BUDOWANIE LOKALNEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Podręcznik dla samorządów

Autorzy rozdziałów

Jacek Charmast, Jacek Gąsiorowski,
Tomasz Kowalewicz, Krzysztof Krajewski,
Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Sławomir Pietrzak,
Robert Rejniak, Piotr Sędek, Marta Struzik

BUDOWANIE LOKALNEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Podręcznik dla samorządów

Autorzy rozdziałów

Jacek Charmast, Jacek Gąsiorowski,
Tomasz Kowalewicz, Krzysztof Krajewski,
Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Sławomir Pietrzak,
Robert Rejniak, Piotr Sędek, Marta Struzik

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Fundacja Praesterno
Warszawa 2018

Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii.
Podręcznik dla samorządów

pod redakcją
Tomasza Kowalewicza

Autorzy rozdziałów
Jacek Charmast, Jacek Gąsiorowski, Tomasz Kowalewicz, Krzysztof Krajewski,
Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Sławomir Pietrzak, Robert Rejniak, Piotr Sędek, Marta Struzik

Redakcja językowa i korekta
Aneta Zdunek

Projekt typograficzny, okładka
Adam Michalski
adam@365studio.pl
www.365studio.pl

© by Minister Zdrowia, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Wydanie I
Warszawa 2018

ISBN 978-83-940806-8-6

Egzemplarz bezpłatny.

Zadanie publiczne zostało zrealizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia i było współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wydawca
Fundacja Praesterno
ul. Widok 22 lok. 30
00-023 Warszawa
tel. 22 621 27 98, 22 621 28 98
biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Spis treści

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII. OBOWIĄZUJĄCE REGULACJE PRAWNE 7
KRZYSZTOF KRAJEWSKI

RAMY PRAWNE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W POLSCE 7
Wprowadzenie 7
Przepisy ogólne 8
Podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii 8
Działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza 10
Postępowanie z osobami uzależnionymi, w tym działania z zakresu redukcji szkód 11
Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne, środki zastępcze i prekursory 14
Uprawa maku i konopi 18
Przepisy karne 19

ZADANIA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII OKREŚLONE W USTAWIE O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII, W USTAWIE O ZDROWIU PUBLICZNYM ORAZ W NARODOWYM PROGRAMIE ZDROWIA NA LATA 2016–2020 21
Regulacje zawarte w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii 21
Regulacje zawarte w ustawie o zdrowiu publicznym 23
Zadania zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 23

ZLECANIE ZADAŃ Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII 27
SŁAWOMIR PIETRZAK

PROFILAKTYKA UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH 30
KATARZYNA OKULICZ-KOZARYN, PIOTR SĘDEK

WPROWADZENIE 30

AKTUALNY STAN WIEDZY NA TEMAT PROBLEMU UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POLSCE 30
Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież 31
Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych 35

CZYNNIKI CHRONIĄCE I CZYNNIKI RYZYKA 37

MIĘDZYNARODOWE STANDARDY DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH 38

SKUTECZNE STRATEGIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH 39

PROGRAMY REKOMENDOWANE 43

SPOSOBY REAGOWANIA NA PROBLEMY WYNIKAJĄCE Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚRODOWISKU LOKALNYM W POLSCE 44

BIBLIOGRAFIA 47

LITERATURA POLECANA 47

STRUKTURA SYSTEMU LECZENIA UZALEŻNIEŃ
OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POLSCE 48
ROBERT REJNIAK

WPROWADZENIE 48

FORMY AMBULATORYJNE 48
Punkt konsultacyjny 48
Poradnia ambulatoryjna 49
Oddział dzienny terapii od substancji psychoaktywnych 50
Leczenie substytucyjne 51

FORMY STACJONARNE 51
Oddział detoksykacyjny 51
Leczenie stacjonarne krótkoterminowe 51
Leczenie stacjonarne średnioterminowe 52
Leczenie stacjonarne długoterminowe 52
Programy terapii uzależnień w zakładach karnych 53

INNE FORMY POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM 53
Grupy Anonimowych Narkomanów 53
Działania streetworkingowe 53

PSYCHOLOGICZNE METODY POMOCY 55
TOMASZ KOWALEWICZ

PSYCHOLOGICZNE MECHANIZMY UZALEŻNIENIA 55
Teorie różnic indywidualnych 55
Teorie psychoanalityczne 56
Teorie behawioralno-poznawcze 56

ZMIANA PSYCHOLOGICZNA 56

METODY POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ 57

BIBLIOGRAFIA 59

PROGRAMY SUBSTYTUCYJNE I INNE FARMAKOLOGICZNE METODY
POMOCY OSOBOM Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM 60
JACEK GĄSIOROWSKI

REDUKCJA SZKÓD 63
JACEK CHARMAST

WPROWADZENIE 63

CO TO JEST REDUKCJA SZKÓD? 64

REDUKCJA SZKÓD W EUROPIE 65

REDUKCJA SZKÓD W DZIAŁANIU: EDUKACJA 67
Edukacja o narkotykach 67

REDUKCJA SZKÓD W DZIAŁANIU: PRACA ŚRODOWISKOWA 67
Programy wymiany igieł i strzykawek 67
Działania opiekuńcze 68
Działania środowiskowe wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków 68
Poradnictwo prawne 69
Pokoje bezpiecznych iniekcji 69
REDUKCJA SZKÓD W DZIAŁANIU: LECZENIE SUBSTYTUCYJNE 70
Leczenie substytucyjne 70
SZKODY I KOSZTY NARKOMANII 70
Liczba użytkowników narkotyków 71
Zgony 71
Przestępczość narkotykowa (rozpoczęte postępowania) 71
Więziennictwo 71
Niektóre koszty ochrony zdrowia 72
REDUKCJA SZKÓD I AKTUALNE PROBLEMY 72
BIBLIOGRAFIA 74

REINTEGRACJA SPOŁECZNA OSÓB UŻYWAJĄCYCH PROBLEMOWO NARKOTYKÓW 75
JACEK CHARMAST
WPROWADZENIE 75
REINTEGRACJA SPOŁECZNA – DEFINICJE, GRUPY DOCELOWE 77
REINTEGRACJA SPOŁECZNA – FORMY DZIAŁAŃ 79
Działania realizowane w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych. Aktywizacja zawodowa 80
Hostele readaptacyjne 81
Mieszkania readaptacyjne 81
Grupy NA 82
Hostele readaptacyjne dla osób leczonych substytucyjnie 82
REINTEGRACJA SPOŁECZNA – FINANSOWANIE 83
PROBLEMY REINTEGRACJI SPOŁECZNEJ I ICH PRZYCZYNY 85
POPRAWA DOSTĘPNOŚCI SERWISÓW REINTEGRACJI SPOŁECZNEJ – ZADANIA DLA SAMORZĄDU 87
BIBLIOGRAFIA 90

WOJEWÓDZKIE I GMINNE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII 91
SŁAWOMIR PIETRZAK, MARTA STRUZIK
SPOŁECZNOŚĆ LOKALNA 91
ZASADY TWORZENIA STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM 92
Zasada realizmu 92
Zasada komplementarności 92

Zasada partycypacji 92
Zasada spójności 92
Zasada społecznej akceptacji 93

INTERESARIUSZE PROGRAMU 93

DWA SPOSOBY BUDOWANIA STRATEGII
(PODEJŚCIE EKSPERCKIE I PODEJŚCIE PARTYCYPACYJNE). ZALETY I WADY 94

MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM 95

KONSTRUOWANIE PROGRAMU PRZY POMOCY METODY ZORIENTOWANEJ NA CELE 98
Faza analizy – analiza problemu 98
Faza analizy – analiza celów 100
Faza analizy – analiza drzewa celów 101
Faza analizy – analiza strategii 101
Faza planowania – konstrukcja założeń programu 101
Faza planowania – zasady konstruowania matrycy logicznej 102
Faza planowania – zasady konstruowania wskaźników 103

HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU 103

KLUCZOWE ELEMENTY STRATEGII – TWORZENIE DOKUMENTÓW STRATEGICZNYCH 105

BUDŻET I FINANSOWANIE PROGRAMU 106

EWALUACJA WOJEWÓDZKICH I GMINNYCH PROGRAMÓW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII 107

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII. OBOWIĄZUJĄCE REGULACJE PRAWNE

Krzysztof Krajewski

Niniejsze opracowanie opiera się na stanie prawnym na dzień 21 sierpnia 2018 r., tj. dzień wejścia w życie Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U.2018.1490).

Ramy prawne przeciwdziałania narkomanii w Polsce

Wprowadzenie

Regulacje prawne dotyczące narkotyków i narkomanii są w Polsce zawarte w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii (u.p.n.), z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U.2005.1485 z późniejszymi zmianami: tekst jednolity Dz.U.2018.1030 oraz ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U.2018.1490). Ustawa ta nie wyczerpuje jednak problematyki regulacji prawnych dotyczących przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom używania substancji psychoaktywnych. Istotne regulacje w tym zakresie zawierają bowiem dwa inne akty prawne, które w przeciwieństwie do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, obejmującej swym zakresem substancje psychoaktywne o charakterze nielegalnym, dotyczą legalnych substancji psychoaktywnych. Chodzi o ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (tekst jednolity Dz.U.2016.487 z późniejszymi zmianami), oraz ustawę o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r. (tekst jednolity Dz.U.2017.957 z późniejszymi zmianami). Nie można także zapominać, iż szereg regulacji mogących mieć znaczenie z punktu widzenia przeciwdziałania narkomanii i innych form uzależnień, znajduje się również w innych aktach prawnych (np. ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich z 26 października 1982 r.; ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r.; ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r.). Niniejszy rozdział dotyczy przede wszystkim problematyki regulowanej przez u.p.n. Nie można jednak zapominać o tym, że kompleksowo traktowana problematyka profilaktyki negatywnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych wykracza poza ramy tej ustawy.

U.p.n. jest aktem prawnym w sposób kompleksowy regulującym zasady i tryb postępowania w zakresie działalności określanej mianem przeciwdziałania narkomanii (art. 1 pkt 1 u.p.n.). Zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 u.p.n. przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej. Działalność ta obejmuje w szczególności sześć szczegółowych obszarów polityki państwa, a mianowicie:

1. działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną,
2. leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych,
3. ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych,
4. nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii,

5. zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii,
6. nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Przepisy regulujące sześć powyższych obszarów zawarte są w ośmiu rozdziałach ustawy dotyczących następujących kwestii: przepisy ogólne (rozdz. 1), podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii (rozdz. 2), działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza (rozdz. 3), postępowanie z osobami uzależnionymi (rozdz. 4), prekursory, środki odurzające, substancje psychotropowe, środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne (rozdz. 5), uprawa maku i konopi (rozdz. 6), kara pieniężna (rozdz. 6a), przepisy karne (rozdz. 7), zmiany w przepisach oraz przepisy obowiązujących przejściowe i końcowe (rozdz. 8). W dalszych częściach niniejszego opracowania zostaną pokrótce omówione najważniejsze postanowienia poszczególnych rozdziałów u.p.n.

Przepisy ogólne

Rozdział pierwszy u.p.n. zawiera m.in. art. 4, określający tzw. **słowniczek pojęć ustawowych**. W ramach tego przepisu zawarte są tzw. definicje legalne 49 specyficznych pojęć, jakimi posługują się przepisy ustawy (pojęcia w ramach tej listy uszeregowane są w porządku alfabetycznym). Jest to o tyle ważne, że wiele z tych pojęć występuje także w języku potocznym, ale w jego ramach mają one często znaczenie odmienne niż to, jakie przyjmowane jest przez ustawę. Chodzi także o doprecyzowanie pewnych pojęć, którymi posługuje się u.p.n. W tym miejscu wypadnie ograniczyć się do dwóch kwestii. W pierwszym rzędzie chodzi o kluczowe dla samej ustawy, występujące również w jej tytule, **pojęcie narkomanii**, które tak w języku potocznym, jak i w literaturze fachowej bywa rozumiane w różny sposób. Ustawa pod tym pojęciem rozumie stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich (art. 4 pkt 11 u.p.n.). Równocześnie wskazać należy występujące w powyższej definicji, a powtarzające się wielokrotnie w innych przepisach ustawy, pięć kluczowych pojęć odnoszących się do substancji będących przedmiotem kontroli przez ustawę jako nielegalne substancje psychoaktywne, a mianowicie pojęcia **środka odurzającego** (pkt 26), **substancji psychotropowej** (pkt 25), **nowej substancji psychoaktywnej** (pkt 11a), **środka zastępczego** (pkt 27) oraz **prekursora** (pkt 16). Zostaną one dokładniej omówione w dalszej części niniejszego opracowania.

Podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii

Zgodnie z treścią art. 5 ust. 1 u.p.n. zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii w obszarze przewidzianym w ustawie realizują przede wszystkim **organy administracji rządowej** i **jednostki samorządu terytorialnego**. Zgodnie z art. 5 ust. 2 u.p.n., do realizacji rozmaitych zadań w tym obszarze powołane są jednak także inne podmioty i instytucje: przedszkola, szkoły i inne jednostki organizacyjne wymienione w art. 2 pkt 3-9 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U.2017.59), szkoły wyższe, podmioty lecznicze i inne podmioty działające w ochronie zdrowia, jednostki Wojska Polskiego, Policji i Straży Granicznej, organy celne, jednostki organizacyjne Służby Więziennej oraz zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie i regionalne ośrodki polityki społecznej, jednostki organizacyjne wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, o których mowa w art. 2 ust. 3 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. 2017.697), oraz asystenci rodziny, rodziny zastępcze i prowadzący rodzinne domy dziecka, a wreszcie także środki masowego przekazu. Przeciwdziałanie narkomanii w zakresie uregulowanym przez stosowne przepisy należy do ustawowych obowiązków

wymienionych organów, instytucji i podmiotów. Ponadto, zgodnie z treścią art. 5 ust. 3 u.p.n., zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii mogą realizować także **organizacje pozarządowe** i **inne podmioty**, których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, pomocy społecznej, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub przeciwdziałania patologiom społecznym, promocji i organizacji wolontariatu, a także **samorządy zawodów medycznych**, **rodziny osób uzależnionych** oraz **grupy samopomocy** osób uzależnionych i ich rodzin.

Podstawowym organem administracji rządowej odpowiedzialnym za realizację zadań w obszarze przeciwdziałania narkomanii (art. 6 ust. 1 u.p.n.) jest **Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii** (KBPN), będące jednostką budżetową, podległą ministrowi właściwemu ds. zdrowia. Szczegółowy wykaz zadań KBPN zawiera art. 6 ust. 3 u.p.n. W tym miejscu wspomnieć można, iż wśród zadań tych znajdują się m.in. takie, jak: powierzanie i wspieranie wykonywania zadań publicznych w zakresie przeciwdziałania narkomanii, wraz z udzielaniem dotacji na finansowanie ich realizacji na podstawie pełnomocnictwa ministra właściwego ds. zdrowia; inicjowanie działań zmierzających do ograniczania używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych; inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych nad problematyką narkomanii, w tym sporządzanie oceny epidemiologicznej zagrożeń narkomanią; inicjowanie prac nad nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi służącymi przeciwdziałaniu narkomanii; dokonywanie okresowych ocen programów profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych pod względem ich skuteczności w zakresie ograniczenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych; opracowywanie standardów w zakresie profilaktyki uzależnień oraz leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych; inicjowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń dla osób realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii. KBPN jest więc podstawowym w Polsce organem inicjującym, koordynującym i wykonującym wszelkie działania związane z przeciwdziałaniem narkomanii, a szczególnie te dotyczące sfery zdrowia publicznego i oddziaływań profilaktycznych. Umiejscowienie KBPN w strukturze Ministerstwa Zdrowia podkreśla równocześnie fakt, iż **polityka przeciwdziałania narkomanii**, czy też tzw. **polityka narkotykowa**, jest realizowana w Polsce przede wszystkim w ramach polityki zdrowotnej i edukacyjnej. Ważną rolę w tym zakresie odgrywają oczywiście także organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości, ale główny ciężar przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom indywidualnym i społecznym wynikającym z używania rozmaitych substancji psychoaktywnych sytuuje się w obszarze oddziaływań niemających represyjnego charakteru.

Istotną rolę w obszarze przeciwdziałania narkomanii na szczeblu centralnym odgrywa także **Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii,** działająca przy Prezesie Rady Ministrów i będąca organem koordynacyjno-doradczym w sprawach z zakresu przeciwdziałania narkomanii (art. 12 ust. 3 u.p.n.). W skład Rady wchodzi także **członek będący przedstawicielem strony samorządowej** w Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego wskazany przez tę Komisję.

Podmiotami, na które u.p.n. nakłada również określone obowiązki w zakresie przeciwdziałania narkomanii, są też **organy wykonawcze samorządu wojewódzkiego** oraz **sejmiki** (art. 9 u.p.n), a także **wójtowie**, **burmistrzowie** i **prezydenci** miast, oraz **rady gmin** (art. 10 u.p.n.). Podstawowym zadaniem powyższych podmiotów w zakresie przeciwdziałania narkomanii jest przygotowywanie, uchwalanie i realizacja wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Obowiązki samorządów w tym zakresie reguluje także specjalny dokument zwany **Narodowym Programem Zdrowia**, który tworzony jest na podstawie art. 9 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (tekst jednolity Dz.U. 2017.2237). Kwestie te zostaną dokładniej omówione w części drugiej niniejszego rozdziału, poświęconej zadaniom jednostek samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza

Zgodnie z treścią art. 19 ust. 1 u.p.n. **działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i profilaktyczna** obejmuje promocję zdrowia psychicznego, promocję zdrowego stylu życia, informację o szkodliwości środków i substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii, oraz o narkomanii i jej skutkach, edukację psychologiczną i społeczną oraz prawną, a także działania o charakterze interwencyjnym. Oznacza to przede wszystkim obowiązek wprowadzania problematyki zapobiegania narkomanii do programów wychowawczych jednostek organizacyjnych systemu oświaty, do programów przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem oraz profilaktyką w szkołach i innych placówkach systemu oświaty oraz w szkołach wyższych, oraz do programów szkolenia żołnierzy w czynnej służbie wojskowej.

Działalność taka obejmuje także prowadzenie działalności profilaktycznej, szczególnie w środowiskach zagrożonych uzależnieniem, oraz wspieranie działań ogólnokrajowych i lokalnych organizacji pozarządowych i innych podmiotów, których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, pomocy społecznej, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub przeciwdziałania patologiom społecznym, promocji i organizacji wolontariatu, oraz innych inicjatyw społecznych. Wreszcie oznacza to konieczność uwzględniania problematyki zapobiegania narkomanii w działalności publicznej radiofonii i telewizji oraz innych środków masowego przekazu, a także obowiązek prowadzenie badań naukowych nad problematyką narkomanii.

Szczegółowe przepisy omawianego rozdziału nakładają szereg konkretnych obowiązków w zakresie działalności wychowawczej i informacyjnej na poszczególne resorty. Siłą rzeczy szczególną rolę w tym zakresie odgrywa resort oświaty i wychowania. Szczegóły tego obszaru przeciwdziałania narkomanii reguluje **Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii** (Dz.U.2015.1249). Zgodnie z tym rozporządzeniem szkoły i placówki zobowiązane są do prowadzenia systematycznej działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej wśród uczniów i wychowanków, ich rodziców lub opiekunów oraz nauczycieli, wychowawców i innych pracowników szkół i placówek w celu przeciwdziałania narkomanii. Powinna ona obejmować działania uprzedzające oparte na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, mające na celu przeciwdziałanie pojawianiu się zachowań ryzykownych związanych z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych przez uczniów i wychowanków, charakteryzujących się nieprzestrzeganiem przyjętych dla danego wieku zwyczajowych norm i wymagań, niosących ryzyko negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego ucznia lub wychowanka oraz jego otoczenia społecznego (§ 1 ust. 1-2). Dalsze przepisy rozporządzenia określają w bardziej szczegółowy sposób zadania szkół i innych placówek w zakresie działalności wychowawczej polegającej na prowadzeniu działań z zakresu promocji zdrowia oraz wspomaganiu uczniów i wychowanków w ich rozwoju ukierunkowanym na osiągnięcie pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i aksjologicznej (§ 2), działalności edukacyjnej polegającej na stałym poszerzaniu i ugruntowywaniu wiedzy i umiejętności z zakresu promocji zdrowia i zdrowego stylu życia u uczniów i wychowanków, ich rodziców lub opiekunów, nauczycieli i wychowawców (§ 3), działalności informacyjnej skierowanej do uczniów i wychowanków oraz ich rodziców lub opiekunów, a także nauczycieli i wychowawców oraz innych pracowników szkoły lub placówki polegającej na dostarczaniu rzetelnych i aktualnych informacji, dostosowanych do wieku oraz możliwości psychofizycznych odbiorców, na temat zagrożeń i rozwiązywania problemów związanych z używaniem środków i substancji psychoaktywnych będących przedmiotem regulacji u.p.n. (§ 4), oraz dzia-

łalności profilaktycznej polegającej na realizowaniu działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej (§ 5).

