta pozwoli ocenić, jakiego rodzaju działań (organizacyjnych czy legislacyjnych) będzie wymagać niwelowanie tychże deficytów.

Propozycja Ramowej Decyzji Rady, definiującej minimum regulacji dotyczących aktów karalnych i kar w obszarze nielegalnego handlu narkotykami, jest obecnie dyskutowana na szczelbie UE. Ostateczna decyzja nie została jeszcze podjęta. Kiedy tylko to nastąpi,

zaistnieje potrzeba przeanalizowania, czy stosowne regulacje wymagają zmiany prawa państwowego (...).

Ewaluacja wpływu regulacji sekcji 35 ff „Aktu Narkotykowego” (BtMG)

Zapisy sekcji 35 ff „Aktu Narkotykowego” (terapia zamiast karania), które mają moc prawną od 1982 roku, a także te, które odnoszą się do warunkowego zawieszenia kary pod warunkiem podjęcia terapii, okazały się ogólnie skuteczne. Pozwalają nie tylko złagodzić karę więzienia dla osób uzależnionych od narkotyków, ale również zastąpić więzienia leczeniem. Mimo to tego typu wyroki w większości przypadków zostają uchylane. We współpracy z landami Rząd Federalny ma ustalić, czy konkretne przyczyny tej relatywnie wysokiej liczby odwołań powinny zostać bliżej zweryfikowane za pomocą badania empirycznego, co umożliwiłoby ocenę, czy i w jaki sposób wypełnianie omawianych zapisów może być w przyszłości ulepszone.

Ewaluacja wpływu regulacji sekcji 31a „Aktu Narkotykowego” (BtMG)

Ustawowe regulacje, zgodnie z którymi można odstąpić od oskarżenia według sekcji 31a BtMG, będą ponownie zweryfikowane z punktu widzenia ujednoliconego, ogólnokrajowego stosowania prawa i efektywnej profilaktyki opartej o specyfikacje Federalnego Sądu Konstytucyjnego z 1994 roku. Badanie empiryczne zatytułowane „Równość wobec prawa i rzeczywistość prawna w oskarżaniu osób zażywających narkotyki”, przeprowadzone przez Centrum Kryminologii na zlecenie Federalnego Ministerstwa Zdrowia w 1997 roku na podstawie decyzji Federalnego Sądu Konstytucyjnego, ujawniło, że praktyka publicznych oskarżycieli w sprawach dotyczących posiadania do 10 g marihuany była prawie identyczna, choć szeroko zróżnicowane limity określania „małych ilości” w odpowiednich zaleceniach czy rekomendacjach w wielu przypadkach dawały podstawy do większych rozbieżności.

Rezultaty tych badań są obecnie jeszcze raz sprawdzane z perspektywy czasu, który od tamtej pory upłynął. Jednocześnie ocenie poddawany jest szczególnie wpływ stosowania sekcji 31a BtMG w prewencji wśród osób dotkniętych problemem narkomanii.

Badanie wpływu poprawek do Ustawy o ruchu drogowym i przepisów dotyczących prawa jazdy

Od 1 sierpnia 1988 r. prowadzenie pojazdu mechanicznego pod wpływem jakichkolwiek środków toksycznych, wymienionych w aneksie do sekcji 24 a, paragraf 2 Ustawy o ruchu drogowym (łącznie z marihuaną, heroiną i kokainą), jest wykroczeniem podlegającym karze grzywny i zakazowi prowadzenia pojazdów mechanicznych. Jest to istotne uzupełnienie zapisów prawa karnego. Lista zakazanych substancji toksycznych jest poszerzana zgodnie z najnowszą wiedzą naukową. Podejmowane działania mają na celu zredukowanie liczby wypadków drogowych spowodowanych pod wpływem substancji psychoaktywnych upośledzających zdolność kierowania pojazdem. Dodatkowo Federalne Ministerstwo Transportu i Budownictwa opracowało program dla funkcjonariuszy policji. Szkolenie obejmuje między innymi wykrywanie narkotyków w ruchu drogowym i określanie istotnych z punktu widzenia ruchu drogowego zaburzeń, jakie powoduje spożycie narkotyków.⁵

Program szkolenia na temat wykrywania narkotyków w ruchu drogowym i określanie istotnych z punktu widzenia ruchu drogowego zaburzeń, jakie powoduje spożycie narkotyków, powinien być również stosowany dla osób pracujących z młodzieżą, gdyż jest to grupa docelowa tego typu działań.

Federalna Agencja Dróg (BASt) opracowała projekt badawczy na temat wpływu przepisów związanych z prawem jazdy, które weszły w życie 1 stycznia 1999 r. i wyjaśniają wątpliwości związane z testami zdolności w przypadku spożycia narkotyków i leków. Jego celem jest przegląd liczby testów zdolności wykonanych z powodu

⁵ w ostatnich latach zagrożenie dla bezpieczeństwa drogowego stwarzane przez kierowców będących pod wpływem narkotyków staje się szczególnie ważne ze względu na rosnącą liczbę wypadków z obrażeniami ciała powodowanych przez tę grupę kierowców.

prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków lub posiadania narkotyków oraz liczby odebranych w konsekwencji praw jazdy.