Szkoły i placówki prowadząc powyższe formy działalności, mają obowiązek współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, podmiotami realizującymi świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także z państwowymi wojewódzkimi i państwowymi powiatowymi inspektorami sanitarnymi, policją, pracodawcami i innymi wskazanymi w rozporządzeniu podmiotami, wskazanymi przez u.p.n., ustawę Prawo oświatowe, oraz ustawę o zdrowiu publicznym. Istotne jest przy tym, iż rozporządzenie wymaga, aby podstawę do podejmowania działalności, o której mowa w § 2-5, stanowiła **diagnoza** w zakresie występujących w środowisku szkolnym **czynników chroniących** i **czynników ryzyka** (pojęcia te są zdefiniowane w rozporządzeniu), ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Taka diagnoza dotycząca uczniów lub wychowanków, rodziców lub opiekunów, nauczycieli, wychowawców i innych pracowników szkoły lub placówki, powinna być opracowywana we współpracy ze wskazanymi wcześniej podmiotami w każdym roku szkolnym, w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia roku szkolnego.

W zakresie działalności wychowawczej, edukacyjnej i profilaktycznej u.p.n. przewiduje także rozmaite obowiązki i zadania dla ministrów właściwych ds. zdrowia, szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych, administracji publicznej, finansów publicznych, pracy, transportu, ministra obrony narodowej oraz ministra sprawiedliwości.

Jeśli chodzi o szczegółowe postanowienia omawianego rozdziału u.p.n., warto w tym miejscu wspomnieć, iż znalazł się w nim również przepis wprowadzający wyraźny **zakaz** tak **bezpośredniej reklamy i promocji** substancji psychotropowych lub środków odurzających, jak i **reklamy i promocji pośredniej**. Przepis art. 26 ust. 3 u.p.n. zabrania bowiem także reklamy i promocji środków spożywczych lub innych produktów przez sugerowanie, że posiadają one działanie takie, jak substancje psychotropowe lub środki odurzające lub, że ich użycie, nawet niezgodne z przeznaczeniem, może powodować skutki takie, jak skutki działania substancji psychotropowych lub środków odurzających. Jeśli chodzi o reklamę produktów leczniczych zawierających substancje psychotropowe lub środki odurzające, nie jest ona zabroniona, ale podlega szczególnym uregulowaniom zawartym w **ustawie Prawo farmaceutyczne** z dnia 6 września 2001 r. (tekst jednolity Dz.U.2017.2211 z późniejszymi zmianami).

Postępowanie z osobami uzależnionymi, w tym działania z zakresu redukcji szkód

Przepisy rozdziału 4 u.p.n. regulują przede wszystkim kwestie związane z leczeniem i innymi rodzajami postępowania terapeutycznego i rehabilitacyjnego realizowanego wobec osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i innych substancji będących przedmiotem kontroli przez przepisy u.p.n. W związku z tym wskazać wypada wspomniany wcześniej art. 4 u.p.n., który zawiera definicje trzech podstawowych form postępowania z osobami uzależnionymi: **leczenia** (pkt 6: leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych), **rehabilitacji** (pkt 22: proces dążący do zapewnienia osobie z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych osiągnięcia optymalnego stanu zdrowia oraz funkcjonowania psychicznego i społecznego) i **reintegracji** (pkt 23: efekt działań określonych w art. 14-16 i art. 18 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym – tekst jednolity Dz.U.2016.1828 z późniejszymi zmianami).

Zgodnie z przepisami ustawy (art. 26), leczenie osoby uzależnionej może być prowadzone tylko przez **podmiot leczniczy** lub **lekarza** wykonującego zawód w ramach praktyki zawodowej. Natomiast oddziaływania wchodzące w zakres rehabilitacji mogą być prowadzone albo przez **lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie psychiatrii**, albo przez **osobę posiadającą certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień**. W rehabilitacji osoby uzależnionej może także uczestniczyć osoba posiadająca **certyfikat instruktora terapii uzależnień**, co oznacza jednak, iż taka osoba nie może prowadzić rehabilitacji samodzielnie. Dla uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień konieczne jest (poza posiadaniem co najmniej wykształcenia średniego), **odbycie odpowiedniego szkolenia** w dziedzinie uzależnienia i **zdanie egzaminu**. Ustawa reguluje szczegółowe procedury szkoleniowe, egzaminacyjne i wydawania takich certyfikatów, czym zajmuje się KBPN.

Natomiast reintegrację osób uzależnionych mogą prowadzić **centra integracji społecznej**, tworzone na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym, a także wymienione wcześniej podmioty (**lekarze**, **lekarze psychiatrzy**, **specjaliści terapii uzależnień**), a także wcześniej wspomniane **organizacje pozarządowe** i **inne podmioty**, których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, pomocy społecznej, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub przeciwdziałania patologiom społecznym, promocji i organizacji wolontariatu. Udział tych ostatnich w procesie reintegracji osób uzależnionych może mieć miejsce tylko po przeprowadzeniu konkursu, o którym mowa w art. 11 ust. 2 **ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie** z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz.U.2003.873). Wreszcie reintegracja może być realizowana przez **samorządy zawodów medycznych**, **rodziny osób uzależnionych** oraz **grupy samopomocy osób uzależnionych** i ich **rodzin**.

System leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków opiera się w Polsce na dwóch fundamentalnych zasadach. Pierwsza z nich to **bezpłatność** uzyskiwania świadczeń. Zgodnie bowiem z art. 26 ust. 5 u.p.n., za świadczenia polegające na leczeniu, rehabilitacji lub reintegracji udzielane osobie uzależnionej, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju, nie pobiera się od tej osoby opłat. Druga ze wspomnianych zasad to **dobrowolność** podejmowania leczenia, rehabilitacji i reintegracji. Art. 25 u.p.n. mówi bowiem, iż podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

To ostatnie oznacza, iż polskie prawo dopuszcza wyjątki od zasady dobrowolności, ale muszą one być wyraźnie sprecyzowane przez obowiązujące przepisy. Aktualnie przepisy przewidują kilka takich wyjątków od generalnej zasady dobrowolności leczenia, rehabilitacji i reintegracji. Podstawowy reguluje art. 30 u.p.n., który przewiduje możliwość skierowania na **przymusowe leczenie i rehabilitację uzależnionej osoby niepełnoletniej** (tj. osoby, która nie ukończyła 18. roku życia). Decyzja o skierowaniu na leczenie przymusowe, tj. takie, które może być realizowane np. w zakładzie zamkniętym i egzekwowane odpowiednimi środkami przymusu wbrew woli osoby zainteresowanej, może być podjęta wyłącznie przez organ niezawisły, a mianowicie **sąd rodzinny**. Leczenie przymusowe może być orzeczone przez sąd przede wszystkim **na wniosek uprawnionych podmiotów**, do których należą **przedstawiciel ustawowy**, **krewni w linii prostej**, **rodzeństwo** lub **faktyczny opiekun** osoby niepełnoletniej, aczkolwiek ustawa dopuszcza tutaj także **możliwość działania przez sąd rodzinny z urzędu**, tj. z własnej inicjatywny (co jest częste w wielu formach postępowania rodzinno-opiekuńczego). Zgodnie z treścią art. 30 ust. 2 u.p.n. **czas trwania leczenia przymusowego** nie jest określany z góry, tj. teoretycznie może ono trwać „tak długo, jak to jest niezbędne". Sąd ma jednak obowiązek zwolnić daną osobę z obowiązku leczenia, jeśli terapia zostanie zakończona sukcesem w krótszym czasie. Równocześnie ustawa przewiduje **ograniczenie maksymalnego czasu trwania leczenia**, które w żadnym wypadku nie może przekroczyć 2 lat.

Ustawodawstwo polskie zna jeszcze inne wyjątki od zasady dobrowolności leczenia, które są przewidziane w innych aktach prawnych. Dotyczą one wyłącznie osób, które dopuściły się takiego czy innego naruszenia przepisów prawa karnego. Przede wszystkim może chodzić o dopuszczenie się tzw. **czynu karalnego** przez osobę, która w chwili popełnienia takiego czynu nie ukończyła 17. roku życia[1]. Takie osoby, które prawo określa mianem **nieletnich** (co należy odróżniać od wspomnianej wcześniej kategorii małoletnich), odpowiadają za swe czyny na specjalnych zasadach określonych w **ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich** z 26 października 1982 r. (tekst jednolity Dz.U.2016.1654 z późniejszymi zmianami). W przypadku nieletniego, który dopuścił się czynu karalnego i u którego stwierdzono nałogowe używanie alkoholu albo innych środków celem wprowadzenia się w stan odurzenia, sąd rodzinny może orzec – obok innych środków stosowanych wobec nieletnich – także umieszczenie go w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Nieletni przebywający na skutek orzeczenia sądu rodzinnego w zakładzie poprawczym, może być także umieszczony na czas określony w specjalistycznym zakładzie celem podjęcia specjalistycznego leczenia, co obejmuje także leczenie uzależnienia.

Drugi rodzaj wyjątków od zasady dobrowolności leczenia uzależnień związanych z wejściem w konflikt z prawem karnym dotyczy osób dorosłych (tj. w rozumieniu prawa takich, które w chwili popełnienia tego przestępstwa ukończyły 17. rok życia), odbywających karę pozbawienia wolności. Zgodnie z przepisami ustawy **Kodeks karny wykonawczy** z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U.1997.557 z późniejszymi zmianami), skazanego u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją. Jeśli jednak skazany takiej zgody nie wyrazi, o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny i ma ono wówczas charakter przymusowy.

Omawiając przepisy u.p.n. dotyczące leczenia osób uzależnionych, warto jeszcze wspomnieć krótko regulacje dotyczące pewnych form **strategii redukcji szkód**, która to działalność, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 u.p.n., stanowi jedną z ustawowo określonych form przeciwdziałania narkomanii. Przede wszystkim chodzi tutaj o specyficzną formę leczenia, jaką jest tzw. **leczenie substytucyjne**. U.p.n. wyraźnie dopuszcza stosowanie w leczeniu uzależnień środków substytucyjnych, takich jak **metadon** czy **buprenorfina**. Dopuszczalne jest także stosowanie tego leczenia w zakładach karnych i aresztach śledczych (art. 28 u.p.n.). Leczenie substytucyjne może prowadzić podmiot leczniczy po uzyskaniu stosownego zezwolenia marszałka województwa właściwego ze względu na siedzibę tego podmiotu, które jest wydawane po uzyskaniu pozytywnej opinii od dyrektora KBPN. Taka pozytywna opinia jest uzależniona od spełnienia wielu warunków określonych w szczegółowych przepisach ustawy. Szczegóły tej procedury medycznej reguluje **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego** z dnia 1 marca 2013 r. (Dz.U.2013.368). Przewiduje ono, iż ta forma leczenia dotyczyć może pacjentów uzależnionych od opioidów, którzy ukończyli 18 lat i wyrazili zgodę na leczenie i przestrzeganie jego wymogów. W wyjątkowych sytuacjach do leczenia mogą być jednak zakwalifikowane także osoby, które nie ukończyły jeszcze 18. roku życia (§ 3 ust. 2). Może to dotyczyć np. pacjentów będących nosicielami wirusa HIV lub HCV. Pacjenci programów substytucyjnych mają obowiązek zachowania abstynencji od wszelkich innych substancji psychoaktywnych, poza podawanym im środkiem substytucyjnym. W związku z tym są badani co najmniej raz w miesiącu na występowanie w moczu lub innych płynach ustrojowych środków odurzających i substancji psychotropowych innych niż stosowane w ramach programu (§ 7). Pozytywne wyniki takich badań mogą (ale nie muszą) stanowić podstawę wykluczenia z programu (§ 3 ust. 3). Środek substytucyjny jest podawany pacjentowi przez lekarza, pielęgniarkę lub wy-

[1] Czyny karalne to przestępstwa określone w kodeksie karnym oraz innych ustawach, a także niektóre wykroczenia wymienione w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich. Zgodnie z terminologią przyjętą w polskim prawie osoba nieletnia dopuszczająca się takich zachowań nie popełnia jednak przestępstwa, lecz dopuszcza się właśnie czynu karalnego i ponosi za to odpowiedzialność o szczególnym charakterze, określoną w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich. Odpowiedzialność za przestępstwo na zasadach określonych w kodeksie karnym ponosi wyłącznie osoba dorosła, tj. taka, która w chwili czynu ukończyła 17. rok życia.

dawany przez farmaceutę w zasadzie w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności (§ 6 ust. 1). Rozporządzenie określa również wyjątki od tej reguły, dopuszczające w pewnych okolicznościach wydawanie pacjentom metadonu do domu w dawkach wystarczających na dłuższe okresy, wynoszące od 7 do 14 dni (§ 5).

Podkreślenia wymaga, iż z punktu widzenia obowiązujących przepisów nie budzi zastrzeżeń co do swej legalności inna standardowa forma realizacji strategii redukcji szkód, a mianowicie **programy wymiany igieł i strzykawek**, służące przede wszystkim zapobieganiu negatywnym konsekwencjom wspólnego używania przez użytkowników niesterylnego sprzętu iniekcyjnego. U.p.n. nie zawiera co prawda przepisu bezpośrednio dopuszczającego realizację takich programów. Nie zawiera jednak także żadnych postanowień, z których mogłaby wynikać ich niedopuszczalność. Co prawda art. 58 ust. 1 u.p.n. przewiduje odpowiedzialność karną za ułatwianie lub umożliwianie używania środków odurzających lub substancji psychotropowych (wydawanie narkomanom sterylnych igieł lub strzykawek może być traktowane jako takie ułatwianie lub umożliwianie), ale biorąc pod uwagę fakt, iż ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem narkotyków jest jedną z form przeciwdziałania narkomanii, przepis ten nie może być interpretowany jako zakazujący realizacji programów wymiany igieł i strzykawek.

W tym miejscu warto wspomnieć, iż ostatnia nowelizacja u.p.n. z lipca 2018 r. wprowadziła dodatkowy rozdział 4a, zawierający przepisy regulujące **zgłaszanie zatruć środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną**. Przepisy te powinny w radykalny sposób poprawić dostępność i jakość ogólnopolskich danych statystycznych dotyczących takich przypadków, co może mieć istotne znaczenie dla przeciwdziałania zjawisku.

Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne, środki zastępcze i prekursory

Rozdział 5 u.p.n. reguluje najistotniejsze kwestie związane z kontrolą administracyjną legalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Cały szereg spośród nich ma bowiem legalne zastosowania medyczne i może być także wykorzystywane w celach badawczych. Rozdział ten zawiera także od roku 2010 przepisy dotyczące kontroli nowych substancji psychoaktywnych oraz tzw. środków zastępczych (tj. składników tzw. dopalaczy), które zostały w istotny sposób zmienione ostatnią nowelizacją u.p.n. z lipca 2018 r. Wreszcie rozdział ten reguluje także zasady obrotu substancjami zwanymi prekursorami narkotykowymi, tj. substancjami, które same narkotykami nie są, ale mogą być wykorzystywane do ich produkcji (jako surowce, katalizatory itp.).

Kompleksowa nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonana przez sejm 20 lipca 2018 r., która weszła w życie 21 sierpnia 2018 r., w zasadniczy sposób zmieniła funkcjonujący w Polsce od roku 2010 model kontroli prawnej nielegalnych substancji psychoaktywnych, w tym środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Oznaczało to m.in. zmianę sposobu definiowania nielegalnych substancji psychoaktywnych kontrolowanych przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii. Pojęcia te, a mianowicie środek odurzający, substancja psychotropowa, nowa substancja psychoaktywna i środek zastępczy, są definiowane w art. 4 u.p.n.

Do dnia 20 sierpnia 2018 r. **środkiem odurzającym**, w myśl u.p.n., była każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy i określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do u.p.n. (pkt 24), a **substancją psychotropową** każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy i określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do u.p.n. (pkt 25). Oznaczało to, że warunkiem koniecznym zaliczenia jakiejś substancji do którejś z powyższych dwóch grup, było umieszczenie jej w stosownym wykazie, będącym załącznikiem do samej u.p.n. Umieszczenie substancji w którymś z tych dwóch

wykazów, mogło być dokonane wyłącznie poprzez nowelizację u.p.n., a więc wymagało przyjęcia stosownej ustawy nowelizacyjnej przez sejm i senat.

Z kolei w myśl wcześniej obowiązujących przepisów, **nowa substancja psychoaktywna** (art. 4 pkt 11a u.p.n.) była to substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44b ust. 2 u.p.n. Ten ostatni przepis dawał ministrowi właściwemu ds. zdrowia prawo określenia w drodze rozporządzenia wykazu nowych substancji psychoaktywnych, obejmującego te substancje lub ich grupy, uwzględniając wpływ tych substancji na zdrowie lub życie ludzi lub możliwość spowodowania szkód społecznych. Pojęcie nowej substancji psychoaktywnej było więc także definiowane poprzez stosowny wykaz, tyle że był to wykaz będący załącznikiem do rozporządzenia ministra, a nie bezpośrednio do ustawy, co w założeniu miało umożliwiać szybszą reakcję na pojawianie się na rynku nowych substancji, jako że uzupełnianie przez ministra zdrowia wykazu stanowiącego załącznik do rozporządzenia może się odbywać znacznie szybciej niż nowelizowanie przez sejm i senat załączników do ustawy. Ostatni wykaz nowych substancji psychoaktywnych zawierał załącznik do **Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych** z dnia 7 sierpnia 2017 r. (Dz.U.2017.1582).

Środkiem zastępczym (art. 4 pkt 27 u.p.n.) był natomiast, w myśl wcześniej obowiązujących przepisów, produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, a których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych (jak ma to miejsce np. w przypadku alkoholu czy wyrobów tytoniowych). Definicja ta nie opierała się więc na żadnym wykazie i miała charakter otwarty. Umożliwiało to wycofywanie z obrotu przez organa Państwowej Inspekcji Sanitarnej „dopalaczy" i ich składników, zanim zostaną one umieszczone we wspomnianym wcześniej wykazie nowych substancji psychoaktywnych.

Tak nowe substancje psychoaktywne, jak i środki zastępcze były w polskim prawie przedmiotem całkowitej delegalizacji, tj. obrót nimi był całkowicie zakazany. Wynikało to z treści art. 44b ust. 1 u.p.n., który to przepis zakazywał wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. W przeciwieństwie jednakże do naruszeń przepisów dotyczących środków odurzających i substancji psychotropowych, za które groziła zawsze odpowiedzialność karna, za naruszenia zakazu określonego w art. 44b ust. 1 u.p.n. ustawa przewidywała do dnia 20 sierpnia 2018 r. jedynie sankcje finansowe o charakterze administracyjnym nakładane przez organa Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Do tej daty można więc było mówić w Polsce o dwutorowości kontroli nielegalnych substancji psychoaktywnych: środki odurzające i substancje psychotropowe podlegały kontroli administracyjnej i prawnokarnej, a nowe substancje psychoaktywne i środki zastępcze wyłącznie kontroli o charakterze administracyjnym.

Powyższy stan rzeczy uległ zasadniczej zmianie 21 sierpnia 2018 r., w związku z wejściem w tym dniu w życie fundamentalnych zmian modelu kontroli nielegalnych substancji psychoaktywnych. Podstawowym elementem owej zmiany była w związku z tym zmiana sposobu definiowania omówionych powyżej pojęć, tj. przepisów art. 4 pkt 11a, 25, 26 i 27 u.p.n. Zgodnie z nowymi przepisami definicje pojęć środek odurzający, substancja psychotropowa i nowa substancja psychoaktywna nabrały zupełnie odmiennego charakteru. Z jednej strony zostały one znacznie rozbudowane, ale równocześnie tworzenie wykazów wszystkich psychoaktywnych substancji kontrolowanych stało się uprawnieniem ministra właściwego ds. zdrowia, realizowanym w drodze specjalnego rozporządzenia, a nie kompetencją parlamentu, realizowaną w drodze ustawy.