3.4.3. Bardziej skuteczna kontrola zorganizowanej przestępczości narkotykowej

Gromadzenie źródeł organów ścigania

Gromadzenie zasobów i źródeł organów ścigania w zgodzie z ich statutowymi zadaniami jest ważną zasadą na polu kontroli przestępczości. Efektywne wykorzystanie zasobów tych organów jest rezultatem skoordynowanej strategii kontroli. Przykładowe wymierne efekty osiągnięte na drodze wspólnych wysiłków to stworzenie Połączonych Grup Śledczych (urzędy celne/policja) i ustanowienie Połączonego Centrum Monitorowania Prekursorów (Federalne Biuro Śledcze/urzędy celne). W przypadku wymiaru sprawiedliwości należy wspomnieć o czynnościach organizacyjnych podjętych na poziomie departamentów oskarżenia publicznego w celu połączenia zakresu odpowiedzialności za przestępstwa narkotykowe z przestępczością zorganizowaną. Żeby zwiększyć efektywność dochodzeń na temat struktur przestępczych i wykorzystywania uzyskanej w ramach takich dochodzeń wiedzy w procedurach prawnych, również po stronie wymiaru sprawiedliwości powinny zostać przedsięwzięte działania ukierunkowane na rozszerzanie niezbędnych zasobów.

Intensyfikacja instrumentów śledczych

Aby zintensyfikować prowadzone dochodzenia, należy zbadać możliwość rozszerzenia statutowych instrumentów śledczych, np. jeżeli chodzi o podsłuchy telefoniczne czy nagrywanie rozmów telefonicznych. Wymaga to rozważenia takich kwestii, jak: z jednej strony – poufność połączeń telefonicznych, wymaganie konkretnej specyfikacji celu przetwarzania danych (...) oraz interesy dostawców usług telekomunikacyjnych, które zasługują na ochronę oraz uzasadnione interesy organów ścigania – z drugiej.

Rozszerzenie strategii identyfikacji struktur organizacji przestępczych

Federalne Biuro Śledcze, w ramach własnej strategii kontrolowania międzynarodowej zorganizowanej przestępczości narkotykowej, zajmuje się analizą informacji w celu odkrywania struktury organizacji przestępczych. Ich struktura przypomina organizacje biznesowe. W tym kontekście szczególnie ważne jest ustanowienie następujących celów:

- Otrzymywanie aktualnych, opisowych raportów na temat statusu organizacji przestępczej.
- Aktualizowanie koncepcji strategicznych i operacyjnych kontrolowania przestępczości narkotykowej.
- Inicjowanie odpowiednich śledztw z zaangażowaniem ze strony landów lub koordynowanych z innymi państwami.

Jednym z instrumentów wykorzystywanych do osiągnięcia tych celów są specjalne analizy dokonywane we współpracy z władzami federalnymi i landami zaangażowanymi w walkę z przestępczością narkotykową, zwłaszcza z departamentami oskarżenia publicznego zajmującymi się tymi sprawami. Odnosi się to do priorytetów zawartych w ramowym programie analiz operacyjnych, w którym wielką wagę przywiązuje się do śledztw finansowych, identyfikacji międzynarodowych grup przestępczych oraz ich struktur logicznych i oddziałów w Niemczech. Ten pakiet środków ma na celu identyfikowanie struktur przestępczych i umożliwienie prowadzenia szerzej zakrojonych śledztw ukierunkowanych na trwałe uszkodzenie tych struktur.

Ograniczanie importu nielegalnych narkotyków

Działania policji i organów sprawiedliwości skoncentrowane są nadal na ograniczeniu importu nielegalnych narkotyków – w bliskiej współpracy z państwami członkowskimi Unii Europejskiej oraz sąsiadującymi państwami Europy Wschodniej i Południowo-Wschodniej.

Nie tylko departamenty oskarżenia publicznego, ale także policja i urzędy celne są odpowiedzialne za podejmowanie odpowiednich działań w tym sektorze. Dotyczy to zarówno działań o charakterze międzynarodowym, jak i państwowym, np. poprawienia jakości analiz ryzyka przez zawarcie dalszych umów o współpracę z firmami transportowymi i przez elektroniczny dostęp Federalnej Administracji Służb Celnych do informacji na temat ładunku i pasażerów firm transportowych.

Dalsza intensyfikacja kontroli granic

Ma ona zostać osiągnięta poprzez:

- Udział w rozwijaniu i wykorzystywaniu nowego, a także mobilnego wyposażenia do wykrywania.
- Instalowanie dalszych konstrukcji do wykrywania zawartości ładunku.
- Intensyfikację regionalnych, dwustronnych i tymczasowych działań kontrolnych.
- Wzmacnianie mobilnych grup kontrolnych.
- Wzmocnienie kontroli eksportu na niemieckich lotniskach w związku z eksportem i tranzytem nielegalnych narkotyków.
- Rozwijanie holistycznego podejścia personelu kontrolnego Federalnej Administracji Służb Celnych i funkcjonariuszy policji poszczególnych landów w przypadkach pojazdów podejrzanych o przemyt.

3.4.4. Kontrola handlu ulicznego i na małą skalę

Trwała redukcja podaży narkotyków stanowi priorytet organów ścigania. Działania przeciwko międzynarodowemu zorganizowanemu handlowi narkotykami wymagają strategii, które biorą pod uwagę poziom sprzedawania narkotyków – od lokalnego dealerowania na małą skalę i regionalnych lub ponadregionalnych „ludzi środka”, po handlarzy hurtowych na poziomie krajowym lub międzynarodowym. Kontrola sprzedaży narkotyków na ulicy i dealerowania na niewielką skalę oraz utrudnianie zakupów nielegalnych substancji uzależniających to jedno z głównych obowiązków organów ścigania na poziomie landów. W tym kontekście realizacja całościowej strategii może być

zagwarantowana tylko przez połączone działanie zaangażowanych organów ścigania na poziomie federalnym oraz landów.

4. Współpraca międzynarodowa i europejska

Strategie redukcji podaży i represji w Niemczech związane są z Konwencjami Narkotykowymi ONZ, Rekomendacjami WHO, Deklaracją Redukcji Popytu i Nowymi Zaleceniami Redukcji Popytu Komisji ds. Narkotyków ONZ. Szczególne znaczenie mają dyrektywy i rekomendacje dotyczące uzależnień od tytoniu, alkoholu i narkotyków, które zostały przyjęte na poziomie Społeczności Europejskiej.