Zgodnie z treścią nowego art. 4 pkt 26 **środkami odurzającymi** są obecnie substancje, które zaliczyć można do czterech kategorii. Po pierwsze, są to substancje objęte zakresem stosowania Jednolitej Konwencji Narodów Zjednoczonych o środkach odurzających z 1961 r. (Dz.U. z 1966 r. poz. 277) zmienionej protokołem z 1972 r. (Dz.U. z 1996 r. poz. 149), tj. substancje umieszczone w wykazach stanowiących załączniki do tej konwencji. Po drugie, są to substancje wymienione w załączniku do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r., ustanawiającej minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami, które poddane są środkom kontroli i sankcjom karnym takim samym jak substancje z pierwszej z wymienionych grup. Po trzecie, substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, w formie czystej lub w formie preparatu, działające na ośrodkowy układ nerwowy, inne niż te należące do dwóch wcześniej wymienionych grup, ale o podobnej do nich budowie chemicznej lub działaniu, stwarzające zgodnie z rekomendacją Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3 u.p.n., takie same zagrożenia dla zdrowia publicznego lub zagrożenia społeczne, jak zagrożenia stwarzane przez te substancje. Po czwarte wreszcie, substancjami psychotropowymi są także substancje inne niż należące do trzech pierwszych grup, które na podstawie przepisów ustawy obowiązujących przed dniem wejścia w życie Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej były objęte wykazem środków odurzających, tj. wykazami stanowiącymi do tej daty załączniki do u.p.n. Powyższe określa przesłanki merytoryczne uznania substancji psychoaktywnej za środek odurzający. Natomiast warunkiem formalnym jest to, aby substancja taka była określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44f, tj. umieszczona w stosownym wykazie zawartym w rozporządzeniu ministra zdrowia.

W analogiczny sposób znowelizowane przepisy u.p.n. definiują pojęcie **substancji psychotropowej**. Zgodnie z treścią art. 4 ust. 25 u.p.n. substancjami takimi są, po pierwsze, substancje objęte zakresem stosowania Konwencji Narodów Zjednoczonych o substancjach psychotropowych z 1971 r. (Dz.U. z 1976 r. poz. 180), tj. umieszczone w stanowiących załącznik do konwencji wykazach substancji kontrolowanych, jako substancje psychotropowe. Po drugie, są nimi substancje wymienione w załączniku do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r., ustanawiającej minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami (Dz.Urz. UE L 335 z 11.11.2004, str. 8, z późn. zm.), które poddane są środkom kontroli i sankcjom karnym takim samym jak substancje z pierwszej z wymienionych grup. Po trzecie, do grupy substancji psychotropowych zaliczane są substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, w formie czystej lub w formie preparatu, działające na ośrodkowy układ nerwowy, inne niż określone w lit. a i b, ale o podobnej do nich budowie chemicznej lub działaniu, stwarzające, zgodnie z rekomendacją Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3, takie same zagrożenia dla zdrowia publicznego lub zagrożenia społeczne, jak zagrożenia stwarzane przez te substancje. Po czwarte wreszcie, substancjami psychotropowymi są substancje inne niż należące do trzech wcześniej wymienionych grup, które na podstawie przepisów ustawy obowiązujących przed dniem wejścia w życie Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. poz. 1490), były objęte wykazem substancji psychotropowych. Tak samo, jak w przypadku środków odurzających, powyższe cztery warunki stanowią przesłanki merytoryczne uznania danej substancji psychoaktywnej za substancję psychotropową. Natomiast warunkiem koniecznym jest to, aby substancja taka była określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44f, tj. umieszczona w stosownym wykazie zawartym w rozporządzeniu ministra zdrowia.

Można więc powiedzieć, iż poza merytorycznymi zmianami w definicji środka odurzającego i substancji psychotropowej podstawowa zmiana wprowadzona przez nowelizację z lipca 2018 r. to zmiana charakteru

prawnego wykazu tych substancji, który przestał być załącznikiem do ustawy, a stał się załącznikiem do rozporządzenia ministra.

Wreszcie, zgodnie ze znowelizowanym art. 11a u.p.n., nową substancją psychoaktywną jest obecnie każda substancja lub grupa substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działająca na ośrodkowy układ nerwowy, inna niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzająca, zgodnie z rekomendacją Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3. W tym wypadku zmianie na skutek nowelizacji uległ jedynie sposób sformułowania przesłanki merytorycznej uznania substancji psychoaktywnej za nową substancję psychoaktywną. Bez zmian pozostaje natomiast status prawny wykazu takich substancji, który tak przed 21 sierpnia 2018 r., jak i po tej dacie stanowi załącznik do rozporządzenia ministra zdrowia.

Generalnie rzecz biorąc, można więc stwierdzić, iż nowelizacja z lipca 2018 r. oznacza powrót do modelu, jaki funkcjonował w Polsce na gruncie ustawy o zapobieganiu narkomanii, z roku 1985, gdzie wykazy substancji kontrolowanych (wówczas tylko środków odurzających i substancji psychotropowych), stanowiły załączniki do rozporządzenia ministra zdrowia, od którego to modelu odstąpiono w roku 1997, czyniąc wykazy załącznikami do ustawy. Celem tego rozwiązania jest przyspieszenie i usprawnienie procesu uzupełniania wykazów substancji kontrolowanych.

Nie uległa natomiast zmianie definicja pojęcia środka zastępczego (art. 4 pkt 27 u.p.n.). Zgodnie z nowym brzmieniem tego przepisu ma ona nadal charakter „otwarty", tj. nie ma jakiegokolwiek wykazu takich substancji. Środkiem zastępczym jest bowiem produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów.

Dalszą fundamentalną zmianą w modelu kontroli towarzyszącą zmianom definicji pojęć środka odurzającego, substancji psychotropowej i nowej substancji psychoaktywnej, jest poddanie nowych substancji psychoaktywnych kontroli prawnokarnej, na zasadach niewiele różniących się od takiej kontroli istniejącej w stosunku do środków odurzających i substancji psychotropowych. Zachowano co prawda dwutorowość kontroli nielegalnych substancji psychoaktywnych, ale ścieżka administracyjnoprawna, pozostająca w kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej od 21 sierpnia 2018 r., ogranicza się wyłącznie do środków zastępczych (dokładniej na ten temat w rozdz. 1.8).

Na zakończenie niniejszej części rozważań należy jeszcze poruszyć dwie kwestie. Po pierwsze, rozdział 5 u.p.n. zawiera definicje jeszcze jednego istotnego pojęcia, a mianowicie pojęcia **prekursora narkotykowego.** Są nimi substancje sklasyfikowane, o których mowa w art. 2 pkt a **Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady** [Europejskiej] **w sprawie prekursorów narkotykowych** (Dz.U. Unii Europejskiej, L47/1.273/2004), a których wykaz zawiera załącznik nr 1 do tego rozporządzenia. O tym, jakie substancje zalicza się do kategorii prekursorów, decyduje więc prawo unijne, a nie prawo polskie. Wynika to stąd, iż wiele prekursorów narkotykowych (np. kwas siarkowy czy nadmanganian potasu), to substancje powszechnie wykorzystywane w przemyśle chemicznym do legalnych celów. Dlatego nie są one przedmiotem zakazu, lecz kontroli poprzez specjalny monitoring obrotu nimi (m.in. specjalne wymogi dotyczące dokumentacji takiego obrotu), który jest realizowany w sposób jednolity na obszarze całej UE, jako jednolitego obszaru ekonomicznego i celnego.

Załączniki do rozporządzenia ministra zdrowia, o których mowa w art. 44f u.p.n., zawierające wykazy środków odurzających i substancji psychotropowych, dokonują także (tak jak czyniły to wcześniej załączniki do u.p.n.), klasyfikacji tych substancji według określonych kryteriów farmakologicznych i toksykologicznych. Jest to o tyle ważne, że cały szereg tych substancji ma lub może mieć legalne zastosowania do celów leczniczych, weterynaryjnych, a także w badaniach naukowych. W związku z tym ustawa zawiera też w omawianym rozdziale szczegółowe regulacje określające podmioty uprawnione do legalnej produkcji, obrotu hurtowego i detalicznego, oraz posiadania środków odurzających, substancji psychotropowych lub nowych substancji psychoaktywnych (jednostki badawcze, placówki lecznicze, zakłady przemysłu farmaceutycznego, hurtownie farmaceutyczne, apteki), oraz warunki i procedury, jakie muszą być w takich wypadkach przestrzegane, aby czynności, których przedmiotem są te substancje, miały legalny charakter. Naruszenia tych reguł, a więc podejmowanie wbrew przepisom ustawy takich czynności, jak produkcja, wwóz, wywóz, przewóz, obrót hurtowy i detaliczny, udzielanie, posiadanie i szereg innych czynności, których przedmiotem są środki odurzające, substancje psychotropowe lub nowe substancje psychoaktywne, stanowią podstawę do pociągnięcia ich sprawców do odpowiedzialności karnej za przestępstwa i wykroczenia określone w rozdziale 7 u.p.n. To samo dotyczy pewnych czynów, których przedmiotem są prekursory. W tym ostatnim wypadku chodzi przede wszystkim o czyny polegające na obrocie tymi substancjami w celu wykorzystania ich do produkcji narkotyków, albo na naruszeniu zasad monitoringu takiego obrotu.

Uprawa maku i konopi

Źródłem substancji o charakterze psychoaktywnym może być cały szereg roślin, z których niektóre mogą być uprawiane w Polsce. W związku z tym przepisy rozdziału 6 u.p.n. zawierają regulacje wprowadzające reglamentację upraw dwóch roślin, a mianowicie maku i konopi. **Reglamentacja upraw maku** została wprowadzona w Polsce w roku 1985 w związku z tym, iż słoma makowa była surowcem do produkcji tzw. kompotu, wytwarzanego domowymi sposobami silnego środka typu opiatowego, który był wówczas głównym źródłem problemu narkomanii. **Reglamentacja upraw konopi** jest natomiast związana z tym, iż z rośliny tej, zawierającej substancję psychoaktywną tetrahydrokannabinol (THC), uzyskuje się marihuanę i haszysz, najpopularniejsze dzisiaj nielegalne środki psychoaktywne. Mak jest jednak równocześnie powszechnie wykorzystywany w przemyśle spożywczym, a konopie do produkcji tkanin, lin, powrozów itp. W związku z tym art. 45 u.p.n. wprowadza w tym zakresie kilka reguł. Po pierwsze, uprawa maku tzw. wysokomorfinowego (tj. o odpowiednio wysokiej zawartości alkaloidów opium) może być prowadzona wyłącznie na potrzeby przemysłu farmaceutycznego i nasiennictwa. Po drugie, uprawa maku niskomorfinowego może być prowadzona wyłącznie na cele spożywcze i nasiennictwa. Po trzecie, uprawa konopi włóknistych, tj. o odpowiednio niskiej zawartości THC, może być prowadzona wyłącznie na potrzeby przemysłu włókienniczego, chemicznego, celulozowo-papierniczego, spożywczego, kosmetycznego, farmaceutycznego, materiałów budowlanych oraz nasiennictwa. Po czwarte wreszcie, uprawa konopi innych niż włókniste (tj. umożliwiających uzyskanie marihuany lub haszyszu), jest całkowicie zabroniona.

Przepisy tego rozdziału zawierają dodatkowo szczegółowe regulacje dotyczące legalnej uprawy wyżej wymienionych roślin w postaci szczegółowych warunków, jakie muszą spełniać te uprawy i prowadzące ją podmioty (np. obowiązek uzyskania stosownego zezwolenia, ograniczenia dotyczące obszaru upraw, zasady dotyczące sprzedaży i przekazywania plonów uprawnionym podmiotom przemysłu farmaceutycznego, spożywczego lub włókienniczego, zasady niszczenia upraw prowadzonych wbrew przepisom ustawy itp.).

Przepisy karne

Rozdział 7 u.p.n. definiuje czyny zabronione pod groźbą kary, stanowiące przestępstwa lub wykroczenia. Celem przepisów karnych ustawy było zawsze zwalczanie nielegalnego, tj. realizowanego wbrew przepisom ustawy, obrotu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi oraz prekursorami narkotykowymi, a tym samym realizacja zadań przede wszystkim w zakresie **ograniczania podaży** substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii. Poczynając od dnia 21 sierpnia 2018 r. również ograniczanie podaży nowych substancji psychoaktywnych, tj. tzw. dopalaczy, jest realizowane za pomocą represji karnej, a nie jak przed tą datą w drodze stosowania sankcji o charakterze administracyjnym.

Wśród przestępstw zdefiniowanych przez u.p.n. wymienić należy czyny polegające na dokonywaniu wbrew przepisom ustawy następujących czynności, których przedmiotem są środki odurzające, substancje psychotropowe, a od dnia 21 sierpnia 2018 r. także nowe substancje psychoaktywne: wytwarzaniu, przetwarzaniu lub przerobie środków odurzających, substancji psychotropowych lub nowych substancji psychoaktywnych (art. 53); posiadaniu przyrządów lub naczyń służących do wyrobu narkotyków (art. 54); przywozie, wywozie, lub przewozie (tj. przemycie), takich substancji lub środków (art. 55); wprowadzaniu ich do obrotu (art. 56); przygotowaniu przemytu i wprowadzania ich do obrotu (art. 57); udzielaniu ich innej osobie (art.58); udzielaniu ich innej osobie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (art. 59); niezawiadomieniu przez właściciela, działającego w jego imieniu zarządcę albo kierownika zakładu gastronomicznego, lokalu rozrywkowego lub prowadzącego inną działalność usługową o przypadkach handlu narkotykami na terenie tego zakładu lub lokalu (art. 60); obrocie prekursorami wbrew przepisom ustawy w celu wytwarzania środków odurzających lub substancji psychotropowych (art. 61); posiadaniu środków odurzających lub substancji psychotropowych (art. 62); uprawie wbrew przepisom ustawy maku lub konopi, oraz zbiorze mleczka makowego (art. 63); zaborze w celu przywłaszczenia środków odurzających, substancji psychotropowych, mleczka makowego lub słomy makowej (art. 64); uprawie wbrew przepisom ustawy maku niskomorfinowego lub konopi włóknistych (art. 65); obrocie wbrew przepisom ustawy prekursorami (art. 66); niedopełnianiu obowiązków ewidencyjnych związanych z legalnym obrotem prekursorami (art. 67); reklamie środków odurzających lub substancji psychotropowych w celach innych niż medyczne (art. 68).

Niektóre z tych czynów, mające drobniejszy charakter, stanowią wykroczenia zagrożone karą grzywny. Większość jednak to przestępstwa stanowiące tzw. występki zagrożone karą pozbawienia wolności w różnym wymiarze. Tzw. górna granica ustawowego zagrożenia w ich wypadku (tj. najsurowsza możliwa kara), wynosi najczęściej 3 lub 5 lat pozbawienia wolności, aczkolwiek są i takie, gdzie wynosi ona 8, 10, a nawet 12 lat pozbawienia wolności. Trzy spośród tych przestępstw (produkcja znacznych ilości, przemyt znacznych ilości, udzielanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej małoletniemu) stanowią natomiast przestępstwa o wysokiej społecznej szkodliwości, które zaliczone są do kategorii tzw. zbrodni i są zagrożone karą pozbawienia wolności na okres od 3 do 15 lat.

Jak wcześniej wspomniano, nowelizacja u.p.n. z dnia 20 lipca 2018 r. poddała nowe substancje psychoaktywne kontroli prawnokarnej na równi z środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, tj. sankcje karne grożące za czyny, których przedmiotem są nowe substancje psychoaktywne, są takie same jak sankcje grożące za czyny, których przedmiotem są środki odurzające lub substancje psychotropowe. Od tej reguły istnieją dwa wyjątki dotyczące dwóch typów przestępstw, a mianowicie wytwarzania nowych substancji psychoaktywnych oraz ich posiadania. O ile zgodnie z art. 53 ust. 1 u.p.n. wytwarzanie, przetwarzanie albo przerabianie środków odurzających lub substancji psychotropowych albo przetwarzanie słomy makowej wbrew przepisom ustawy, zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3, to zgodnie z nowym art. 53 ust. 1a takie same czynności dotyczące nowych substancji psychoaktywnych zagrożone są karami alternatywnymi w postaci

grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 3. Różnica w zagrożeniach ustawowych dotyczy także czynów polegających na posiadaniu nielegalnych substancji psychoaktywnych. O ile w myśl art. 62 posiadanie wbrew przepisom ustawy środków odurzających lub substancji psychotropowych zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3, to zgodnie z nowym art. 62b u.p.n. taki sam czyn w przypadku nowych substancji psychoaktywnych zagrożony jest karą grzywny samoistnej.

Dodatkowo należy w tym miejscu wskazać, iż zgodnie z treścią art. 62a u.p.n. prokurator ma prawo umorzyć postępowanie przygotowawcze w sprawach o posiadanie narkotyków (art. 62 u.p.n.), jeżeli przedmiotem czynu są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, a orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości. Jest to przejaw tzw. **depenalizacji** takich form zachowań, których przedmiotem są środki odurzające lub substancje psychotropowe, które służą przede wszystkim własnej konsumpcji. Rozwiązanie to wprowadzone do polskiego prawa w roku 2010 oparte jest na założeniu, że prawo karne i represja powinny służyć przede wszystkim **zwalczaniu nielegalnej podaży narkotyków**. Natomiast jeśli chodzi o **popyt** na nie (tj. ich **używanie**), podstawowymi instrumentami powinny być działania wychowawcze, edukacyjne i profilaktyczne, a także leczenie i udzielanie stosownej pomocy. Represja może i powinna mieć w tym zakresie jedynie pomocniczy charakter i dlatego w określonych warunkach organy ścigania mogą od jej stosowania odstąpić. Nowelizacja z 20 lipca 2018 r. rozciągnęła tę regulację także na przypadki posiadania nowych substancji psychoaktywnych wbrew przepisom ustawy, co wynika z treści nowego art. 62b ust. 3 u.p.n., który przyznaje prokuratorowi identycznie sformułowane uprawnienie w odniesieniu ds.ców posiadania nowych substancji psychoaktywnych.

Przepisy u.p.n. dają także możliwość stosowania wobec użytkowników narkotyków dopuszczających się różnych przestępstw (nie tylko tych związanych z używaniem narkotyków), tzw. **alternatyw leczniczych**, tj. środków realizujących zasadę **leczyć zamiast karać,** stosowanych zamiast lub obok kar. Wyrazem tego podejścia jest przede wszystkim przepis art. 72 u.p.n., zgodnie z którym, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancji psychoaktywnych szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie przygotowawcze do czasu zakończenia leczenia. Po podjęciu postępowania prokurator, w zależności od wyniku leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym, postanawia albo o dalszym prowadzeniu postępowania (tj. w przypadku negatywnego wyniku leczenia wnosi do sądu akt oskarżenia), albo występuje do sądu z wnioskiem o zastosowanie tzw. warunkowego umorzenia postępowania (w przypadku pozytywnego wyniku). Warunkowe umorzenie postępowania (połączone zawsze z wyznaczeniem przez sąd odpowiedniego okresu próby, a ewentualnie także oddaniem sprawcy pod dozór kuratora), jest w takim wypadku swoistą „nagrodą" dla sprawcy za to, iż podjął on leczenie i ukończył je z pozytywnym wynikiem. Możliwość natomiast dalszego prowadzenia postępowania i wniesienia aktu oskarżenia jest swoistym czynnikiem motywującym do podjęcia tego leczenia i wytrwania w tym postanowieniu. Takie same możliwości posiada w oparciu o przepis art. 73 u.p.n. sąd w postępowaniu sądowym. Wreszcie art. 73a u.p.n. daje możliwość udzielenia pod pewnymi warunkami przez sąd penitencjarny skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności przerwy w odbywaniu tej kary, celem podania się leczeniu na wolności. W przypadku powodzenia sąd może warunkowo zwolnić skazanego z odbycia reszty kary, niezależnie od spełnienia przezeń innych warunków.

Przepisem mającym ułatwić stosowanie środków alternatywnych, jest przepis art. 70a u.p.n. Zgodnie z jego treścią, jeśli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie substancji psychoaktywnej, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza zebranie przez

osoby, które na zasadach wskazanych w ustawie uzyskały certyfikat specjalisty terapii uzależnień, informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Uzyskanie przez prokuratora lub sąd takich informacji na temat charakteru problemów podejrzanego z narkotykami może mieć kluczowe znaczenie dla podjęcia decyzji o zastosowaniu alternatyw leczniczych.

Mówiąc o sankcjach stosowanych za naruszenia zasad dotyczących reglamentacji obrotu substancjami kontrolowanymi na mocy przepisów u.p.n., wspomnieć jeszcze należy, iż pomimo nowelizacji z dnia 20 lipca 2018 r. i znacznego rozszerzenia przewidzianego przez ustawę zakresu kryminalizacji, sankcje karne nadal nie są w tym zakresie jedynymi przewidzianymi przez ustawę. Jak to już wspomniano wcześniej, przed dniem 21 sierpnia 2018 r. w stosunku do czynów stanowiących naruszenia całkowitego zakazu jakichkolwiek form obrotu nowymi substancjami psychoaktywnymi i środkami zastępczymi ustawa przewidywała sankcje finansowe o charakterze administracyjnym, a nie sankcje karne. Zgodnie z treścią ówczesnego art. 52a u.p.n. **wytwarzanie**, **przywóz** i **wprowadzanie** do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych zagrożone było karą pieniężną w wysokości od 20 000 zł do 1 000 000 zł, wymierzaną przez organa Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na gruncie znowelizowanych przepisów możliwość wymierzenia takiej sankcji administracyjnej odnosi się już tylko i wyłącznie do czynów, których przedmiotem są środki zastępcze. Można więc powiedzieć, że nowelizacja z lipca 2018 r. zachowała, aczkolwiek w bardzo ograniczonym zakresie dwutorowy charakter kontroli nielegalnych substancji psychoaktywnych, jaki funkcjonował na gruncie polskiego ustawodawstwa od roku 2010.