Współpraca międzynarodowa musi obejmować rozwój takiej polityki jak promocja alternatywnych opcji produkcji i dochodu w celu zapewnienia alternatywy ludziom z państw rozwijających się. W świetle problemów z narastającą konsumpcją w klasycznych państwach produkujących bądź znajdujących się na trasie przemytu narkotyków celem musi być także pomoc w ułożeniu projektów zapobiegania i systemów pomocy dla osób uzależnionych.

Należy więc poczynić rozróżnienie między farmerami, którzy stanowią pierwsze ogniwo łańcucha produkcyjnego na małą skalę tylko dlatego, że muszą zapewnić sobie byt, a ludźmi, którzy czerpią z nich profity, oraz strukturami zbliżonymi do mafii. Prezentowanie i promowanie alternatywnych opcji nie będzie jednak skuteczne, dopóki drobnym plantatorom i ich państwom nie zaoferuje się możliwości przechowywania, transportu oraz zbytu alternatywnych produktów. Obejmuje to demokratyzację oraz ekonomiczne, społeczne i ekologiczne wzmacnianie obszarów rolniczych.

Istniejąca już współpraca i wymiana projektów oraz programów antynarkotykowych na poziomie europejskim, a także poza UE – zwłaszcza jeżeli chodzi o kraje rozwijające się – ma być coraz bardziej rozwijana w przyszłości. Odnosi się to również do rozwoju i wdrażania wiarygodnych standardów jakościowych rozwoju współpracy.

Działania zapobiegawcze i represyjne Rządu Federalnego na poziomie międzynarodowym ukierunkowane są na:

- Przyczynianie się do jeszcze lepszej międzynarodowej koordynacji strategii kontroli międzynarodowego handlu substancjami uzależniającymi.
- Dalsze intensyfikowanie międzynarodowej współpracy na polu kontroli przygranicznej i zorganizowanej przestępczości narkotkowej.
- Wspieranie państw partnerskich w rozwijaniu systemów pomocy osobom uzależnionym (profilaktyka, leczenie, sposoby redukcji szkód i reintegracja) oraz uczestnictwo w ustanawianiu mechanizmów kontrolnych (represja) w celu znaczącego ograniczenia handlu nielegalnymi narkotykami (np. zaawansowane strategie, szkolenie policjantów i wyposażanie opieki).
- Wspieranie rozwoju środków polityki państw uprawiających i produkujących narkotyki. Ma to na celu redukcję upraw roślin narkotycznych, zmniejszenie biedy i poprawę warunków życia osób związanych z uprawą tych roślin, co ma się przyczynić do zapobiegania kryzysowi i utrzymywania pokoju. Chemiczne niszczenie roślin narkotycznych nieskoordynowane z polityką rozwijania i niedostatecznie kontrolowane (coraz częściej ma to miejsce w Kolumbii) jest całkowicie odrzucane.
- Koordynowanie polityki rozwoju w państwach uprawiających, produkujących i tranzytowych w trakcie wypracowywania globalnych strategii kontroli substancji chemicznych, które mogą być nadużywane do produkcji narkotyków.
- Zawieranie umów o współpracę z państwami, z którymi nie ma jeszcze żadnych porozumień o wsparcie w sektorze narkotykowym.

W tym kontekście specyficzne środki obejmują na przykład:

Wspieranie ONZ-owskich programów kontroli narkotyków

Poprzez zaangażowanie w poczynania organizacji zajmujących się narkotykami w ONZ (CND/UNDCP) Rząd Federalny będzie nadal pełnił swoją rolę w kształtowaniu międzynarodowej polityki antynarkotykowej, szczególnie angażując się w działania zmierzające do ograniczenia podaży i redukcji szkód. W ramach wielostronnej współpracy z organizacjami ONZ, np. UNDCP, wspierane są programy i projekty takie jak Rozwój Alternatyw (Alternative Development) oraz działania profilaktyczne, jak również działania w obszarze dobrego rządzenia (Good Governance) i zaostrzania przepisów prawnych (Law Enforcement)

Ze względu na to, że problem z konsumpcją w krajach uprawiających rośliny narkotyczne i tranzytowych tak gwałtownie rośnie należy rozszerzyć działania wspomagające profilaktykę narkomanii. Pod uwagę muszą być brane przede wszystkim liczne związki między narkomanią a problemami związanymi z rozwojem państw (bieda, głód, niedożywienie, niedostateczna edukacja, brak opieki zdrowotnej, HIV/AIDS, niedostateczna promocja młodzieży, problemy z przemocą itd.).

Dalsze wdrażanie unijnego Planu Działań odnośnie do Narkotyków 2000-2004

Jeżeli chodzi o wdrażanie unijnego Planu Działań odnośnie do Narkotyków 2000-2004, Rząd Federalny będzie podkreślał podejście integracyjne (branie pod uwagę również substancji legalnych) oraz równowagę środków ukierunkowanych na ograniczenie zarówno popytu, jak i podaży. Inne kluczowe aspekty to: współpraca z organizacjami pozarządowymi, zapewnianie właściwych zasobów, ewaluacja środków wykorzystywanych przez państwa, kwestia jakości oferowanej terapii i rehabilitacji, ograniczanie przestępczości narkotykowej oraz promocja Rozwoju

Alternatyw (Alternative Development) w regionach kultywujących rośliny narkotyczne.

Jeszcze przed dokonaniem ewaluacji, następującej po dwóch latach od wprowadzenia Planu, Rada Unii Europejskiej jednomyślnie zgodziła się, że z korzyścią dla europejskich sposobów kontroli narkotyków byłoby zdefiniowanie niektórych kluczowych obszarów, na których powinno się skupić szczególną uwagę w nadchodzących dwóch latach. Oczywisty wydaje się fakt, że jednym z takich kluczowych obszarów stały się narkotyki syntetyczne.

W listopadzie 2002 roku Rada Unii Europejskiej przyjęła plan wdrażania środków przeciwko podaży narkotyków syntetycznych. Plan ten, oparty na Tytule VI Traktatu Unii Europejskiej, jest zaprojektowany tak, by wdrażać poszczególne zapisy unijnego Planu Działań odnośnie do Narkotyków 2000-2004. W związku z podażą narkotyków syntetycznych, którym Unia Europejska powinna poświęcić więcej uwagi w nadchodzących latach, Plan zapewnia konkretne inicjatywy w następujących obszarach tematycznych: podaż prekursorów do nielegalnego przemysłu, środki odnoszące się do nielegalnych laboratoriów i nielegalnie działających chemików, środki odnoszące się do sieci dystrybucji do końcowych odbiorców, jak również środki odnoszące się do produkcji i dystrybucji narkotyków syntetycznych poza Unią Europejską. Odpowiednie instancje (Państwa Członkowskie, Rada, Komisja i Europol) obarczone zostały ponadto obowiązkiem wywiązywania się z planu w określonym czasie. Kluczowymi elementami skutecznego wdrażania przedstawionych tu działań są: skuteczna wymiana porównywalnych danych, ustawiczne wysiłki mające na celu zapobieganiu dublowania pracy, a także dbanie o to, by nowe środki były oparte o istniejące już struktury i możliwości, jakie te struktury zapewniają.

Dalszy rozwój wymiany doświadczeń przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków (EMCDDA) oraz jego niemiecki odpowiednik (DBDD)

mają w większym stopniu, niż to było do tej pory, promować wymianę doświadczeń na temat innowacyjnych projektów w obszarach profilaktyki, leczenia, a także pomocy w przetrwaniu (survival assistance) oraz nakładane represje, jak również rozwój standardów jakości.

Dwustronny rozwój współpracy

W bezpośrednim rozwoju polityki współpracy z państwami rozwijającymi się i państwami partnerskimi Rząd Federalny wspiera działania i projekty ukierunkowane na eliminowanie społecznych, ekonomicznych i politycznych przyczyn problemów narkotykowych oraz pracuje na rzecz ograniczenia uprawy roślin narkotycznych.

Coraz intensywniej, z uwzględnieniem rosnącego problemu konsumpcji narkotyków w państwach partnerskich, wspierane są również działania związane z profilaktyką, terapią, pomocą w przetrwaniu (survival assistance) oraz redukcją ryzyka i rehabilitacją. Środki te mają być również oparte na modelu „czterech filarów” i stosowane w sposób interdyscyplinarny na trzech poziomach interwencji. W tym kontekście, mikroprojekty służą zapewnieniu ustawicznej edukacji personelu profesjonalnego i sprawdzeniu innowacyjnych metod w ramach projektów pilotażowych; trwała, wielosektorowa współpraca jest promowana na poziomie mikro, podczas gdy poziom makro obejmuje uwrażliwienie i profesjonalne wsparcie organów podejmujących decyzje na szczeblu politycznym, prawnym i wykonawczym.

Centralnym elementem Rządu Federalnego w sektorze narkotykowym jest „Drug and Development Action Programme” (ADE) ustanowiony w 1990 roku i wdrażany przez Niemieckie Towarzystwo Współpracy Technicznej (GTZ) na zlecenie Federalnego Ministerstwa Współpracy Ekonomicznej (BMZ). Program ten pełni centralną rolę w kontroli narkotyków i rozwoju współpracy, dostarcza też doświadczeń w kontrolowaniu narkotyków. Posiada pulę funduszy o wartości około 6,1 mln euro (1990-2003). W kwietniu 2003 r. zostanie zastąpiony przez „Programme for the Promotion of Development-Oriented Drug Control and Addict Support in Deve-

loping Countries”. Nastawiony będzie wtedy na kontrolę narkotyków i pomoc narkomanom w kontekście zapobiegania kryzysom, redukcji biedy, promocji młodzieży i różnic płci oraz profilaktyki HIV/AIDS.

Dwustronny rozwój współpracy koncentruje się przede wszystkim w regionach Ameryki Łacińskiej (głównie w Boliwii, Peru i Kolumbii). Wsparciem objęte są głównie projekty związane z Rozwojem Alternatyw. Projekt profilaktyki narkomanii w ramach współpracy technicznej jest obecnie promowany w San Salvador, Peru i Chile. W Ameryce Łacińskiej projekty mają budżety o całkowitej wartości prawie 81 mln euro.

Dwustronny rozwój współpracy w regionie Azji koncentruje się przede wszystkim na Laosie, gdzie realizowane są projekty Rozwoju Alternatyw w połączeniu z elementami profilaktyki narkomanii. Wspierane są również projekty współpracy technicznej w Tajlandii i Indiach. Całkowity budżet tych projektów w Azji wynosi około 37,5 mln euro.

Projekty współpracy technicznej są wdrażane w głównej mierze przez Niemieckie Towarzystwo Współpracy Technicznej (GTZ), ale także przez inne organizacje pozarządowe oraz na zlecenie Reconstruction Loan Corporation (KfW).

Policja międzynarodowa i współpraca sądów

W świetle internacjonalizacji przestępczości, która jest rezultatem globalizacji życia społecznego i ekonomicznego oraz – w węższej perspektywie – coraz większej integracji europejskiej, policja międzynarodowa i współpraca sądownicza to obecnie i w przyszłości centralne zadania. Wprowadza się ją na poziomie wielostronnym i dwustronnym. Interpol i Europol ustalają ramy wielostronnej współpracy policji. Współpraca Schengen jest równie ważna z punktu widzenia policji i sądów. Te formy współpracy uzupełniają się pod względem formułowania i wywiązywania się z zadań, stanowią również systemy komplementarne, z których każdy ma swoje szczególne cechy i cele.