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, w ustawie o zdrowiu publicznym oraz w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020

Regulacje zawarte w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii

Do podstawowych zadań jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zakresie przeciwdziałania narkomanii należy przygotowywanie, uchwalanie i realizacja stosownych **programów przeciwdziałania narkomanii** (wojewódzkich oraz gminnych). Zgodnie z art. 9 u.p.n. **projekt wojewódzkiego programu przeciwdziałania narkomanii** (WPPN), opracowuje **organ wykonawczy samorządu województwa**, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ). WPPN stanowi część wojewódzkiej strategii w zakresie polityki społecznej i jest uchwalany przez sejmik województwa. Odpowiedzialność za przygotowanie projektu WPPN i jego realizację oraz koordynację realizacji ponosi organ wykonawczy samorządu województwa. Odpowiada on także za udzielanie pomocy merytorycznej podmiotom realizującym zadania objęte WPPN i jest zobowiązany do współdziałania w zakresie przeciwdziałania narkomanii z innymi organami administracji publicznej.

WPPN jest realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie. W celu realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii organ wykonawczy samorządu województwa może powołać specjalnego **pełnomocnika** do tych spraw, a także ma obowiązek powołania **wojewódzkiego eksperta ds. informacji o narkotykach i narkomanii**. Do zadań tego ostatniego należy zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych; prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników; gromadzenie,

przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii; formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii; gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii; gromadzenie i analiza informacji dotyczących nowo pojawiających się trendów w używaniu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych. Realizacja powyższych zadań na terenie województwa finansowana jest ze środków określonych w budżecie samorządu województwa.

Przeciwdziałanie narkomanii należy także do **zadań własnych gminy** (art. 10 u.p.n.). W tym obszarze obowiązki samorządu gminnego obejmują: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem; udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii; pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Nowelizacja z lipca 2018 r. rozbudowała i doprecyzowała treść przepisów określających pewne elementy, jakie powinien zawierać gminny program przeciwdziałania narkomanii. Zgodnie z dodanym przez tę nowelę przepisem art. 10 ust. 2a u.p.n. w gminnym programie uwzględniać należy działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną prowadzoną w szkołach i placówkach systemu oświaty, zgodnie z przepisami wspomnianego wcześniej Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii, a także diagnozę w zakresie występujących w szkołach i placówkach systemu oświaty czynników ryzyka i czynników chroniących przeprowadzaną zgodnie z przepisami tego samego rozporządzenia. Równocześnie nowy art. 10 ust. 2b u.p.n. wskazuje wyraźnie, iż w ramach gminnego programu przeciwdziałania narkomanii w szkołach i placówkach systemu oświaty w zakresie działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej realizowane powinny być w szczególności działania o potwierdzonej skuteczności lub oparte na naukowych podstawach.

W celu realizacji powyższych zadań **wójt**, **burmistrz** lub **prezydent miasta** są zobowiązani do opracowania **projektu gminnego programu przeciwdziałania narkomanii** (GPPN), który musi uwzględniać cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w NPZ. GPPN stanowi część gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych, jest uchwalany przez radę gminy, a realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie. W celu realizacji zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii wójt, burmistrz lub prezydent miasta mogą powołać stosownego **pełnomocnika**.

Poza wspomnianymi wyżej obowiązkami przygotowywania i realizacji lokalnych programów przeciwdziałania narkomanii zgodnie z art. 11 u.p.n. na jednostkach samorządu szczebla wojewódzkiego i gminnego ciążą także określone **obowiązki sprawozdawcze** względem sejmików i rad gmin, oraz względem KBPN. I tak, organ wykonawczy samorządu województwa i gminy ma obowiązek regularnego sporządzania raportu z wykonania w danym roku odpowiednio WPPN i GPPN oraz efektów ich realizacji. Raporty takie przedkładane są odpowiednio sejmikowi województwa lub radzie gminy, w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport. Równocześnie organ wykonawczy samorządu województwa i gminy sporządza, na podstawie opracowanej przez KBPN ankiety, informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku,

a wynikających z WPPN i GPPN, i przesyła ją do KBPN, w terminie do dnia 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

Regulacje zawarte w ustawie o zdrowiu publicznym

Cały szereg kwestii związanych z zadaniami i obowiązkami JST w zakresie przeciwdziałania narkomanii jest uregulowanych w **ustawie o zdrowiu publicznym** (u.z.p.) z dnia 11 września 2015 r. (tekst jednolity Dz.U.2017.2237 z późniejszymi zmianami), która określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z obszaru zdrowia publicznego.

Wśród zadań z zakresu zdrowia publicznego przepisy ustawy wymieniają: monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa i zagrożeń zdrowia; edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych; promocję zdrowia; profilaktykę chorób; rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i szkód dla zdrowia; analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego; rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego; ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; działania w obszarze aktywności fizycznej. Oczywiście cały szereg działań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii mieści się w powyższych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

Podstawowym dokumentem służącym realizacji zadań w obszarze zdrowia publicznego, a tym samym także przeciwdziałania narkomanii, jest **Narodowy Program Zdrowia**, tworzony na podstawie przepisu art. 9 u.z.p. Jest to dokument tworzony w celu realizacji polityki zdrowia publicznego. Opiera się on na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów wymienionych w ustawie i jest ogłaszany w formie załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów. Zgodnie z przepisami u.z.p. Narodowy Program Zdrowia obejmuje przede wszystkim **cel strategiczny** ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Ponadto wskazuje on cały szereg **celów operacyjnych**, które mają służyć realizacji celu strategicznego, a ukierunkowane są na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia, a także **zadania** służące realizacji celów operacyjnych, **podmioty** odpowiedzialne za realizację zadań, **realizatorów** zadań, tryb i wysokość **finansowania** zadań oraz wskaźniki i sposób **monitorowania i ewaluacji** NPZ. Aktualnie obowiązuje **Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020**, zawarty w **Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020**, z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz.U.2016.1492).

Zadania zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020

Aktualnie obowiązujący NPZ jako cel strategiczny na lata 2016–2020 wskazuje wydłużenie życia w zdrowiu, poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Cele operacyjne, służące realizacji tak rozumianego celu strategicznego, obejmują: poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, **profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,** uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi, profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa, ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych, promocję zdrowego i aktywnego starzenia się, oraz poprawę zdrowia prokreacyjnego. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, tj. środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych, ale także alkoholu oraz tytoniu i wyrobów tytoniowych, stanowi więc explicite wymieniony cel operacyjny aktualnego NPZ.

Zadania służące realizacji powyższego celu operacyjnego określone są w rozdziale VI aktualnie obowiązującego NPZ, który nosi tytuł ***Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego nr 2 w postaci profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi***. Obejmuje on dwie części relewantne z punktu widzenia poruszanej w niniejszym opracowaniu problematyki przeciwdziałania narkomanii. W pierwszej znajdują się definicje podstawowych pojęć istotnych dla realizacji celu operacyjnego nr 2, takich jak: profilaktyka uniwersalna, profilaktyka selektywna, profilaktyka wskazująca, ryzykowne spożywanie alkoholu, szkodliwe picie alkoholu, Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych lub *Fetal Alcohol Spectrum Disorde*r (FASD), wczesne rozpoznanie i krótka interwencja, leczenie uzależnienia, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, używanie szkodliwe, system rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego oraz uzależnienie behawioralne. Wiele spośród nich odnosi się bezpośrednio do kwestii związanych z profilaktyką problemów stwarzanych przez nielegalne substancje psychoaktywne.

Część druga rozdziału VI. NPZ zawiera **Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii** (KPPN), tj. mieszczące się w jego ramach zadania do realizacji w latach 2016–2020. Obejmują one: zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych; rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii; profilaktykę; redukcję szkód, rehabilitację i reintegrację społeczną, oraz monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych. W ramach każdego z tych zadań ogólnych NPZ przewiduje cały szereg zadań szczegółowych, którym towarzyszy równocześnie wskazanie podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację. W przypadku większości z tych zadań chodzi o bardzo wiele podmiotów, mających zróżnicowany charakter, takich jak różne ministerstwa (MZ i KBPN, MSWiA, MS, MON, MEN, MNiSW), naczelne organa administracji państwowej i inne agendy państwowe (GIS, PIS, KRRiT), służby mundurowe (Policja, SC, SG, ŻW), instytuty badawcze (IES, IMP, IPiN). Wśród podmiotów odpowiedzialnych za realizację całego szeregu szczegółowych zadań z zakresu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii wymieniane są także jednostki samorządu terytorialnego (JST). Poniżej zostaną wskazane te spośród zadań szczegółowych wyznaczanych przez NPZ, w przypadku których jako podmioty odpowiedzialne za ich realizację (najczęściej obok całego szeregu innych podmiotów), wymieniane są właśnie JST.

W ramach zadania obejmującego działania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych (pkt 2.1) i związanych z tym działań informacyjnych i edukacyjnych mowa jest m.in. o **działaniach informacyjnych i edukacyjnych** (pkt 2.1.1) obejmujących **edukację zdrowotną** (pkt 2.1.1.1). Ten ostatni obszar działalności zawiera także zadania, które mają realizować JST. Chodzi tutaj o **prowadzenie działań edukacyjnych**, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia (pkt 2.1.1.1.1.b), oraz o **działania informacyjne i edukacyjne** w postaci upowszechniania informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie (pkt 2.1.1.2). Wśród podmiotów odpowiedzialnych za realizację tych zadań wymienione są m.in. JST, a więc powinny one być uwzględniane w WPPN i GPPN.

W ramach punktu 2.2 dotyczącego **rozwoju kadr** uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, wymienione jest m.in. zadanie w postaci prowadzenia doskonalenia kompetencji osób pracujących

z dziećmi i młodzieżą w zakresie wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych, a także umiejętności i podejmowania interwencji profilaktycznej. Mowa jest również o szkoleniu grup zawodowych, w szczególności takich jak lekarze psychiatrzy, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych, jak również o prowadzeniu działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, kierowanych w szczególności do przedstawicieli organizacji pozarządowych i JST. Znowu wśród podmiotów odpowiedzialnych KPPN wymienia w tym wypadku JST, a więc zadania w tym zakresie powinny być uwzględniane w WPPN i GPPN.

Punkt 2.3 KPPN dotyczy zadań w zakresie profilaktyki, tak uniwersalnej, jak i selektywnej. JST figurują, jako podmioty odpowiedzialne za realizację takich zadań w zakresie **profilaktyki uniwersalnej**, jak poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, oraz osób dorosłych, w tym programów profilaktyki, które biorą pod uwagę wspólne czynniki chroniące i czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego (punkt 2.3.1.1), oraz poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, a sprzyjających kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży (punkt 2.3.1.2), które powinny być uwzględniane w ramach WPPN i GPPN.

Natomiast w zakresie **profilaktyki selektywnej** KPPN powierza m.in. JST realizację takich zadań szczegółowych, jak poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, jak np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby (punkt 2.3.2.1), oraz poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny (punkt 2.3.2.2).

JST są wymienione także jako jeden z podmiotów odpowiedzialnych za realizację punktu 2.3.4 KPPN w postaci **ewaluacji zadań oraz aktualizacji i upowszechniania standardów profilaktyki**, w tym upowszechnianie standardów jakości w zakresie profilaktyki narkomanii (punkt 2.3.4.1).

JST figurują również jako podmioty odpowiedzialne za realizację całego szeregu zadań szczegółowych w ramach zadań związanych z **redukcją szkód, rehabilitacją i reintegracją społeczną** (punkt 2.4 KPPN). Wskazać tutaj należy przede wszystkim zwiększanie dostępności opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych (punkt 2.4.1), a w ramach tego zadania wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom

przenoszonym drogą krwi – HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych, takich jak HIV, HBV i HCV (punkt 2.4.1.1), rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu (punkt 2.4.1.2), rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych (punkt 2.4.1.4), wspieranie programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych (punkt 2.4.1.6) oraz zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia (punkt 2.4.1.7). Również i te zadania powinny być więc uwzględniane w ramach WPPN i GPPN. Warto przy tym podkreślić, że w przypadku ostatniego z tych zadań (punkt.2.4.1.7) JST są wyłącznymi podmiotami odpowiedzialnymi za jego realizację.

JST są wreszcie podmiotami odpowiedzialnymi za realizację szeregu zadań w ramach punktu 2.5 KPPN w postaci **monitorowania sytuacji epidemiologicznej** w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych. W jego ramach KPPN wskazuje JST jako podmioty potencjalnego realizatora badań ilościowych w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej (m.in. takich jak ESPAD i „Młodzież"), prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii EMCDDA (punkt 2.5.2), analizę danych na temat aktywności JST w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i nowe substancje psychoaktywne (punkt 2.5.9) oraz rozwój i konsolidację monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych (punkt 2.5.11).

Reasumując, powiedzieć można, iż jednostki samorządu terytorialnego odgrywają istotną rolę w realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii, inicjując i realizując w tym zakresie stosowne działania na szczeblu lokalnym, jak i będąc realizatorem wielu zadań przewidzianych w tym zakresie w Narodowym Programie Zdrowia. Jednostki samorządu terytorialnego są odpowiedzialne za realizację powierzonych im szczegółowych zadań we wszystkich obszarach przeciwdziałania narkomanii wymienionych w rozdziale VI, punkt 2 Narodowego Programu Zdrowia, tj. Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Takie zadania powierzone jednostkom samorządu terytorialnego, a szczegółowo wymienione wcześniej, dotyczą realizacji zadań informacyjnych i edukacyjnych, rozwoju kadr, profilaktyki uniwersalnej i selektywnej, ewaluacji zadań oraz aktualizacji i upowszechniania standardów profilaktyki, redukcji szkód oraz rehabilitacji i reintegracji społecznej osób uzależnionych, i wreszcie monitorowania sytuacji epidemiologicznej.

ZLECANIE ZADAŃ Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Sławomir Pietrzak

Przekazywanie publicznych środków finansowych na realizację zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom musi się odbywać w sposób transparentny i nie budzący żadnych wątpliwości. Jednym z takich sposobów przekazywania środków finansowych na realizację zadań jest procedura otwartego konkursu ofert.

2 grudnia 2015 r. weszła w życie Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym[2]. Zmienia ona istotnie sposób zlecania większości zadań z zakresu profilaktyki uzależnień oraz innych zadań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom od substancji psychoaktywnych przez jednostki samorządu terytorialnego. Co jednak jest bardzo ważne, ustawa ta dotyczy jedynie zadań z zakresu zdrowia publicznego (w szczególności zapisanych w Narodowym Programie Zdrowia). Oznacza to więc, że zadania, które zostały zapisane w Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii, a które nie są zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, mogą być realizowane na podstawie innych ustaw, które będą omówione w dalszej części rozdziału.

Artykuł 13 ustawy o zdrowiu publicznym określa, że zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji: ministra właściwego ds. zdrowia, innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej oraz agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Artykuł 14 ustawy określa sposób przekazywania środków finansowych realizatorom działań: *Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta*. Zgodnie z ustawą możliwe jest przekazanie środków realizatorowi zadania z pominięciem konkursu ofert, ale jedynie w przypadku, gdy w Narodowym Programie Zdrowia określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków.

Zapisy art. 14 oznaczają, że do ogłaszanego przez jednostkę samorządu terytorialnego konkursu mogą się zgłaszać, zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy, podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w ustawie, w tym organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze, osoby prawne, a także osoby fizyczne.

Istotne dla samorządów zapisy zawiera również ust. 4 art. 14, mówiący o tym, że: *Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych*[3] *oraz przepisów o prowadzeniu działalności*

[2] Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916).

[3] Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2164).

pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie[4].

Ustawa o zdrowiu publicznym nie wyklucza jednak możliwości stosowania innych niż wymienione wyżej ustaw przy zlecaniu zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom. Ustawą, z której w szczególności mogą korzystać jednostki samorządu terytorialnego, jest ustawa o działalności leczniczej[5], której art. 38 ust. 2 wskazuje, że jednostka samorządu terytorialnego może nałożyć na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka, lub samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub samorządową jednostką budżetową, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym, obowiązek wykonania określonego zadania. Takim zadaniem może być na przykład realizacja programu promocji zdrowia lub profilaktyki chorób.

Podstawowym trybem zlecania zadań według ustawy jest tryb konkursowy. Tak jak wspomniano wcześniej, możliwe jest również przekazanie środków realizatorowi zadania z pominięciem konkursu ofert, ale jedynie w przypadku, gdy w Narodowym Programie Zdrowia określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków.

W ogłoszeniu o konkursie ofert jednostki samorządu terytorialnego muszą dokładnie określić nazwę zadania będącego przedmiotem konkursu ofert; wysokość środków przeznaczonych na jego realizację; terminy i warunki realizacji zadania; kryteria oceny ofert; miejsce i termin składania ofert; termin rozstrzygnięcia konkursu ofert; termin i sposób ogłoszenia wyników konkursu ofert; sposób odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu ofert; poziom i sposób obliczania minimalnego współfinansowania zadania przez podmiot ogłaszający konkurs, jeżeli współfinansowanie zadania jest warunkiem otrzymania środków; wykaz dokumentów, które należy dołączyć do oferty; informację o możliwości odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert oraz możliwości przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert oraz sposób złożenia oferty i dodatkowych dokumentów. W konkursie ofert można zamieścić także opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert oraz sposób i terminy przekazania środków na rzecz realizatorów zadań.

Zapisy ustawy pozostawiają znaczną swobodę dysponentom w zakresie ustalania warunków konkursu. Między innymi nie określają, jak długo może być realizowane zadanie, jednakże analiza zapisów projektu Narodowego Programu Zdrowia wskazuje, że zadania winny być realizowane w sposób ciągły przez okres realizacji Programu. Wydaje się więc, że maksymalny czas realizacji zadania, na którego realizację ogłaszany jest konkurs, nie może przekroczyć daty końcowej obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia.

Zapisy ustawy nie precyzują jednakże wszystkich istotnych z punktu widzenia jednostek samorządu terytorialnego elementów procesu zlecania zadań z zakresu zdrowia publicznego. W ustawie brak jest zapisów dotyczących minimalnego czasu publikacji ogłoszenia konkursowego w Biuletynie Informacji Publicznej, co może (ale nie musi) ograniczać dostępność ogłoszenia dla potencjalnych oferentów. Brak jest również zapisów dotyczących obowiązku składania przez realizatorów zadań sprawozdań z realizacji umowy. Jest to o tyle istotne, że art. 17 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje, że do środków przekazywanych na podstawie umowy, w zakresie nieuregulowanym w ustawie, stosuje się przepisy o finansach publicznych dotyczące dotacji, co implikuje konieczność precyzyjnego rozliczenia przekazanych środków.

---

[4] Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2016 r. poz. 239 z późn. zm.).

[5] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).

Ustawodawca nie wskazał również rozwiązania polegającego na określeniu w przepisach wykonawczych (np. w rozporządzeniu ministra zdrowia) ramowego wzoru umowy i sprawozdania, tak jak miało to miejsce np. w przepisach wykonawczych do ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z czym pozostawił dysponentom środków dużą dowolność w zakresie formy umowy zawieranej z wykonawcami umowy.

W związku z powyższym wydaje się, że w ogłoszeniu konkursowym dysponenci środków powinni zamieszczać informację o konieczności złożenia przez realizatora zadania sprawozdania z jego wykonania (zapis taki winien znaleźć się również w zawartej umowie). Wskazane byłoby również zamieszczanie (np. jako załączników do ogłoszenia) wzoru umowy oraz sprawozdania.

Jak wspomniano wcześniej, część zadań zapisanych w Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii, nie jest zadaniami z zakresu zdrowia publicznego. Do tych zadań stosuje się dotychczasowe przepisy, w tym między innymi prawo zamówień publicznych i ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Powyższe ustawy zakładają transparentność procesu wyłaniania wykonawców poszczególnych zadań. Szersze omówienie powyższych trybów znaleźć można w wielu publikacjach, m.in. na stronach Urzędu Zamówień Publicznych (https://www.uzp.gov.pl/baza-wiedzy/interpretacja-przepisow) oraz na stronach dotyczących współpracy z organizacjami pozarządowymi (m.in. www.ekonomiaspoleczna.gov.pl, www.spoleczenstwo-obywatelskie.gov.pl, www.ngo.pl i in.).