Należy wzmacniać współpracę policji niemieckiej z Europolem – Europejskim Biurem Policji. Europol, w którym już od 1994 roku

na ograniczonych zasadach działań Oddział Narkotykowy, stał się w pełni przygotowany do tego typu działalności 1 lipca 1999 r. Walka z przestępczością narkotykową pozostaje jego priorytetem. Europol, pomyślany jako centralna agencja wymiany informacji policyjnych i analizy danych, ma w przyszłości wspierać odpowiedzialne jednostki oraz koordynować prowadzone przez nie śledztwa, np. poprzez wspieranie połączonych zespołów śledczych UE z personelem Europolu i stwarzanie możliwości zwracania się do narodowych władz śledczych w celu zainicjowania wstępnych procedur śledczych.

Federalne Biuro Śledcze (BKA) działa również w ramach ONZ (np. UNDCP) jako centralna agencja reprezentująca interesy federalnej policji niemieckiej w licznych ciałach międzynarodowych. Celem tego komitetu jest praca nie tylko na rzecz promowania ogólnej wymiany informacji na temat przestępczości narkotykowej, ale również rozwijanie spójnych koncepcji kontroli i inicjowania potocznych działań operacyjnych (...)

Międzynarodowe środki redukcji importu nielegalnych narkotyków
--

Środki te obejmują na przykład:

- Dalsze rozszerzanie sieci funkcjonariuszy Federalnego Biura Śledczego i władz służb celnych.
- Zwiększanie wyposażenia i programów szkoleniowych dla policji z innych krajów oraz administracji służb celnych z państw, z których pochodzą narkotyki lub państw znajdujących się na trasie ich tranzytu.
- Uczestnictwo w międzynarodowych zespołach monitoringu w celu otrzymywania zaawansowanych informacji z zagranicy.
- Zwiększoną współpracę z Europolem, zarówno w ramach EU, jak i w kontaktach z innymi państwami, obejmującą porozumienie o wykorzystaniu zasobów technicznych i organizacyjnych jako sposobu pomocy administracyjnej; zwiększona współpraca organów ścigania, integrowanie Europejskiej Sieci Prawniczej i Eurojustu.
- Uproszczenie wzajemnej pomocy prawnej.

- Promocję instytucji, które służą prawną pomocą ponadgraniczną.

5. Badania

Badania nad uzależnieniem zapewniają bazę naukową niezbędną do poprawy jakości profilaktyki i leczenia. Z punktu widzenia wykorzystania praktycznego istotne są badania eksplorujące czynniki ryzyka związane z rozwojem uzależnienia i poprawą możliwości wczesnego wykrywania i wczesnej interwencji, jak również strategiami profilaktyki wtórnej i zapobiegania powrotom do nałogu. Innymi istotnymi obszarami badań są zamknięte placówki terapeutyczne oraz zarządzanie jakością w placówkach otwartych. Zainteresowania badawcze skupiają się obecnie na konsumpcji alkoholu i tytoniu, nielegalne narkotyki nie są jednak zaniedbywane.

Jako część programu badawczego Rządu Federalnego, ustanawiane są sieci badań interdyscyplinarnych w celu analizy zagadnień związanych ze specyficznymi substancjami i z zależnościami wynikającymi z zażywania różnorodnych substancji. Promocja badań zorientowanych na praktykę, w bliskiej współpracy z instytucjami zapewniającymi opiekę, jest nastawiona na udostępnianie rezultatów poradniom i instytucjom terapeutycznym, gwarantując jednocześnie ich wprowadzanie do codziennej praktyki.

Zaangażowanie instytucji zapewniających opiekę w pracę badawczą jest niezbędne, gdyż instytucje te zdobywają ogromną wiedzę na temat poradnictwa i opieki, która jednakże nie może być tam weryfikowana naukowo. Współpraca między obszarem badawczym i praktyką również jest potrzebna do poprawy transferu wyników badań empirycznych do sfery działań praktycznych. Badania uzależnień muszą być permanentnie wprowadzane do wyższych uczelni, aby badania i nauczanie były ze sobą powiązane.

W celu poprawy bezpieczeństwa na drogach Federalna Agencja Dróg wprowadziła w ostatnich latach dalsze projekty badawcze nad problemem narkotyków i leków na zlecenie Federalnego Ministerstwa Transportu.

Środki w obszarze badawczym:

Ustanowienie systemu monitoringu na rzecz wczesnego wykrywania ryzykownych substancji i wzorców konsumpcji

Promocja projektów badawczych nastawionych na poprawę jakości profilaktyki i leczenia

Promocja projektów badawczych dotyczących przyczyn uzależnień, brania pod uwagę różnic wynikających z płci oraz środków profilaktyki wtórnej

Promocja projektów badawczych dotyczących wpływu konsumpcji narkotyków i leków na zdolność kierowania pojazdami oraz na wypadki w domu, miejscu pracy i w szkole

Badania czynników zwiększających skuteczność procesu rehabilitacji dla celów opracowywania zaleceń do rehabilitacji – analizy kosztów/korzyści

6. Cele i przykłady wdrażania poszczególnych działań

Poniżej przedstawiona jest wstępna lista przykładowych działań Rządu Federalnego, które jednak same w sobie nie będą wystarczające do osiągnięcia szczegółowych celów lub faktycznej zmiany w pożądanym kierunku wybranych wskaźników. Tylko wzajemnie skoordynowane działania ze strony Rządu Federalnego, poszczególnych landów i samorządów lokalnych, instytucji świadczących usługi, niezależnych agencji i grup inicjatyw sprawią, że realizacja tych celów stanie się możliwa. Istnieje również potrzeba szczegółowej koordynacji konkretnych pojedynczych celów, środków do ich osiągnięcia i mechanizmów ewaluacyjnych, weryfikujących efektywność podejmowanych działań.

Promocja ogólnej świadomości zdrowotnej w celu zapobiegania rozwojowi uzależnień	
Cel szczegółowy	Promocja ogólnej świadomości zdrowotnej w celu zapobiegania rozwojowi uzależnień
Środki w 2003 r.	• Wdrażanie i dalszy rozwój kampanii „Silne Dzieci” BZgA • Zorganizowanie przez BZgA wystawy „Sehn-Sucht” na temat uzależnień • Aktualizowanie materiałów edukacyjnych BZgA i Niemieckiego Centrum Kontroli Nadużywania Narkotyków (DHS) na temat uzależnienia i narkotyków (również jako portal internetowy www.drugcom.de)
Wskaźnik pierwotny	Większa świadomość zdrowotna i poprawa poziomu wiedzy publicznej na temat ryzyka uzależnieni
Inne wskaźniki	Spadek konsumpcji substancji psychoaktywnych
	Spadek liczby zgonów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych
Instrumenty pomiaru	• Reprezentatywne badanie Instytutu Badań Terapii (IFT) 2003/2004 • Powtórzone badanie BZgA 2003/2004 • Statystyki szpitalne
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, BKA, IFT, BZgA, DHS, Niemieckie Stowarzyszenie Lekarskie, media

Zmiana społecznego nastawienia na bardziej krytyczne postrzeganie legalnych i nielegalnych substancji uzależniających	
Cel szczegółowy	Zmiana społecznego nastawienia na bardziej krytyczne spostrzeganie legalnych i nielegalnych substancji uzależniających
Środki w 2003 r.	• Praca PR Komisarza ds. Narkotyków • Dystrybucja materiałów informacyjnych na temat BMGS, BZgA i DHS • Zaangażowanie środowiska lekarskiego w edukowanie społeczeństwa
Wskaźnik pierwotny	Poprawa poziomu wiedzy społecznej na temat ryzyka uzależnienia
Inne wskaźniki	Spadek konsumpcji substancji psychoaktywnych
Instrumenty pomiaru	• Reprezentatywne badanie Instytutu Badań Terapii (IFT) 2003/2004 • Powtórzone badanie BZgA 2003/2004 • Analizy prasowe
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, BKA, IFT, BZgA, DHS, Niemieckie Stowarzyszenie Lekarskie, media

Identyfikacja zachowań jak najwcześniej wskazujących na nadużywanie substancji	
Cel szczegółowy	Identyfikacja zachowań jak najwcześniej wskazujących na nadużywanie substancji
Środki w 2003 r.	• Dystrybucja podręcznika Niemieckiego Stowarzyszenia Lekarskiego i BZgA na temat Interwencji Krótkoterminowej u Pacjentów z Problemami Alkoholowymi • Promocja kwalifikacji medycznych związanych z uzależnieniami wśród lekarzy ogólnych i lekarzy szpitalnych
Wskaźnik pierwotny	Wzrost leczenia i przepływu pacjentów zagrożonych uzależnieniem w gabinetach lekarskich i szpitalach
Inne wskaźniki	
Instrumenty pomiaru	• Statystyki szpitalne • Narodowe roczne statystyki przepływu pacjentów w poradniach i instytucjach
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, BZgA, Niemieckie Stowarzyszenie Lekarzy, Narodowe Stowarzyszenie Lekarzy Ustawowego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Poprawa wczesnego wykrywania nowych substancji i wzorców konsumpcji	
Cel szczegółowy	Poprawa wczesnego wykrywania nowych substancji i wzorców konsumpcji
Środki w 2003 r.	• Publikacja informacji Europejskiego Centrum Monitoringu Narkotyków i BKA na temat nowych zagrożeń związanych z narkotykami syntetycznymi • Praca oświatowa poprzez projekty zorientowane na scenę techno • Aktualizacja informacji na stronie internetowej www.drugcom.de
Wskaźnik pierwotny	Większa świadomość zdrowotna i poprawa poziomu wiedzy wśród grup z ryzykownymi wzorcami konsumpcji (np. osoby zażywające narkotyki podczas imprez)
Inne wskaźniki	Spadek konsumpcji „party drugs” (narkotyków imprezowych)
	Spadek liczby zgonów związanych z nadużywaniem „party drugs”
Instrumenty pomiaru	• Reprezentatywne badanie Instytutu Badań Terapii (IFT) 2003/2004 • Powtórzone badanie BZgA 2003/2004 • Aktualne dane z EMCDDA, DBDD i BKA • Statystyki szpitalne
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, EMCDDA, DBDD, BKA, BZgA, www.drugcom.de

Uwrażliwienie na zagrożenie spożywania różnorodnych narkotyków jednocześnie	
Cel szczegółowy	Uwrażliwienie na zagrożenie spożywania różnorodnych narkotyków jednocześnie
Środki w 2003 r.	• Produkcja ulotek edukacyjnych dla zagrożonej młodzieży (BZgA) • Ustawiczne programy edukacyjne dla personelu instytucji łatwego dostępu
Wskaźnik pierwotny	Redukcja konsumpcji różnych substancji psychoaktywnych jednocześnie
Inne wskaźniki	
Instrumenty pomiaru	• Badanie Podatności na Narkotyki (BzgA), powtórzone badanie 2003/2004 • Narodowe roczne statystyki przepływu pacjentów w poradniach i instytucjach
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, ZgA, www.drugcom.de , instytucje łatwego dostępu oferujące pomoc uzależnionym