Jednostki samorządu terytorialnego, zlecając realizację zadań, muszą przede wszystkim określić, czy dane działanie stanowi zadanie z zakresu zdrowia publicznego, czy też jest zadaniem innego rodzaju. Jeśli tak, wtedy jedynym sposobem powierzenia realizacji tego zadania jest ogłoszenie konkursu w trybie określonym w ustawie o zdrowiu publicznym. Jeśli natomiast jest to zadanie innego rodzaju, osoba odpowiedzialna za jego realizację (wdrożenie) jest zobowiązana dokonać wyboru trybu zlecenia realizacji danego zadania. Istotne jest jednak przede wszystkim to, aby realizatorzy zadań wybierani byli w sposób bezstronny i transparentny, z zachowaniem procedur zapewniających prawidłowe wykorzystanie środków publicznych.

PROFILAKTYKA UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek

Wprowadzenie

Niniejszy rozdział jest zaledwie krótkim wprowadzeniem do tematu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Znacznie pełniejszą prezentację tematu zawiera podręcznik Europejskiego Szkolenia Profilaktycznego (EUPC, czyli *European Prevention Curriculum*) pt. „Wprowadzenie do Europejskiego Szkolenia Profilaktycznego" (Warszawa, 2018). Podręcznik ten jest udostępniany uczestnikom szkoleń dla przedstawicieli samorządów lokalnych realizowanych w ramach projektu „Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd" dzięki życzliwości międzynarodowego zespołu, koordynowanego przez University College Gent (HoGent, Belgia), który opracował program EUPC. Zespół ten dostrzegł szansę upowszechnienia międzynarodowego programu kształcenia specjalistów ds. profilaktyki w Polsce poprzez projekt „Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd". Z kolei koordynatorzy tego projektu docenili program EUPC, który stwarza możliwość kształcenia polskich specjalistów na poziomie uznawanym w całej Europie.

Europejskie Szkolenie Profilaktyczne (EUPC) jest przeznaczone dla osób:

- bezpośrednio decydujących o podejmowaniu i realizacji działań profilaktycznych,
- opiniotwórczych,
- liderów mających wpływ na kształt polityki (z zakresu zdrowia publicznego) na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym.

Składa się ono z dwóch modułów: podstawowego (12 godzin) oraz zaawansowanego (18 godzin) i jest realizowane w blokach dwu- i trzydniowym. W ramach projektu „Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd" **realizowane są szkolenia podstawowe EUPC. Udział w tych szkolenia otwiera drogę do odbycia pełnego cyklu szkoleniowego oraz zdania egzaminu i uzyskania certyfikatu potwierdzającego kwalifikacje w zakresie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych.**

Ponieważ kwestie ogólne związane z profilaktyką opartą na dowodach naukowych są szczegółowo omówione w podręczniku EUPC, w poniższym tekście skoncentrujemy się na kilku, naszym zdaniem kluczowych, kwestiach związanych z tym tematem. Więcej uwagi poświęcimy też sytuacji w Polsce w dziedzinie ograniczania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Aktualny stan wiedzy na temat problemu używania substancji psychoaktywnych w Polsce

Korzystając z wyników i opracowań wielu badań realizowanych w ostatnich latach, możemy odtworzyć aktualny obraz używania substancji psychoaktywnych w Polsce. Grupą społeczną, której poświęca się najwięcej uwagi w badaniach, są dzieci i młodzież w wieku szkolnym. Mniej jest wyników obejmujących młodych dorosłych

i dorosłych. Natomiast z perspektywy planowania działań profilaktycznych, wszelkie dane epidemiologiczne są bezcenne, ponieważ pomagają:

- zrozumieć, w jaki sposób zachowania związane ze zdrowiem są rozproszone w populacji,
- zidentyfikować nowe przypadki problemów zdrowotnych i te osoby, które regularnie wykazują zachowania ryzykowne,
- zrozumieć uwarunkowania zachowań zdrowotnych,
- opracować system monitorowania sytuacji i badań oceniających skuteczność realizowanych działań profilaktycznych.

Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież

Najwięcej środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne jest kierowanych na działania obejmujące uczniów, stąd także więcej badań dzieci i młodzieży. Głównym celem większości badań jest oszacowanie wielkości zjawiska używania substancji psychoaktywnych zarówno legalnych, takich jak alkohol, tytoń, leki psychoaktywne, jak i nielegalnych narkotyków, a także próba uchwycenia zmian występowania zjawiska w czasie.

Zwykle w badaniach epidemiologicznych opisywanych jest kilka wskaźników:

1. występowanie zjawiska – czyli odpowiedź na pytanie o używanie substancji psychoaktywnej kiedykolwiek w życiu,
2. eksperymentowanie – o którym świadczy używanie w ostatnim roku (12 miesięcy przed badaniem),
3. częste (regularne) używanie substancji – mierzone pytaniami o używanie w czasie 30 dni przed badaniem,
4. używanie problemowe – codzienne.

W Polsce najpowszechniej używaną przez dzieci i młodzież substancją psychoaktywną jest alkohol[6]. Wśród uczniów klas trzecich gimnazjum (tj. młodzież w wieku 15-16 lat) 83,8%, a wśród uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (czyli 17-18-latków) 95,8% ma za sobą doświadczenie picia alkoholu. Legalnie dostępny artykuł, którego sprzedaż osobom poniżej 18. roku życia jest zabroniona, jest najpopularniejszą substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej. Pomimo ograniczeń w sprzedaży, w ocenie badanych uczniów jest on bardzo łatwo dostępny. Niemal połowa (47,6%) uczniów klas trzecich gimnazjum nie ma problemów z kupieniem piwa. Podobnie 36,6% nie miało problemów z kupieniem wina, a 34,2% wódki. Za niemożliwe do kupienia jedynie 4,5% badanych wskazało piwo, 6,9% wino i 9% wódkę, co wskazuje na duże przyzwolenie dorosłych na zakup alkoholu przez osoby niepełnoletnie.

Często, czyli w okresie 30 dni przed badaniem, alkohol piło 48,6% uczniów z młodszej grupy wiekowej oraz 82,3% uczniów z grupy starszej. Podobnie jak w przypadku pierwszych doświadczeń z piciem alkoholu, najpopularniejszym alkoholem w obu grupach wiekowych jest piwo, następnie wódka, a najmniej popularne jest wino. W ciągu 30 dni przed badaniem piwo piło 51,3% gimnazjalistów i 78,9% uczniów klas starszych. Wódkę pił co trzeci badany gimnazjalista i 65,2% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Najmniej popularny rodzaj alkoholu wśród młodzieży – wino, wskazało 21,1% uczniów klas młodszych i 37,7% uczniów klas starszych.

Co ciekawe, odsetki pijących alkohol chłopców i dziewcząt są dość wyrównane. W badanych klasach gimnazjalnych alkohol piło 47% dziewcząt i 50,2% chłopców. W klasach ze szkół ponadgimnazjalnych było to 83% chłopców i 81,7% dziewcząt.

[6] Raport z badania „European School Survey Project on Alcohol and Drugs" ESPAD 2015. Badania ankietowe na reprezentatywnej próbie uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) w Polsce, http://www.cinn.gov.pl.

Drugą najpopularniejszą substancją psychoaktywną wśród młodzieży jest tytoń. Na doświadczenie w paleniu tytoniu wskazuje 56,3% uczniów klas trzecich gimnazjum i 71,5% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Natomiast do częstego używania tytoniu przyznaje się 26,4% młodszych badanych i 41,7% badanych ze starszej grupy. Najwięcej, bo 7,9% spośród palących w pierwszej grupie badanych przyznało, że pali mniej niż jednego papierosa na tydzień. Bardzo podobny odsetek uczniów (7,7%) z tej grupy przyznał, że pali od 1 do 5 papierosów dziennie. W klasach starszych 11,7% pali od 1 do 5 papierosów dziennie, a 10,4% mniej niż jednego papierosa na tydzień. Z wiekiem zmieniają się proporcje chłopców i dziewcząt palących papierosy. O ile w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem w klasach trzecich gimnazjalnych tytoń palio 26,4% chłopców i 26,3% dziewcząt, to w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych odsetek palących chłopców wynosi 43,2% i jest wyższy niż odsetek palących dziewcząt o 2,7 punkta procentowego.

Młodzi ludzie nie mają też problemów z zakupem tytoniu. Wskazują, że jest on łatwo dostępny zarówno dla uczniów z klas trzecich gimnazjów (43,1%), jak i uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (69,4%).

Przyglądając się rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych wśród uczniów klas trzecich gimnazjów i klas drugich szkół ponadgimnazjalnych pytano także o narkotyki i leki. Pierwsze eksperymenty z narkotykami ma za sobą 25% uczniów klas trzecich gimnazjum i 43% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Substancjami psychoaktywnymi, na używanie których wskazują badani uczniowie najczęściej, są marihuana i haszysz. Są to substancje nielegalne, których produkcja i obrót są zabronione przez prawo. Uczniowie klas trzecich gimnazjum eksperymentują również z innymi substancjami psychoaktywnymi, takimi jak LSD (5,5%), amfetamina (5,3%), kokaina (4,4%). Uczniowie klas drugich szkół ponadgimnazjalnych, którzy deklarują używanie amfetaminy stanowią 7,1% populacji, LSD – 5,2%, kokainy – 4,3%. Warto zwrócić uwagę na popularność substancji wziewnych. Wśród gimnazjalistów wskazuje na nie 11,2% uczniów, a wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych 7,6%. Również w tym obszarze można zauważyć związek pomiędzy eksperymentalnym używaniem substancji psychoaktywnych a płcią. Na obu poziomach nauczania częściej deklarują podejmowanie prób używania różnych substancji psychoaktywnych chłopcy niż dziewczęta.

Okazjonalne używanie dotyczy także innych substancji, do których dostęp jest legalny. Leki uspokajające i nasenne wydawane bez recepty brało 17% uczniów z młodszej grupy badanej i 17,9% ze starszej. Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się przyjmowało 7,4% z pierwszej grupy i 6,7% z grupy drugiej. Dziewczynki zdecydowanie częściej niż chłopcy eksperymentują z lekami nasennymi i uspokajającymi.

W innym badaniu[7] pytano uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, czy w ich środowisku, wśród znajomych koleżanek/kolegów jest ktoś, kto zażywa narkotyki. Nieco ponad połowa (51%) wskazała, że nie zna takich osób, a 27% odpowiedziało, że zna jedną lub dwie osoby, natomiast 23% zna kilka osób. Uczniów pytano także o dostępność narkotyków. Czy wiedzą, gdzie można kupić narkotyki, czy można je kupić w szkole, czy wiedzą, od kogo możne je kupić i jak oceniają stopień trudności z kupieniem narkotyków.

Niemal połowa badanych (47%) nie zna nikogo i nie wie, gdzie można kupić narkotyki. Nie ma takiej wiedzy, ale szybko może się dowiedzieć 22% badanych. Co czwarty potrafi wskazać jedną lub dwie osoby lub miejsca, w których można kupić narkotyki. Wskaźnikiem mniej podatnym na różne zakłócenia i lepiej oddającym dostępność substancji psychoaktywnych jest odpowiedź na pytanie, czy badani otrzymywali propozycje kupienia takich substancji. Ponad 60% badanych uczniów stwierdziło, że nigdy nie otrzymali takiej propozycji. Kilka razy taką propozycję otrzymało 21% z nich, a 7% otrzymało jeden raz. Często propozycje kupna substancji psychoaktywnych otrzymuje 8% badanych. Najczęściej oferowanym nielegalnym środkiem psychoaktywnym jest marihuana lub haszysz. Wskazywało na nie 37% badanych.

[7] Badanie „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – Młodzież 2016", na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, CBOS 2016.

Brak wiedzy na temat możliwości zakupu narkotyków w szkole deklaruje 60% badanych uczniów. Wie o takiej możliwości 7% z nich, a 30% ma trudności z jednoznacznym wskazaniem odpowiedzi.

W czasie 12 miesięcy poprzedzających badanie 19,2% uczniów z badanych klas gimnazjalnych i 31,5% z klas szkół ponadgimnazjalnych deklarowało używanie marihuany lub haszyszu. W młodszych klasach na kolejnym drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia były substancje wziewne, na które wskazało 5,9% uczniów, a 3,7% wymieniło amfetaminę. W klasach starszych 4,2% uczniów wskazywało amfetaminę. Pozostałe substancje, takie jak ecstasy, metamfetamina, kokaina, uzyskały około 2,5% wskazań.

Do używania marihuany lub haszyszu w ostatnim roku przyznało się 22,4% chłopców i 16,0% dziewcząt z badanych klas gimnazjalnych oraz 37,3% chłopców i 26,3% dziewcząt z klas szkół ponadgimnazjalnych. W klasach starszych zarówno wśród chłopców (5,1%), jak i wśród dziewcząt (3,4%) na kolejnym miejscu wskazywana jest amfetamina. W klasach młodszych zarówno chłopcy (6,1%), jak i dziewczynki (5,6%) częściej wskazywali na substancje wziewne.

Regularne używanie substancji psychoaktywnych rozumiane jako używanie w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem obejmuje 10,3% uczniów klas trzecich gimnazjów i 15,4% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Substancją najczęściej przez nich używaną są marihuana i haszysz. Podobnie, jak poprzednio, występuje tu związek pomiędzy używaniem a płcią. Używanie marihuany lub haszyszu deklaruje 12,8% chłopców z klas trzecich gimnazjum i 7,7% dziewcząt oraz 20,9% chłopców ze starszych badanych klas i 10,6% dziewcząt. Jak widać, co dziesiąta dziewczyna i co piąty chłopiec ze szkół ponadgimnazjalnych używają przetworów konopi indyjskich w sposób wskazujący na ryzyko wystąpienia poważnych negatywnych konsekwencji w wielu obszarach życia. Znalazło to potwierdzenie w wynikach testu przesiewowego dotyczącego problemowego używania marihuany. Pozytywny wynik uzyskało 7,0% badanych uczniów z gimnazjum i 7,6% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych. Chłopcy znacznie częściej uzyskiwali wynik wskazujący na problemowe używanie marihuany. W klasach trzecich gimnazjalnych było ich 8,8%, a w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych 11,2%, podczas gdy dziewcząt było odpowiednio 5,1% i 4,4%.

Duże wyzwanie dla instytucji monitorujących oraz dla profilaktyki stanowi dostępność i używanie nowych substancji psychoaktywnych[8] (NSP), tzw. dopalaczy. Ich działanie jest zbliżone do nielegalnych substancji psychoaktywnych objętych kontrolą prawną. Struktura chemiczna tych substancji jest podobna do nielegalnych odpowiedników, co sprawia, że formalnie nie można uznać ich za nielegalne. Są one dostępne i najczęściej sprzedawane za pośrednictwem sklepów internetowych i stacjonarnych, a także poprzez dilerów. Zazwyczaj są one opisane jako produkty nieprzydatne do spożycia, co bardzo utrudnia możliwość kontrolowania ich sprzedaży. Często zdarza się, że pod jedną nazwą rynkową kryją się substancje o różnej zawartości czynnego składnika lub o różnym składzie substancji czynnych. Brak wiedzy dotyczący składu substancji stanowi ogromne zagrożenie dla użytkowników substancji, jak i wyzwanie dla służb odpowiedzialnych za kontrolę obrotu tymi substancjami. Rozwijający się rynek bardzo szybko uwzględnia zmiany wynikające z objęcia zakazem kolejnych substancji, zastępując je nowymi.

W ostatnich latach w grupie osób używających NSP obserwowano duże zainteresowanie środkami z dwóch grup: syntetycznych kannabinoidów i stymulatorów. Wśród użytkowników obserwuje się potrzebę eksperymentowania z coraz większą liczbą różnorodnych substancji. Poszukiwanie i potrzeba nowych doznań zaspokajana poprzez przyjmowanie nowych substancji i eksperymentowanie związane z ich składem i wielkością dawek nie idzie w parze z wiedzą użytkowników na temat samych substancji. Przyjmując substancje, nie mają oni często dużej wiedzy na ich temat. Wiedza większości użytkowników ogranicza się do nazwy

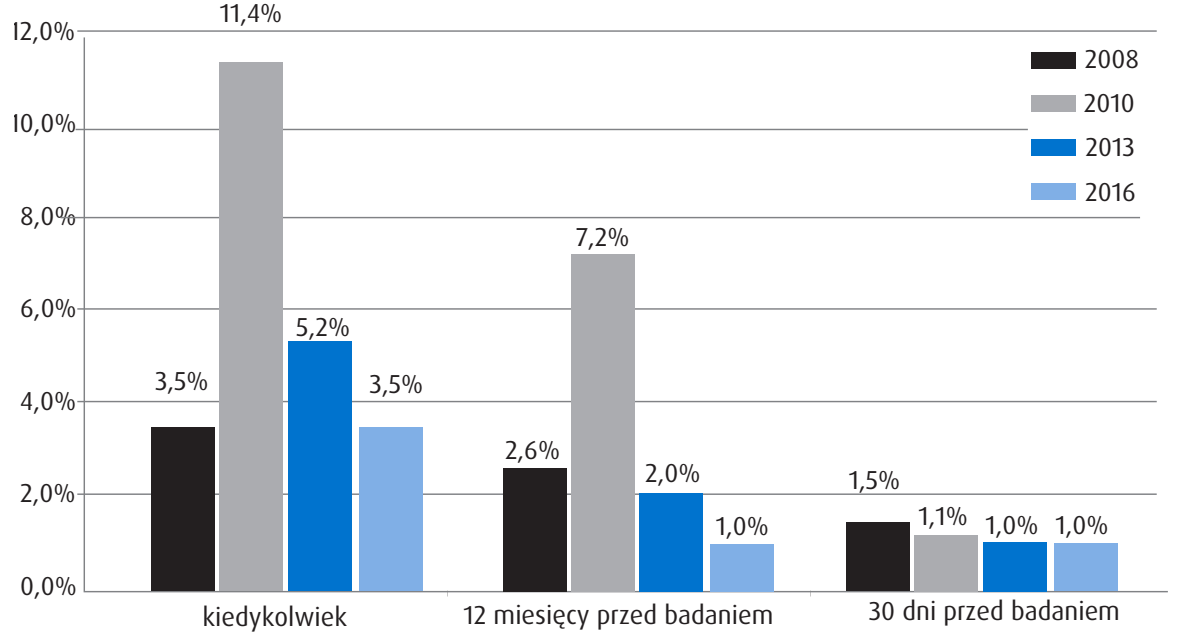
[8] Nowa substancja psychoaktywna – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy (Dz.U. z 2015 r. poz. 875).

handlowej (marketingowej) substancji. Ta nieznajomość może mieć poważne konsekwencje w sytuacji, gdy osoba, która trafia do szpitala z powodu zatrucia, nie może liczyć na odpowiednią pomoc ze strony lekarzy. Skuteczna pomoc zależy m.in. od wiedzy na temat składu substancji i efektów jej działania. Jej brak i czas potrzebny na otrzymanie wyników badań dotyczących zawartości substancji sprawia, że udzielana pomoc bazuje często na domniemaniach i intuicji lekarzy. W roku 2015 odnotowano 7284, a w 2016 roku 4369 interwencji medycznych prawdopodobnie związanych z przyjmowaniem nowych substancji psychoaktywnych. Te dane jednak nie powinny nas uspokajać. Zestawienie liczby interwencji lekarskich z powodu zatruć NSP z wiedzą o tym, że odsetek użytkowników nowych substancji psychoaktywnych jest obecnie najniższy od lat[9] (wykres 1), wskazuje, że NSP są z roku na rok bardziej niebezpieczne dla zdrowia.

Odsetek młodzieży szkolonej z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, która eksperymentowała z używaniem dopalaczy, wynosi 3,5%. Do grupy użytkowników, tj. uczniów, którzy zadeklarowali używanie dopalaczy w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, należy 1%. Podobnie 1% stanowią uczniowie, którzy zażywali „dopalacze" w ciągu 30 dni przed badaniem. Częściej sięgają po nie chłopcy (5%) niż dziewczęta (3%). Najwyższe wskaźniki użytkowników odnotowano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych (6%) z dużych miast powyżej 500 tys. mieszkańców (6%). Wyniki wskazują, że z większym prawdopodobieństwem sięgną po „dopalacze" osoby określające swoją sytuację jako złą (9%), niż osoby oceniające swoją sytuację jako dobrą (3%).