Wsparcie grup wysokiego ryzyka w celu zapobiegania powstawaniu uzależnień	
Cel szczegółowy	Wsparcie grup wysokiego ryzyka w celu zapobiegania powstawaniu uzależnień
Środki w 2003 r.	• Ustawiczne programy edukacyjne dla personelu pracującego w obszarach wsparcia imigrantów i narkomanów, organizacje młodzieżowe i zajmujące się narkomanami, wzmacnianie umiejętności międzykulturowych • Dystrybucja materiałów w jęz. rosyjskim w celu edukacji repatriantów • Ewaluacja badania dzieci z rodzin z problemem uzależnień • Zorganizowanie konferencji na temat dzieci z rodzin z problemem uzależnień i poprawa współpracy między instytucjami zajmującymi się pomocą rodzinie, młodzieży i narkomanom
Wskaźnik pierwotny	Liczba grup ryzyka, do których zdołano dotrzeć
Inne wskaźniki	
Instrumenty pomiaru	• Ewaluacja informacji z poradni dla narkomanów • Narodowe roczne statystyki
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, organizacje profesjonalne, instytucje łatwego dostępu oferujące pomoc uzależnionym

Zmniejszenie liczby wypadków drogowych spowodowanych prowadzeniem pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych	
Cel szczegółowy	Zmniejszenie liczby wypadków drogowych spowodowanych prowadzeniem pojazdów pod wpływem substancji aktywnych
Środki w 2003 r.	• Kampania profilaktyczna na drogach prowadzona przez Niemiecką Radę Bezpieczeństwa, adresowana do osób w wieku 14-21 i 24 • Wprowadzenie do obiegu na poziomie krajowym szybkich testów na obecność narkotyków w moczu
Wskaźnik pierwotny	Zmniejszenie liczby wypadków drogowych z udziałem młodzieży i młodych ludzi będących pod wpływem substancji psychoaktywnych
Inne wskaźniki	Zmniejszenie liczby pozytywnych wyników w policyjnych badaniach przesiewowych
Instrumenty pomiaru	• Statystyki policyjne
Partnerzy	Rząd Federalny (Ministerstwo Transportu), landy, Niemiecka Rada Bezpieczeństwa Drogowego (DVR), stowarzyszenia motorowe (ADAC, VCD); BZgA, przedsiębiorstwa samochodowe, media

Wdrażanie uwrażliwienia na płęć w polityce dotyczącej uzależnień i narkotyków	
Cel szczegółowy	Wdrażanie uwrażliwienia na płęć w polityce dotyczącej uzależnień i narkotyków
Środki w 2003 r.	• Praca PR Komisarza ds. Narkotyków • Dystrybucja materiałów informacyjnych • Dystrybucja publikacji z profesjonalnej konferencji „Kobiety i uzależnienie” • Zorganizowanie konferencji na temat „Dzieci z rodzin z problemem uzależnień” • Dalsze uwrażliwianie kobiet w ciąży na kwestię niepalenia
Wskaźnik pierwotny	Poprawa poziomu wiedzy społeczeństwa na temat uwarunkowań zw. z płcią i wdrażanie tej koncepcji w zaleceniach dla systemu opieki nad osobami uzależnionymi
Inne wskaźniki	• Ograniczenie palenia w czasie ciąży • Rozwój dodatkowego wsparcia dla rodzin z problemem uzależnień
Instrumenty pomiaru	• Przegląd koncepcji/
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, BzgA, DHS, Niemieckie Stowarzyszenie Lekarskie, media

Wdrażanie współpracy interdyscyplinarnej	
Cel szczegółowy	Wdrażanie współpracy interdyscyplinarnej
Środki w 2003 r.	• Ustanowienie rady odpowiedzialnej za wdrażanie Planu Działań • Dystrybucja informacji na temat Księga IX Kodu Ubezpieczeń Społecznych (SGB IX) w organizacjach zajmujących się pomocą osobom uzależnionym
Wskaźnik pierwotny	Zorganizowanie połączonych centrów doradczych
Inne wskaźniki	Umowy o współpracy odnośnie do określonych form pomocy uzależnionym
Instrumenty pomiaru	• Dowiadywanie się o podpisanych umowach współpracy
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, Federacje Niemieckich Funduszy Emerytalnych (VDR), organizacje ubezpieczeń zdrowotnych, opieka społeczna i opieka nad młodzieżą, DHS, Niemieckie Stowarzyszenie Lekarskie

W 2003 roku – w celu wdrażania celów Planu Działań i niezbędnych środków – działalność ma być skoncentrowana na następujących obszarach kluczowych:

Redukcja konsumpcji nielegalnych narkotyków i szkód związanych z ich zażywaniem	
Cel ogólny	Ograniczenie wzorców ryzykownej konsumpcji „party drugs”
Cel szczegółowy	• Zapobieganie jednoczesnemu zażywaniu ecstasy, innych nielegalnych narkotyków i alkoholu • Ograniczenie liczby zgonów na skutek zażycia ecstasy
Środki w 2003 r.	• Zorganizowanie spotkania ekspertów na temat nowych badań odnoszących się do zagrożeń zdrowotnych związanych z zażywaniem ecstasy (zwłaszcza długofalowego uszkodzenia mózgu) • Aktualizacja materiałów informacyjnych (również na stronie internetowej www.drugcom.de) • Wprowadzenie połączonej kampanii projektów edukacyjnych na scenie imprez techno
Wskaźnik pierwotny	Spadek wzrostu i częstotliwości spożycia
Inne wskaźniki	Spadek liczby intensywnego leczenia szpitalnego i psychiatrycznego
	Spadek liczby zgonów w związku z zażywaniem ecstasy
Instrumenty pomiaru	BZgA powtórzone badanie 2003/2004, statystyki szpitalne
Partnerzy	Rząd Federalny, landy, BKA, Federal Institute for Drugs and Medicinal Devices (BfArM), BZgA, www.drugcom.de , profilaktyczne projekty na scenie techno

7. Skład i zadania Komisji ds. Narkotyków i Uzależnień

Zadaniem Komisji ds. Narkotyków i Uzależnień jest monitorowanie realizacji celów i środków zdefiniowanych w Planie Działań, ewaluacja rezultatów poczynionych działań oraz, w razie konieczności, adaptowanie celów i środków odpowiednio do sytuacji.