Badania ESPAD wskazują, że rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej pozostaje na stabilnym poziomie. Do używania kiedykolwiek w życiu przyznało się 10,3% uczniów z klas trzecich gimnazjów i 12,6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. W grupie uczniów młodszych wskaźnik ten wynosi 7%, a w grupie uczniów starszych 6%. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem zażywało je odpowiednio nieco ponad 4% gimnazjalistów i 3% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Podobnie jak w przypadku użytkowników większości substancji psychoaktywnych tak i w tym przypadku wyższe odsetki użytkowników obserwuje się w grupie chłopców. Dotyczy to wartości wszystkich wskaźników: kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy przed badaniem, ostatnie 30 dni przed badaniem.

Wykres 1. Używanie NSP wśród uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (%).



[9] Badanie „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież - Młodzież 2016", na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, CBOS 2016.

Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych

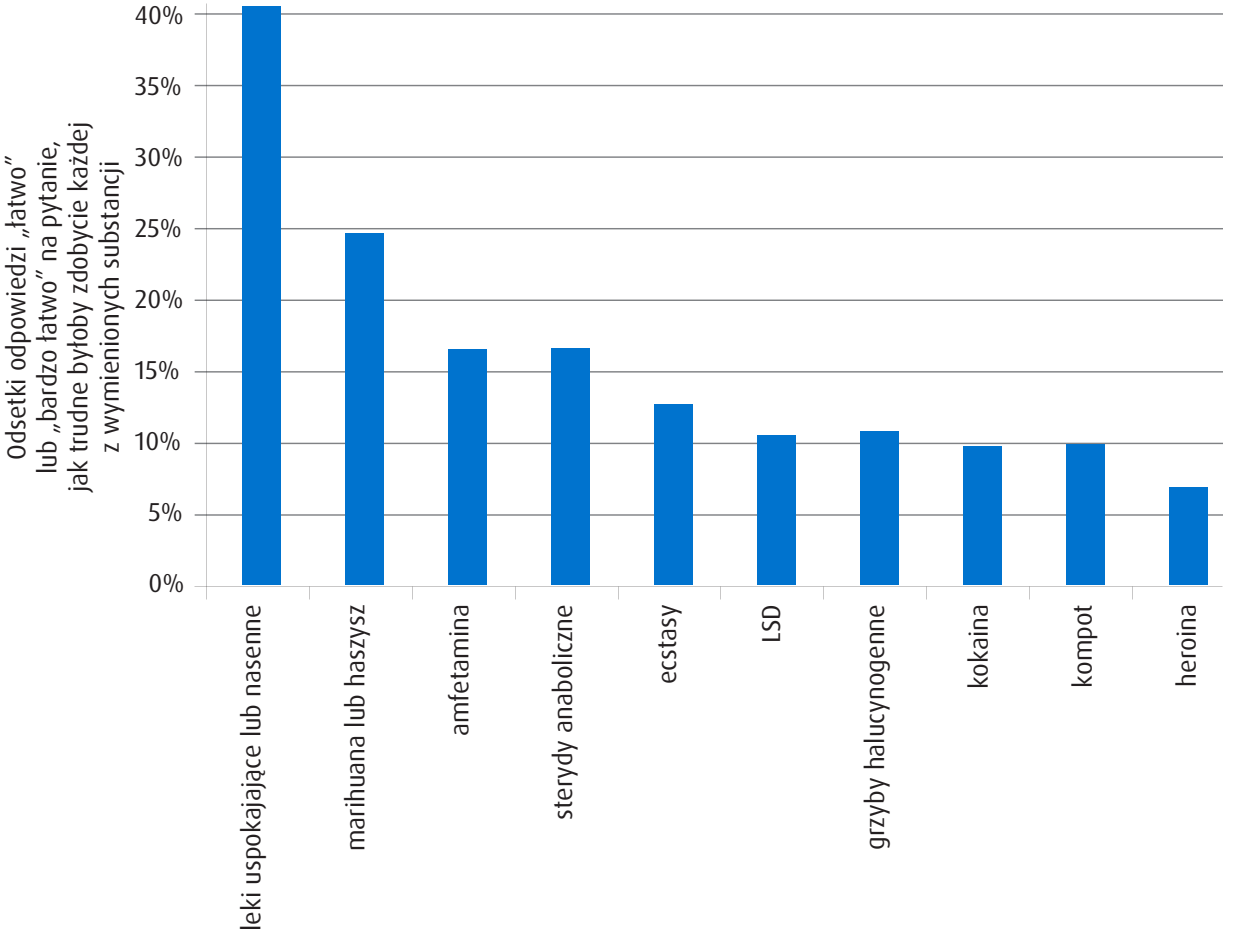
Dostęp do substancji psychoaktywnych w ocenie dorosłych mieszkańców Polski jest bardzo duża.

Najpopularniejszym środkiem psychoaktywnym w Polsce jest alkohol[10]. Aż 86% dorosłych mieszkańców Polski deklaruje, że piło alkohol. Po alkohol najczęściej sięgają osoby w wieku 18-34 lata, najrzadziej najstarsi, w wieku 50 lat i więcej. Około 40% badanych potwierdza, że piło alkohol w sposób ryzykowny[11]. Mężczyźni piją ryzykownie częściej niż kobiety. Przynajmniej raz w tygodniu zdarza się to co czwartemu mężczyźnie i co dziesiątej kobiecie.

Do przyjmowania nielegalnych substancji kiedykolwiek w życiu[12] przyznaje się 7,1% Polaków, a w ciągu 12 miesięcy przed badaniem 2,5%. Po narkotyki sięgają częściej mężczyźni z młodszych grup wiekowych (15-34 lata), osoby ze średnim lub wyższym wykształceniem oraz mieszkańcy większych miast.

Najbardziej popularnym narkotykiem jest marihuana. Do jej używania kiedykolwiek w życiu przyznaje się 6,6% badanych, a w ciągu 12 miesięcy 2,4% osób.

Wykres 2. Dostępność substancji psychoaktywnych oceniana jako łatwa (%).

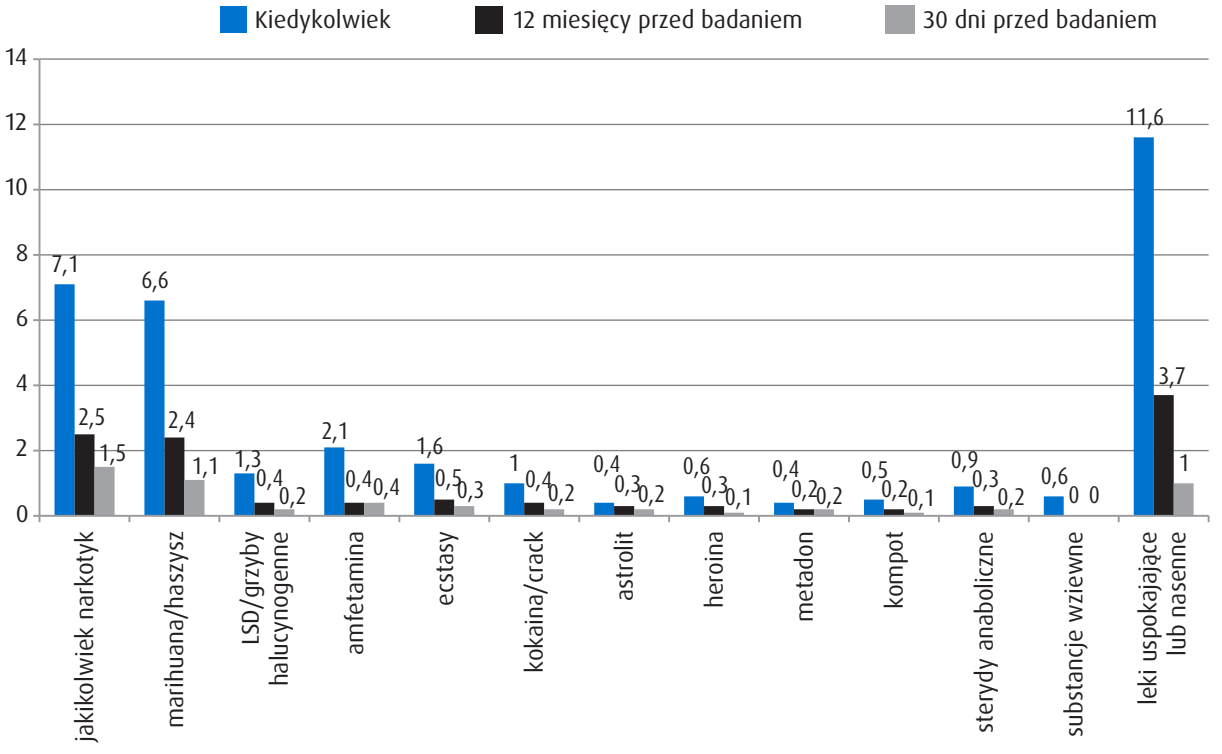


[10] Wyniki zrealizowanych w Polsce badań sondażowych w ramach międzynarodowego projektu Wspólne Działania na rzecz Redukcji Szkód Powodowanych przez Alkohol („Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm", akronim nazwy projektu: RARHA). Badanie zrealizowano na reprezentatywnych próbach populacji generalnej w wieku 18-64 lata.

[11] Picie ryzykowne (RSOD – Risky Single Occasion Drinking), zgodnie ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2000), zostało zdefiniowane jako wypicie przy jednej okazji ponad 60 g czystego alkoholu przez mężczyzn oraz 40 g przez kobiety (czyli odpowiednio: 6 i 4 standardowe porcje alkoholu).

[12] Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych w populacji generalnej w 2013 roku, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wykres 3. Używanie substancji psychoaktywnych przez osoby dorosłe w 2013 r. (%).



Dorośli, a zwłaszcza młodzi dorośli, powinni być objęci działaniami profilaktycznymi!

Wejście w kolejny etap życia po opuszczeniu murów szkolnych może wiązać się z oddziaływaniem wielu czynników sprzyjających używaniu substancji psychoaktywnych lub zmianie stylu ich używania. Różnorodne doświadczenia związane z wejściem w nowe środowisko zawodowe, normy i zwyczaje, które w nim obowiązują, przejęcie odpowiedzialności za wykonywane obowiązki, własna odporność na stres i umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych mogą mieć wpływ na podjęcie decyzji o używaniu substancji psychoaktywnych. Normy i zwyczaje panujące w nowym miejscu pracy i konieczność dostosowania się do nich czy też potrzeba zmniejszenia napięcia wywołanego stresem często są powodem rozpoczęcia używania substancji psychoaktywnych lub zmiany wzoru ich używania w kierunku zwiększonego ryzyka szkód. Miejsce i środowisko pracy to właśnie obszary, w których można realizować różnorodne działania profilaktyczne. Także ze względu na ilość czasu, jaki każdy spędza w miejscu pracy i jakość wykonywanych obowiązków, oddziaływania profilaktyczne realizowane w miejscu i środowisku pracy powinny być ważną częścią aktywności pracodawców. Użytkownicy marihuany będą stanowili coraz większe wyzwanie dla systemu pomocy. Wraz ze wzrostem liczby użytkowników będzie wzrastało zapotrzebowanie na leczenie. W 2013 r. co druga osoba zgłaszająca się po raz pierwszy na leczenie zrobiła to z powodu używania marihuany.

Realizując różnorodne działania skierowane do osób dorosłych, mające na celu poprawę warunków pracy i samopoczucia pracowników, nie należy zapominać o działaniach ograniczających wpływ używania substancji psychoaktywnych na wykonywanie zadań i relacji w środowisku pracy.

Odsetek użytkowników kolejnej najpopularniejszej substancji – amfetaminy, przyznających się do jej używania kiedykolwiek w życiu wyniósł 2%. W ciągu roku przed badaniem był on niewielki i wyniósł 0,4%, natomiast w ciągu 30 dni przed badaniem 1,2%. Szacuje się, że w Polsce jest od 61 000 do 110 000 osób problemowo używających przetworów konopi indyjskich. Liczba użytkowników opioidów jest mniejsza i wynosi od 11 000 do 18 000 osób. Najbardziej dostępnym narkotykiem na polskim rynku jest marihuana.

Czynniki chroniące i czynniki ryzyka

Oprócz danych epidemiologicznych, do planowania interwencji profilaktycznych kierowanych do wybranych populacji niezbędna jest znajomość uwarunkowań i mechanizmów rozwoju używania substancji psychoaktywnych. Budowanie interwencji na sprawdzonych empirycznie modelach teoretycznych jest jednym z wyróżników profilaktyki opartej na dowodach naukowych. Jednym z ważniejszych ustaleń wynikających z obserwacji badawczych i interpretacji uzyskiwanych wyników jest wskazanie na czynniki chroniące i czynniki ryzyka w używaniu substancji psychoaktywnych.

Pod pojęciem czynników ryzyka rozumiemy właściwości i odziaływania indywidualne, środowiskowe i społeczne mające wpływ na podejmowanie i kontynuowanie zachowań obejmujących używanie substancji psychoaktywnych. Mogą one obejmować czynniki kontekstualne, tj. prawo i normy sprzyjające używaniu substancji psychoaktywnych, ale także obejmujące dostępność substancji, skrajne ubóstwo czy dezorganizację życia w środowisku sąsiedzkim. Drugą grupę stanowią czynniki indywidulane i interpersonalne, na które składają się cechy fizjologiczne, historia używania substancji psychoaktywnych, postawy wobec używania substancji, nieprawidłowe praktyki rodzicielskie, konflikty w rodzinie i słabe więzy rodzinne.

Przez pojęcie czynników ochronnych rozumie się wszystkie czynniki środowiskowe, społeczne i indywidualne, które są w stanie samodzielnie lub we wzajemnej interakcji skutecznie ograniczyć wpływ na jednostkę czynników ryzyka związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Realizując badania epidemiologiczne, warto zapytać również o czynniki z grupy ryzyka i czynniki chroniące. Przykładów dostarczają badania ESPAD. Zapytano w nich respondentów m.in. o rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych w najbliższym otoczeniu. Odpowiedzi można interpretować jako wskaźnik ryzyka zwiększający szansę sięgnięcia po substancje psychoaktywne w sytuacji znacznego rozpowszechnienia takich zachowań w otoczeniu badanego. Jednym z najważniejszych czynników ryzyka jest jednak łatwa dostępność różnych substancji psychoaktywnych. Możliwość i łatwość nabycia sprzyja podejmowaniu zachowań ryzykownych i ich rozwojowi. Brak dostępu i respektowanie ograniczeń jest jednym z istotnych czynników chroniących. Kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka jest przekonanie o braku konsekwencji lub niskiej szkodliwości używania substancji psychoaktywnych w kontekście różnych wzorów ich używania. Im słabsze przekonanie o braku szkodliwości, tym większa szansa na podjęcie i kontynuowanie używania. Innym czynnikiem mającym wpływ na sięganie po substancje są oczekiwania związane z ich używaniem. Jeśli przeważają oczekiwania pozytywne nad negatywnymi, to istnieje duża szansa na podjęcie takich zachowań bądź ich rozwój w przyszłości. Kolejny bardzo ważny czynnik uwzględniony w badaniu, obejmuje postawy rodzicielskie i właściwe wzory zachowań dotyczących substancji psychoaktywnych, jak np. brak przyzwolenia na spożywanie napojów alkoholowych do pełnoletniości. Postawy dorosłych przeciwne używaniu substancji psychoaktywnych, zwłaszcza rodziców lub innych znaczących osób, zostały zidentyfikowane jako istotny czynnik mający wpływ na ograniczenie podejmowania zachowań ryzykownych przez dzieci i młodzież.

W innym badaniu nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (*Health Behaviour in School-aged Children – HBSC*) uwzględniono szerszy wachlarz czynników. Uzyskane wyniki wskazywały, że łatwość komu-

nikacji z rodzicami jest dobrym wskaźnikiem relacji w rodzinie, a jednocześnie czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowań ryzykownych i zwiększającym satysfakcję młodzieży z życia.

W odniesieniu do palenia tytoniu czynnikami ryzyka wczesnej inicjacji są: płeć, struktura rodziny, miejsce zamieszkania. Najczęściej palą tytoń dziewczęta z dużych miast i chłopcy ze wsi. Odsetek młodzieży, która zaczęła wcześniej palić tytoń, jest najmniejszy w rodzinach pełnych z rodzicami biologicznymi, a największy w przypadku wychowywania przez samotnego rodzica. W dużych miastach młodzież pali częściej niż w rejonach wiejskich, ale później zaczyna.

W przypadku picia alkoholu wykazano, że z wczesną inicjacją są związane takie czynniki, jak struktura rodziny i miejsce zamieszkania. Ryzyko upicia się przed 14. rokiem życia maleje w rodzinach pełnych, zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt. Miejsce zamieszkania wpływa widocznie na ryzyko wczesnego upijania się wśród dziewcząt z małych miast.

Nawet tak pobieżny przegląd wyników badań pokazuje, jak użyteczna do planowania działań profilaktycznych może być wiedza na temat czynników ryzyka i czynników chroniących. Dzięki niej wiadomo, na jakie grupy dzieci i młodzieży należy zwrócić szczególną uwagę i jakiego typu działania warto im proponować, aby ograniczyć np. negatywne wpływy środowiskowe. Dzięki różnym badaniom prowadzonym przez ostatnie dziesięciolecia w wielu różnych krajach, wiemy już bardzo dużo o czynnikach zwiększających ryzyko używania substancji psychoaktywnych i chroniących przed takim zachowaniem. I warto z tej wiedzy korzystać! Różnorodne działania, uwzględniające wzmacnianie czynników chroniących w interwencjach profilaktycznych i osłabianie czynników ryzyka, a także opisujące możliwy wpływ czynników na używanie substancji psychoaktywnych, zostały bardziej szczegółowo omówione w podręczniku „Wprowadzenie do Europejskiego Szkolenia Profilaktycznego" (Warszawa, 2018), o którym wspomniano we wstępie tego rozdziału.

Międzynarodowe standardy działań profilaktycznych

W ostatnich latach nastąpił znaczący rozwój wiedzy naukowej o skutecznej profilaktyce używania substancji psychoaktywnych. Znalazło to wyraz w *Konkluzjach Rady w sprawie realizacji planu działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016 pod kątem minimalnych standardów jakościowych w ograniczaniu popytu na środki odurzające w Unii Europejskiej* (http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11985-2015-INIT/pl/pdf). W dokumencie tym stwierdzono, że *Europa po latach doświadczeń i badań zgromadziła wystarczające dane na temat stopnia skuteczności różnych interwencji ograniczających popyt na środki odurzające, dzięki czemu można uzgodnić minimalne standardy jakościowe na szczeblu unijnym*. W dokumencie tym wymienia się cztery rodzaje profilaktyki: środowiskową, uniwersalną, selektywną i wskazującą oraz wskazuje cztery podstawowe standardy działania:

1. Oparcie działań na ocenie i dostosowanie do potrzeb grupy ludności, która jest ich adresatem.
2. Kompetencje i doświadczenie w zakresie zasad, teorii i praktyki osób przygotowujących interwencje z profilaktyki – mają to być przeszkoleni lub wyspecjalizowani profesjonaliści wspierani przez instytucje publiczne (oświatowe, zdrowotne i społeczne) lub pracujący dla licencjonowanych bądź uznanych instytucji albo organizacji pozarządowych.
3. Dostępność programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych lub stosowanie przez osoby prowadzące interwencje z zakresu profilaktyki kryteriów jakości dostępnych na szczeblu lokalnym, krajowym lub międzynarodowym.
4. Prowadzenie interwencji z zakresu profilaktyki w ramach spójnego, długofalowego programu profilaktycznego; odpowiednie i na bieżąco monitorowanie, co pozwala na niezbędne dostoso-

wania i ocenę interwencji; upowszechnianie rezultatów badań, by można było korzystać z nowych doświadczeń.

Standardy te wyraźnie nawiązują do idei „praktyki opartej na dowodach" (*evidene-based practice*), która w naukach medycznych jest definiowana jako świadome, jawne i rozsądne stosowanie aktualnie najlepszych dowodów naukowych przy podejmowaniu decyzji na temat sposobu opieki nad pacjentem (Sackett i wsp., 1996). W dokumentach unijnych pojęcie „oparty na dowodach" jest definiowane jako „oparty na dostępnych dowodach naukowych i doświadczeniu" (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017DC0195&from=en), a jego znaczenie podkreśla *Strategia antynarkotykowa UE na lata 2013–2020,* w której zapisano, że *działania muszą być oparte na dowodach, rzetelne naukowo i opłacalne oraz muszą dąży do realistycznych i wymiernych wyników, które można poddać ocenie* (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2012:402:FULL&from=PL).

Myślenie o profilaktyce używania substancji psychoaktywnych jako dziedzinie opartej na interdyscyplinarnej wiedzy naukowej, znalazło też odzwierciedlenie w polskich dokumentach, np. ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii lub Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii.