Po nakreśleniu przez Rząd Federalny i landy ramowego konceptu odnośnie do szczegółowych zadań i modus operandi Narodowej Rady ds. Narkotyków i Uzależnień zdecydują one również o kształcie i składzie Komisji ds. Narkotyków i Uzależnień.

1 Koncepcja szkodliwej konsumpcji w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO (ICD-10) jest definiowana jako wzorec konsumpcji substancji psychoaktywnych, który prowadzi do szkód zdrowotnych. Coraz częściej zastępuje ona termin „nadużywanie”, który dotyczy nie tylko szkód zdrowotnych, ale także zachowania niezgodnego z normą. Z kolei termin „zależność” opiera się na wewnętrznym przymusie, ograniczonej kontroli, symptomach fizycznego wycofania, rozwoju tolerancji i stopniowego zaniedbywania innych zainteresowań. Zastępuje on termin „uzależnienie”, który pozostaje jednak w użyciu w mowie potocznej (Backmund: Suchttherapie; Munich 1999, or Götz: Moderne Suchttherapie; Stuttgart/New York 1998).

2 Somatycznie zorientowana koncepcja choroby ma zostać rozszerzona tak, by zawierała również wymiar społeczny i psychologiczny w celu osiągnięcia możliwie najpełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym (zobacz również: Kluczowy dokument na temat zorientowanej na integrację reformy z punktu widzenia przewlekłych chorych i niepełno-sprawnych osób, sierpień 2002). Zgodnie z Prawem Podstawowym, sektor zdrowotny podlega podstawowym zasadom. Zawierają one ochronę godności ludzkiej (Art. 1 Prawa Podstawowego), prawo swobodnego rozwoju osobowości (Art. 2), prawo do życia i nietykalności jednostki (Art. 2, paragraf 2). W związku z tym promocja fizycznego, mentalnego i duchowego zdrowia jest jednym z zasadniczych zadań polityki zdrowotnej.

3 Od czasu zmiany podejścia na podejście oparte na stylu życia koncentruje się uwagę na integrowaniu kontekstu świata subkultury, w którym żyją osoby, do których adresuje się działania profilaktyczne. Niezależnie od jakiegokolwiek zagrożenia lub możliwości uzależnienia grupy docelowe są rozróżniane na podstawie różnorodnych środowisk, z jakich się wywodzą, i charakterystycznych dla nich stylów życia, z uwzględnieniem stresu lub czynników ochronnych, rytualizacji konsumpcji, symbolicznych znaczeń substancji, sieci społecznych czy umiejętności związanych z radzeniem sobie z ryzykiem. Zjawisko może być definiowane w sposób węższy (np. konsumpcja cracku) lub szerszy (np. rozwój zależności) albo odnosić się do substancji lub aspektów pośredniczących (np. umiejętności życiowych). Ma to znaczenie zarówno wtedy, kiedy rozważamy sytuację pod kątem substancji (np. palenie tytoniu: Które grupy są najbardziej dotknięte zjawiskiem? Który obszar ma największe znaczenie?), jak i wtedy, gdy za podstawę bierze się charakterystykę grupy docelowej (np. ludzie starsi: Jakie zjawisko dotyczy ich najbardziej?). Ogólne stwierdzenia mają odniesienie do wszystkich substancji, którymi zajmuje się profilaktyka, łącznie z lekami psychotropowymi.

4 Wykorzystanie Ritalinu w leczeniu zespołu deficytów uwagi i hiperaktywności (ADHD) ma być poprawione przez standardy oparte na potrzebach i jakości.

5 W ostatnich latach zagrożenie dla bezpieczeństwa drogowego stwarzane przez kierowców będących pod wpływem narkotyków staje się szczególnie ważne ze względu na rosnącą liczbę wypadków z obrażeniami ciała powodowanych przez tę grupę kierowców.

United Nations Development Programme

UNDP, inaczej Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju działa w 166 krajach świata, a jego misją jest wspieranie tych krajów w realizacji rozwiązań, które dotyczą wyzwania globalnego i narodowego rozwoju. Państwa korzystają z pomocy ekspertyzy UNDP i szerokiego grona partnerów tej organizacji w procesie budowy własnego potencjału.

Biuro UNDP istnieje w Polsce od 1990 roku. Umowa o współpracy zawarta między rządem RP a UNDP przewiduje, że Program będzie wspierać rozwój społeczny i gospodarczy Polski. Misją UNDP w Polsce jest społeczna integracja, ochrona środowiska i umocnienie pozycji Polski jako partnera rozwojowego. UNDP pomaga najuboższym regionom Polski zmniejszać nierówności rozwojowe, promuje zrównoważony rozwój społeczeństwa polskiego poprzez Milenijne Cele Rozwoju oraz poprzez publikowanie i propagowanie globalnych i krajowych Raportów o Rozwoju Społecznym, a także wspomaganie strony polskiej w realizacji postanowień światowych konferencji ONZ.

Program HIV/AIDS działający w biurze UNDP, będący inicjatorem niniejszej publikacji, obejmuje swoją działalnością: współpracę z organizacjami pozarządowymi (szczególnie organizacjami osób żyjących z HIV), organizowanie szkoleń, wizyt studyjnych i praktyk, w tym także dla państw Europy Środkowej i Wschodniej oraz Azji Środkowej, wydawanie publikacji oraz prowadzenie kampanii społecznych.

Więcej informacji o Programie na stronie internetowej:
www.undp.org.pl/HIV-AIDS