Aktualny stan światowej wiedzy na temat profilaktyki opartej na dowodach jest zawarty w dwóch opracowaniach: UNODC Standards – Międzynarodowych Standardach Profilaktyki Używania Narkotyków (*International Standards on Drug Use Prevention: A Guide for Policy-Makers*, 2013) oraz EDPQS – Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (2011). W pierwszym z tych dokumentów są przedstawione informacje na temat tego, jakie interwencje (programy, działania, regulacje) są skuteczne w obszarze profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Skuteczność oznacza tu, że w dobrze przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych potwierdzono, że realizacja takich interwencji prowadzi do pożądanych zmian w zachowaniach. W EDPQS pokazano natomiast, w jaki sposób planować, dobierać i realizować interwencje profilaktyczne w sposób zapewniający ich wysoką jakość.

Niestety, w praktyce w Polsce i innych krajach europejskich, powyższe standardy nie są na masową skalę wprowadzane w życie. Aby zmienić tę sytuację i upowszechnić profilaktykę opartą na dowodach, podejmowanych jest wiele inicjatyw, jak np. powołanie Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (*European Society for Prevention Research* – EUSPR, http://euspr.org/), wzmacnianie i rozwijanie kształcenia dyplomowego i podyplomowego w dziedzinie profilaktyki (http://www.span-europe.eu/) oraz najnowszy projekt – UPC-Adapt (http://upc-adapt.eu/), którego efektem jest program EUPC.

Skuteczne strategie rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Poniżej zostaną krótko przedstawione podstawowe wytyczne UNODC (2013) dotyczące tego, jakie działania, dla jakich grup odbiorców i w jakich środowiskach są najbardziej skuteczne[13]. Najważniejsze wyniki są zestawione w tabeli 1, uwzględniającej:

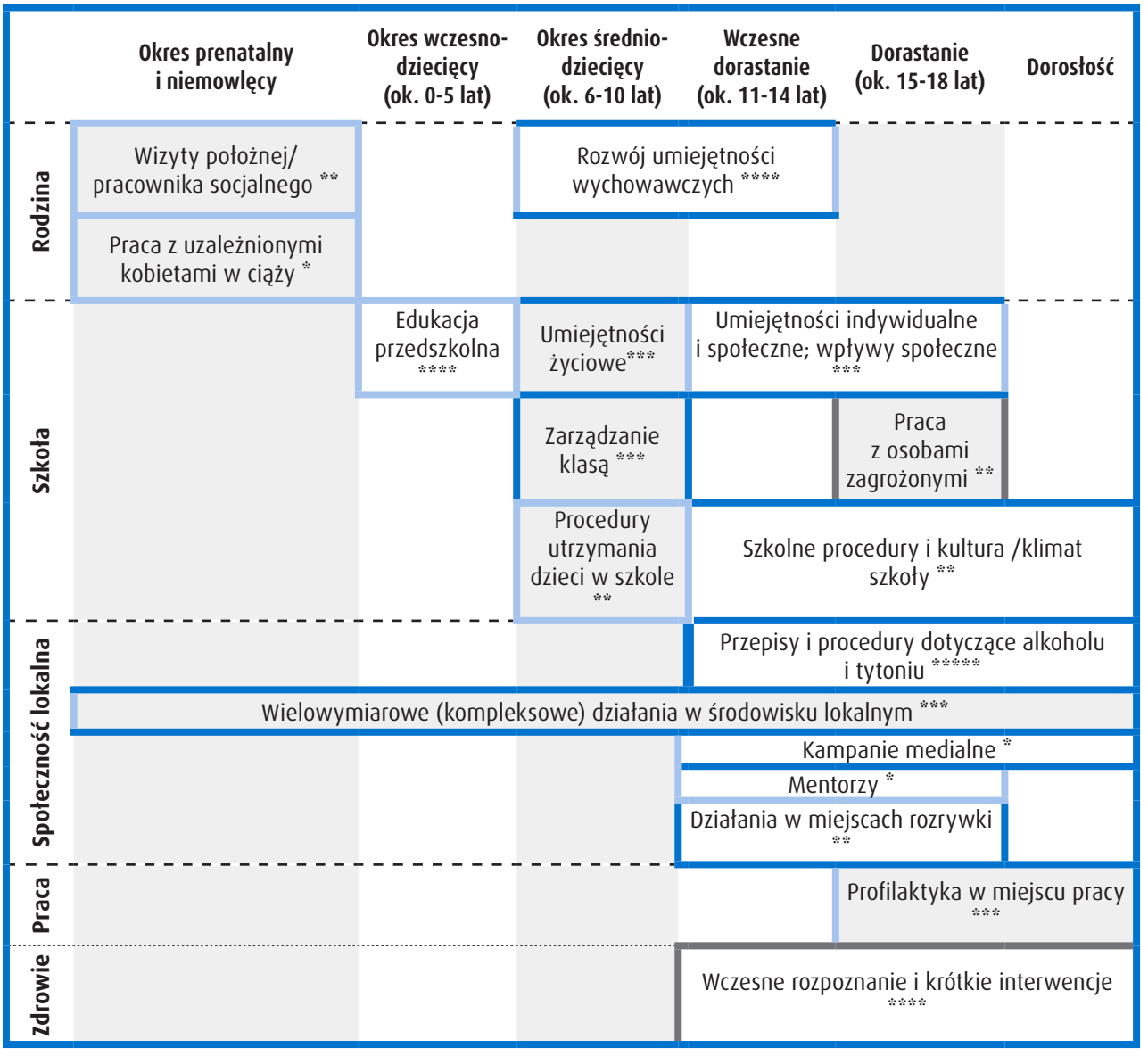
- wiek rozwojowy grupy odbiorców (w kolumnach),
- miejsce/środowisko, w jakim realizowane są działania (w wierszach),

[13] W podręczniku Europejskiego Szkolenia Profilaktycznego pt. „Program kształcenia specjalistów ds. profilaktyki" (Warszawa, 2018) można znaleźć bardziej szczegółowe omówienie strategii rekomendowanych dla profilaktyki w środowisku szkolnym, rodzinnym, miejscu pracy, poprzez media i na poziomie społeczności lokalnych itd.

- poziom profilaktyki (uniwersalna jest oznaczona kolorem niebieskim; selektywna – jasnoniebieskim, a wskazująca – ciemnoszarym),
- siłę dowodów naukowych wskazujących na skuteczność danej strategii (im więcej gwiazdek – tym silniejsze są dowody naukowe skuteczności).

Jak widać w tabeli, międzynarodowe standardy obejmują bardzo szerokie spektrum adresatów, zdecydowanie wykraczając poza tradycyjne myślenie o profilaktyce jako interwencjach nastawionych na zmiany u odbiorców w dość ograniczonym przedziale wiekowym (przeważnie – kilkunastu lat, rzadziej wśród młodszych). Tymczasem, dowody naukowe wskazują, że znaczące ograniczenie ryzyka rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych można uzyskać, pracując z rodzinami małych dzieci i wspierając rozwój maluchów z grup podwyższonego ryzyka na etapie przedszkola. Zwiększa to szanse dzieci na dalszy prawidłowy rozwój i realizację zadań rozwojowych pojawiających się przed nimi w kolejnych etapach życia.

Tabela 1. Rekomendacje UNODC (2013) dotyczące skutecznych strategii profilaktycznych.



* Skala oceny „jakości dowodów na skuteczność działań profilaktycznych": „dowody o doskonałej jakości" (5 gwiazdek), „bardzo dobre" (4 gwiazdki), „dobre" (3 gwiazdki), „odpowiednie" (2 gwiazdki), „ograniczone" (1 gwiazdka)

Warto też zwrócić uwagę na fakt, że profilaktyka nie kończy się wraz z uzyskaniem pełnoletniości. Mocne dowody naukowe wskazują na skuteczność działań profilaktycznych realizowanych w miejscach pracy (a więc wobec osób dorosłych) oraz w postaci wczesnego rozpoznania problemu związanego z używaniem substancji psychoaktywnych i krótkich interwencji nastawionych na zmianę zachowania ryzykownego.

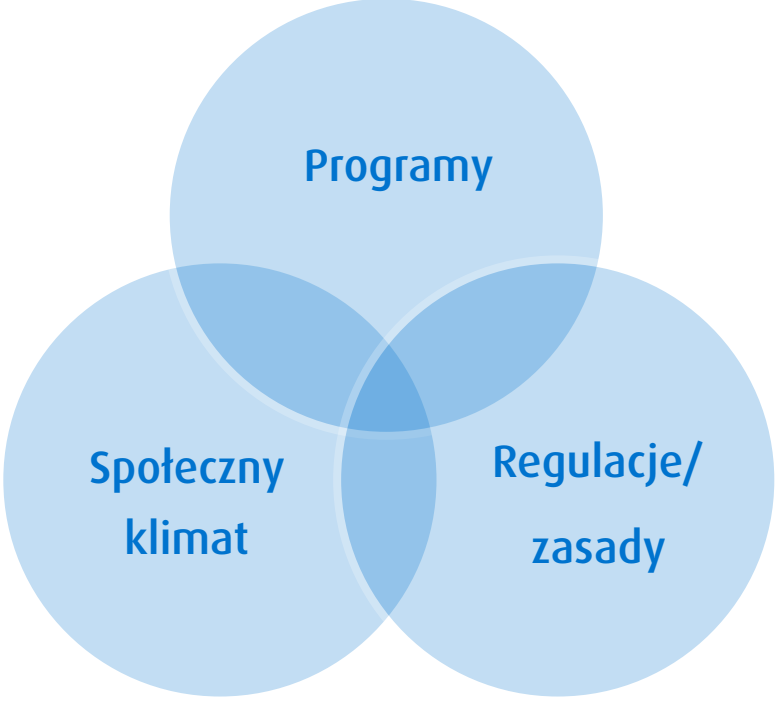
Generalnie, uwzględnienie perspektywy rozwojowej oznacza przyjęcie podstawowego założenia, że używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne są efektem końcowym długiego procesu, który zwykle:

- zaczyna się we wczesnym lub średnim dzieciństwie,
- objawia się w okresie dorastania,
- ma długofalowe skutki, wpływając na dorosłe życie w rodzinie, pracy i społeczeństwie.

W związku z tym skuteczna profilaktyka używania substancji psychoaktywnych powinna gwarantować dostępność różnych interwencji (w zależności od charakterystyki grupy docelowej), powtarzanych w kolejnych rocznikach.

Bardzo szeroki jest też zakres uwzględnionych w międzynarodowych standardach sposobów działania. Są tu strategie nastawione na zmiany w osobach, takie jak np. rozwój umiejętności wychowawczych rodziców lub rozwój umiejętności życiowych dzieci i młodzieży. I są również działania nastawione na zmianę warunków w jakich te osoby żyją, uczą się lub pracują. Strategie środowiskowe polegają na takiej zmianie regulacji w obszarze przepisów prawnych, dostępności ekonomicznej (np. poprzez podatek akcyzowy na alkohol) i/lub dostępności fizycznej (np. gęstość sieci sprzedaży), aby zachęcać do ograniczenia używania substancji psychoaktywnych. Różnego rodzaju interwencje środowiskowe mogą być wprowadzane na poziomie krajowym, wojewódzkim, lokalnym lub też w konkretnych miejscach/instytucjach, takich jak np. szkoły, zakłady pracy lub miejsca rozrywki.

Ryc. 1. Trzy kluczowe elementy kompleksowej profilaktyki.



Ogólnie rzec ujmując, można powiedzieć, że profilaktyka, to dużo więcej niż same programy profilaktyczne (np. do realizacji w szkole, miejscu pracy czy z rodzinami). Poza nimi, niezwykle ważny jest klimat społeczny (np. relacje między poszczególnymi osobami, poczucie bezpieczeństwa w szkole, pracy, rodzinie, społeczności lokalnej) oraz ustalone zasady zachowania (np. wewnątrzszkolne przepisy dotyczące używania substancji psychoaktywnych). Zależność między tymi trzema elementami przedstawia ryc. 1.

Kolejna warta podkreślenia kwestia jest związana z różnorodnością osób

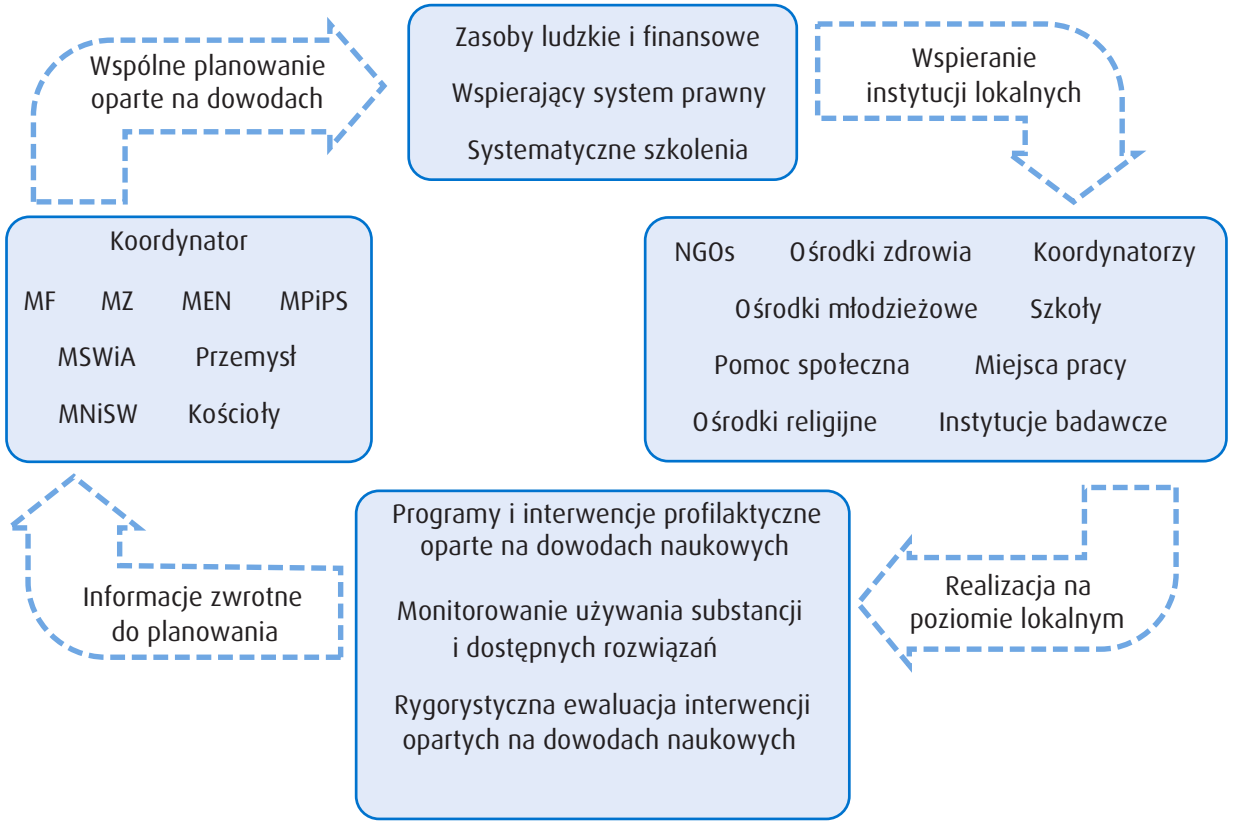
lub miejsc, jakie mogą odegrać znaczącą rolę w profilaktyce. Zdecydowanie to nie tylko nauczyciele, rodzice i specjaliści w obszarze wychowania, psychologii lub uzależnień. Ważnymi partnerami mogą być pracownicy socjalni, przedstawiciele służby zdrowia, osoby związane z różnego typu mediami oraz liderzy społeczności lokalnych. A uwzględniając konieczność rozwijania badań naukowych dotyczących zarówno czynników ryzyka, jak i czynników chroniących, modeli teoretycznych wyjaśniających problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych, a także oceny skuteczności prowadzonych działań – niezbędne jest zaangażowanie środowisk naukowych.

UNODC w swoich standardach podkreśla, że aby realizować tak kompleksowe działania profilaktyczne na wysokim poziomie, niezbędna jest odpowiednia infrastruktura – najlepiej w postaci zintegrowanego systemu na poziomie krajowym. Powinna ona obejmować:

- Rozwiązania systemowe z ministerstwami/departamentami odpowiedzialnymi za zdrowie i opiekę nad dziećmi i wsparcie dorosłych.
- Zaangażowanie kluczowych instytucji/organizacji (np. szkół, organizacji pozarządowych, służb społecznych i porządkowych).
- Rozdysponowane i długoterminowe finansowanie.
- Wspierające rozwiązania prawne.
- Wyszkoloną kadrę.
- Wsparcie badawcze w zakresie monitorowania sytuacji w zakresie używania substancji psychoaktywnych i ewaluacji programów profilaktycznych.

Schematycznie taki zintegrowany system przedstawia ryc. 2. Pokazuje on, jakie instytucje na poziomie centralnym i lokalnym powinny aktywnie działać (i ze sobą współpracować!) w obszarze profilaktyki. Wskazuje

Ryc. 2. Zintegrowany system działań profilaktycznych na poziomie krajowym (model idealny).



również na konieczność starannego, wspólnego planowania działań opierających się na dowodach naukowych, systematycznego przekazywania wiedzy praktykom oraz wspierania instytucji lokalnych. Z kolei do zadań przedstawicieli społeczności lokalnych należy realizacja interwencji profilaktycznych biorących pod uwagę dowody naukowe, prowadzenie ewaluacji realizowanych działań profilaktycznych oraz systematyczne monitorowanie używania substancji psychoaktywnych. Tylko dzięki sprawnemu przepływowi informacji od praktyków do decydentów jest możliwe dobre planowanie i koordynacja działań.

Standardy, poza tym, że wskazują pożądane kierunki i sposoby działania, dają też odpowiedź na pytanie, jakich działań lepiej unikać, ponieważ nie ma (być może jeszcze) wystarczających dowodów na ich skuteczność. I tak, w świetle aktualnej wiedzy naukowej, zalecana jest szczególna ostrożność, najlepiej wyrażona poprzez staranne badania ewaluacyjne, w przypadku:

- wykorzystywania sportu i innych form zagospodarowania czasu wolnego w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych,
- prowadzenia interwencji dotyczących używania leków dostępnych na receptę w celach niemedycznych,
- wprowadzania interwencji i przepisów dotyczących dzieci i młodzieży z grup ryzyka (dzieci i młodzież poza systemem szkolnym, dzieci ulicy, uchodźców, imigrantów, dzieci w pieczy zastępczej, domach dziecka, ośrodkach wychowawczych),
- profilaktyki używania nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy").

Wszystkie te ważne i potrzebne działania wymagają dalszych starannych badań, aby jednoznacznie stwierdzić, jakie strategie są najbardziej właściwe w każdym z przypadków.

Programy rekomendowane

Aby pomóc osobom, które podejmują decyzje o tym, jaki program profilaktyczny wybrać do realizacji/sfinansować, naukowcy i specjaliści w dziedzinie profilaktyki opracowują systemy umożliwiające porównawczą ocenę różnych programów. Ustalają przy tym mniej lub bardziej rygorystyczne kryteria oceny:

- jakości samego programu,
- jakości badań ewaluacyjnych potwierdzających jego skuteczność,
- procedur zapewniających wysoką jakość kolejnych realizacji.

Na podstawie ustalonych kryteriów zespół ekspertów ocenia następnie każdy program ubiegający się o rekomendacje i decyduje o jego umieszczeniu (lub nieumieszczeniu) w bazie programów rekomendowanych[14].

Od 2010 r. również w Polsce działa System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego oraz powiązany z nim bank programów rekomendowanych (http://programyrekomendowane.pl/). Przyjęte w naszym kraju kryteria oceny programów, nie są tak restrykcyjne, jak np. w nowym internetowym rejestrze programów profilaktycznych opartych na dowodach prowadzonym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) – Xchange (http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange). W polskiej bazie większość stanowią **programy „obiecujące"**, czyli takie, których pozytywny wpływ na zachowania lub zdrowie psychiczne odbiorców nie został potwierdzony w poprawnych metodologicznie badaniach ewaluacyjnych prowadzonych na terenie kraju. Jednak program ma tak solidne podstawy teoretyczne i jest tak logicznie skonstruowany, że można przypuszczać, iż będzie przynosić oczekiwane pozytywne efekty. Natomiast w bazie Xchange można znaleźć jedynie opisy takich interwencji, które

[14] Wykaz takich banków danych można znaleźć m.in. w podręczniku Europejskiego Szkolenia Profilaktycznego pt. „Program Kształcenia Specjalistów ds. Profilaktyki" (Warszawa, 2018).

w europejskich badaniach ewaluacyjnych mają udowodnione korzystne skutki w odniesieniu do używania substancji psychoaktywnych.

Zestawienie tych dwóch systemów rekomendacji pokazuje kierunek, w jakim prawdopodobnie powinniśmy podążać, by działania profilaktyczne prowadzone w naszym kraju spełniały europejskie standardy jakości. Żeby tak się stało, niezbędne jest zacieśnienie współpracy między praktykami a naukowcami zainteresowanymi badaniami w obszarze profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oraz promocja profilaktyki jako dziedziny naukowej. W świetle przedstawionego poniżej opisu aktualnych praktyk w obszarze profilaktyki w Polsce, to ostatnie zadanie wydaje się niezwykle pilne. Promocja profilaktyki opartej na dowodach naukowych musi być też połączona z rzetelną i systematyczną edukacją koordynatorów, realizatorów i autorów programów profilaktycznych.

Sposoby reagowania na problemy wynikające z używania substancji psychoaktywnych w środowisku lokalnym w Polsce

Obowiązek realizacji działań profilaktycznych w samorządach lokalnych jest zadaniem własnym gminy i w przypadku profilaktyki używania alkoholu wynika z art. 4^1 ust. 3 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w którym wskazuje się jako zadanie: „prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych". Dotyczy on także podejmowania działań dotyczących nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Opisując poniżej realizowane przez samorządy gminne działania profilaktyczne, bazujemy głównie na danych zawartych w zestawieniach statystycznych „Działalność samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych" (PARPA G1). Publikowane co roku zestawienia zawierają informacje z obszaru rozwiązywania problemów alkoholowych, ale także, z racji prowadzenia w wielu gminach wspólnych programów obejmujących przeciwdziałanie narkomanii, obejmują informacje dotyczące profilaktyki używania innych substancji (tytoniu, substancji nielegalnych, leków). Kolejnym ważnym źródłem informacji są sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii[15] (KPPN), realizowanego zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r. poz. 124 ze zm.).

W 2016 r. w największej liczbie gmin realizowano pogadanki, spektakle profilaktyczne, konkursy oraz festyny (w każdej z tych kategorii ponad 1500 gmin na 2466, które przekazały sprawozdanie), podczas gdy skuteczne formy oddziaływań w postaci rekomendowanych programów profilaktycznych realizowane były w co czwartej gminie. W programach tych uczestniczyło w sumie nieco ponad 370 tys. osób. Dla porównania, w festynach wzięło udział 1,6 mln osób, w pogadankach ok. miliona osób, w spektaklach – ok. 600 tys.

Z informacji o realizacji KPPN wynika, że rekomendowane programy profilaktyczne były realizowane w 36% szkół podstawowych i 1,1% gimnazjów w Polsce. W szkołach podstawowych najczęściej realizowano: Program Domowych Detektywów, Szkoła dla Rodziców i Wychowawców, Program Wzmacniania Rodziny, Fantastyczne Możliwości, Archipelag Skarbów, Laboratorium Wiedzy Pozytywnej, Przyjaciele Zippiego, Program Profilaktyczno-Wychowawczy Epsilon. W gimnazjach zaś program profilaktyki dla gimnazjalistów Unplugged oraz Program Wzmacniania Rodziny. Dowodem na skuteczność programów rekomendowanych jest przeprowadzo-

[15] Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2015 r.

na na zlecenie KBPN ewaluacja szkolnego programu profilaktyki uniwersalnej Unplugged. Wyniki ewaluacji w grupie 12-14–latków wskazują, że program jest skuteczny w ograniczeniu używania marihuany i haszyszu, a także zmniejsza ryzyko picia wódki i upijania się. Udział w programie ogranicza pozytywne oczekiwania i postawy wobec picia alkoholu, palenia tytoniu i używania pochodnych konopi. Sami uczestnicy (ok. 40% z nich) pozytywnie ocenili program. Podobnie rodzice, którzy wzięli udział w zajęciach, ocenili program jako ciekawy, przydatny i na właściwym poziomie trudności. Udział w nim przyczynił się do zwiększenia wiedzy i kompetencji rodziców. Badanie zidentyfikowało również trudności związane m.in. z czasem trwania programu (12 godzin) oraz pozyskaniem do udziału w programie rodziców.

Warto dokładniej przyjrzeć się kategorii nierekomendowanych programów profilaktycznych. W formularzu PARPA G1 rozróżniono programy ze względu na poszczególne rodzaje profilaktyki: uniwersalną, selektywną i wskazującą. Najczęściej realizowane są programy pierwszego rodzaju: w ponad 1200 gminach, podczas gdy programy dla młodzieży z grup ryzyka przeprowadzono w nieco ponad 250 gminach, a z zakresu profilaktyki wskazującej – w ok. 140 gminach. Podobnie jest w przypadku liczby uczestników – w programach uniwersalnych wzięło udział 1,2 mln osób (uczniów, nauczycieli i rodziców), w programach z profilaktyki selektywnej – nieco ponad 77 tys., a w programach z zakresu profilaktyki wskazującej – ok. 31 tys. osób.

To, że gminy podejmują działania profilaktyczne w formie programów profilaktycznych, jest pozytywnym zjawiskiem. Niestety, nie wiemy, czy te programy są skuteczne. Nie mamy informacji o ich zawartości i strukturze. Nie wiemy też, czy prowadzą je profesjonaliści. Brak również informacji, czy zostały przygotowane w oparciu o dowody naukowe.

Podejmując decyzję o realizacji niesprawdzonego programu profilaktycznego, trzeba mieć świadomość, że może to doprowadzić do skutków odwrotnych niż zamierzone, tzn. zwiększenia używania substancji psychoaktywnych w grupie odbiorców! Dlatego badania ewaluacyjne programów profilaktycznych, weryfikujące ich skuteczność, są przejawem odpowiedzialności autorów i realizatorów za własne działania. Natomiast brak takiej refleksji badawczej nad tym, jaki wpływ na odbiorców mają nasze działania, jest sprzeczny z zasadami etyki zawodowej profilaktyków.

Wspomniano wcześniej o potrzebie włączania rodziców w działania profilaktyczne. W programach rekomendowanych w 2016 r. udział wzięło ok. 65 tys. rodziców, w programach nierekomendowanych – 160 tys. rodziców (w tym 145 tys. w programach uniwersalnych). Jeśli porównamy te liczby ze wszystkimi uczestnikami programów profilaktycznych, to okazuje się, że do programów rekomendowanych było włączonych ok. 17% rodziców, a w przypadku programów nierekomendowanych – ok. 10-13%. Dla rodziców były prowadzone również specjalne szkolenia i warsztaty. Takie działania podjęto w 2016 r. w ponad 740 gminach i wzięło w nich udział prawie 135 tys. rodziców.

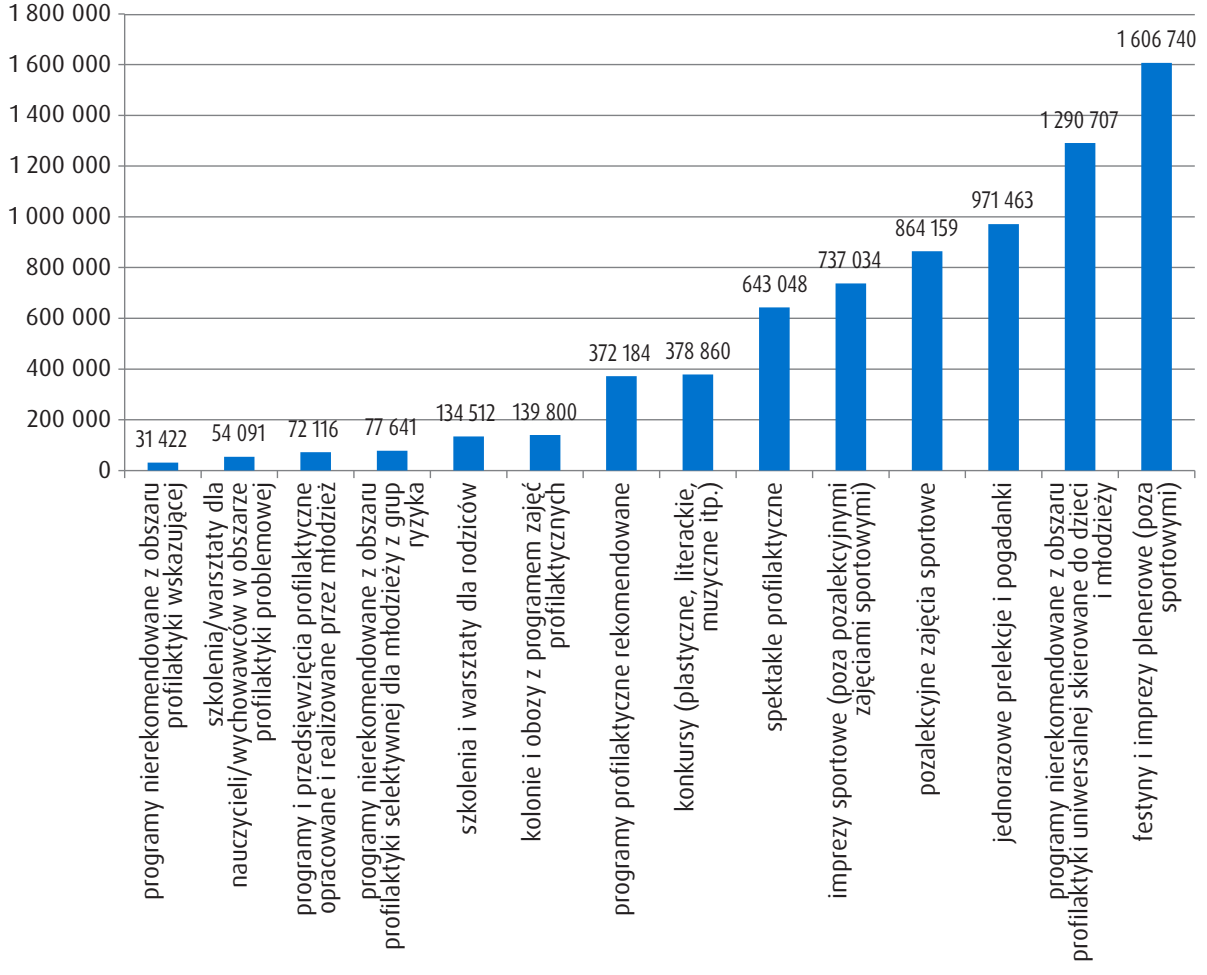
Prowadzono również, w 729 gminach, szkolenia i warsztaty w zakresie profilaktyki dla nauczycieli i wychowawców. Wzięło w nich udział ponad 54 tys. nauczycieli. W odniesieniu do tego typu działań, pojawia się pytanie o ich zgodność z Międzynarodowymi Standardami UNODC (2013). Standardy te wyraźnie wskazują, że samo edukowanie rodziców i wychowawców na temat substancji psychoaktywnych i stosowanie krótkich form szkoleniowych nie przyczynia się do ograniczenia używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. Natomiast zdecydowanie polecanym działaniem profilaktycznym jest rozwijanie ich umiejętności wychowawczych, co wymaga jednak bardziej długofalowych działań (patrz: tabela 1).

Programy liderskie, prowadzone przez młodzież i skierowane do rówieśników, podjęto w 297 gminach i wzięło w nich udział 72 tys. młodych ludzi. Warto w tym miejscu podkreślić, że zgodnie z Międzynarodowymi Standardami UNODC (2015), nie ma dowodów na skuteczność tego typu działań. Dlatego też, jeżeli ktoś decyduje się na ich prowadzenie, powinien objąć je dobrze zaplanowanymi badaniami oceniającymi ich wyniki.

Zdecydowanie bardziej rozpowszechnioną formą oddziaływań profilaktycznych było prowadzenie i finansowanie pozalekcyjnych zajęć sportowych. Zajęcia te realizowano w ponad 1300 gminach i wzięło w nich udział ponad 800 tys. uczniów. Warto zwrócić uwagę, że ¾ gmin zadeklarowało, że w ramach zajęć prowadzony był program profilaktyczny, chociaż nie wiadomo nic o treściach i jakości tych działań. Co więcej, również tego typu działania nie są rekomendowane w Międzynarodowych Standardach UNODC (2015), ponieważ brak jest dowodów na ich skuteczność.

Niemal równie często, bo w przypadku 1275 gmin, prowadzono profilaktykę w formie organizowania i/lub dofinansowania kolonii z programem profilaktycznym, w których uczestniczyło prawie 140 tys. dzieci. Tego typu działania są przeznaczone zwykle dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka używania substancji psychoaktywnych (profilaktyka selektywna). Niestety, tak jak w przypadku programów liderskich i zajęć sportowych, dotychczas zgromadzona wiedza na temat skuteczności różnych form pracy profilaktycznej, nie potwierdza ich skuteczności w zakresie ograniczania używania substancji psychoaktywnych. Dlatego też realizacja takiego programu powinna być objęta badaniami ewaluacyjnymi.

Wykres 4. Liczba uczestników różnych oddziaływań „profilaktycznych" realizowanych przez gminy w 2016 r.



Źródło: Dane formularz PARPA G1.

W ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na powyższe działania profilaktyczne gminy wydały w 2016 r. ponad 177 mln zł. Największe koszty były związane z prowadzeniem pozalekcyjnych zajęć sportowych – prawie 46 mln zł, kolonie i obozy z programem profilaktycznym – ponad 37 mln zł oraz nierekomendowane programy profilaktyczne z obszaru profilaktyki uniwersalnej – 23 mln zł. Dla porównania na programy rekomendowane wydatkowano niecałe 7 mln zł.

Warto zwrócić uwagę na wydatek, który trudno nazwać oddziaływaniem profilaktycznym, choć w przypadku 257 gmin jest tak traktowany, a mianowicie na budowę i/lub modernizację miejsc, w których odbywają się pozalekcyjne zajęcia sportowe. Jest to niezwykle kosztowne zadanie – w 2016 r. wydano na nie co 10 złotówkę przeznaczoną na działania profilaktyczne – ponad 17 mln zł.

Dane z badań PARPA G1 wskazują, że tylko w 19 gminach podjęto realizację profilaktycznych programów pracowniczych w zakładach pracy. Obszar działań obejmujących miejsce i środowisko pracy z całą pewnością pozostaje wciąż mało wykorzystany i słabo wspierany. Profesjonalne wsparcie wykorzystujące rekomendacje zawarte w Międzynarodowych Standardach UNODC (2015), dla przedsiębiorców i pracowników wymaga często podejmowania działań angażujących przedstawicieli wielu środowisk i instytucji. Dostrzeżenie potrzeby takich działań i wagi problemu, jakim są negatywne skutki używania substancji psychoaktywnych w oparciu o dostępną wiedzę zawartą m.in. w standardach może się przyczynić do wzrostu zainteresowania problemem i skutkować większą liczbą zrealizowanych interwencji.

Podsumowując – działania gmin w zakresie profilaktyki są często odległe od rekomendacji, a jeszcze bardziej od standardów międzynarodowych. Istnieją uzasadnione wątpliwości co do ich jakości i skuteczności. Natomiast można je z całą pewnością nazwać powszechnymi.

Bibliografia

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2011, http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707.

Międzynarodowe standardy profilaktyki uzależnień, International Standards on Drug Use Prevention. United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń 2015.

http://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf.

Sackett David L., Rosenberg William M.C., Gray J.A. Muir, Haynes R. Brian, Richardson W Scott, *Evidence based medicine: What it is and what it isn't,* BMJ 1996; 312: 71.

Literatura polecana

Borucka A., *Zrozumieć profilaktykę: krótki przewodnik dla nauczycieli*, Instytut Nagrody Zaufania Złoty OTIS, 2016.

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2011, http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707.

Międzynarodowe standardy profilaktyki uzależnień. International Standards on Drug Use Prevention. United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń 2015.

http://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf.

Ostaszewski K., *Standardy profilaktyki*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2016, http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=6177822.

Ostaszewski K., Okulicz-Kozaryn K., Sochocki M.J., Sokołowska M., Szymańska J., *Jak zadbać o jakość w profilaktyce – system rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*, Wydawnictwo Remedium, Warszawa 2017.

Program Kształcenia Specjalistów ds. Profilaktyki, UPC-Adapt Project, Warszawa, 2018.

STRUKTURA SYSTEMU LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POLSCE

Robert Rejniak

Wprowadzenie

Leczenie osób uzależnionych w Polsce od wielu lat posiada stabilną strukturę, która wykorzystuje kilkudziesięcioletnie doświadczenie rodzimych stowarzyszeń oraz profesjonalistów. Jednakże równocześnie do systemu wprowadzane są nowości i wykorzystywane doświadczenia w terapii uzależnień z całego świata, dotyczące zarówno procedur, jak i wykorzystywania nowych metod oddziaływań, opartych na dowodach o potwierdzonej skuteczności.

Zasady udzielania świadczeń regulują ustawy i rozporządzenia oraz lokalne przepisy. Zgodnie z polskim prawem leczenie osób uzależnionych **jest dobrowolne**. Przepis ten nie dotyczy jednak osób skierowanych na leczenie w drodze postępowania sądowego, na skutek popełnionych przestępstw i wykroczeń. Dzieci i młodzież do 18. roku życia, zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, mogą zostać skierowane przez sąd rodzinny, na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna, na przymusowe leczenie i rehabilitację, okres ten jednak nie może być dłuższy niż 2 lat.

W publicznych zakładach opieki zdrowotnej, realizujących świadczenia na podstawie kontraktów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, leczenie jest bezpłatne, zarówno dla osób posiadających ubezpieczenie, jak i nieubezpieczonych. Pomoc osobom uzależnionym jest również oferowana przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, prowadzone przez organizacje pożytku publicznego, stowarzyszenia i fundacje oraz lokalne samorządy.

W leczeniu i rehabilitacji osób uzależnionych nie obowiązuje rejonizacja. Na leczenie można się udać do dowolnej placówki na terenie Polski, niezależnie od miejsca zamieszkania.

W ostatnich latach w tym obszarze pojawiło się również wiele placówek prywatnych, oferujących krótkoterminową pomoc dla osób uzależnionych.

Poniżej pokrótce przedstawiam, z jakiej pomocy mogą skorzystać osoby, które chcą podjąć terapię.

Formy ambulatoryjne

Punkt konsultacyjny

Punkt konsultacyjny ds. uzależnień najczęściej jest prowadzony przez stowarzyszenie lub fundację, ale również przez jednostki samorządowe przy gminnych komisjach rozwiązywania problemów alkoholowych. W punkcie z reguły zatrudniony jest terapeuta lub konsultant, który dokonuje wstępnej diagnozy problemu, zbiera informacje dotyczące zaawansowania uzależnienia, udziela porad i informacji, wspiera decyzję o leczeniu i motywuje do podjęcia terapii w poradni ambulatoryjnej lub ośrodku stacjonarnym – średnio- lub długoterminowym. Jeśli w danej miejscowości nie ma poradni, to punkt konsultacyjny jest pierwszym miejscem, gdzie można uzyskać wstępną pomoc. Niektóre punkty oferują też możliwość przeprowadzenia diagnozy lekarskiej (bardzo dobrze, jeśli psychiatrycznej) oraz konsultacje psychologiczne.

Poradnia ambulatoryjna

Poradnia ambulatoryjna, w zależności od stopnia zaawansowania uzależnienia, oferuje pomoc dla uzależnionych od narkotyków oraz członków ich rodzin. W poradni zatrudnieni są terapeuci-profesjonaliści, ale też terapeuci-neofici, czyli osoby, które wyszły z nałogu i pomagają innym w zdrowieniu, dzieląc się również własnym doświadczeniem i problemami z początków własnej terapii. Część poradni oferuje też opiekę medyczną, psychiatryczną, badania psychologiczne i poradnictwo prawne. Rzetelna diagnoza pozwala ustalić, czy pacjent może spróbować leczyć się w systemie ambulatoryjnym, czy też jest już na etapie na tyle zaawansowanym, że musi udać się do ośrodka stacjonarnego. Poradnie mogą być prowadzone przez stowarzyszenia i fundacje jako niezarejestrowane w NFZ oraz zarejestrowane jako NZOZ. Bardzo często można spotkać poradnie NZOZ prowadzone przez osoby fizyczne – zwykle przez specjalistów w zakresie psychoterapii uzależnień (psychologów, pedagogów, psychiatrów).

Poradnie ambulatoryjne oferują różnorodne formy terapii indywidualnej i grupowej. Wykorzystują dorobek wielu nurtów psychologicznych. W zależności od zespołu terapeutycznego istnieją programy, których podstawy opierają się na założeniach społeczności terapeutycznych (poradnie MONAR) oraz takie, które wykorzystują dorobek nurtu psychologii behawioralnej i poznawczej. Wydaje się, że najbardziej pożądany jest program integracyjny, wykorzystujący wszelkie doświadczenia, czyli łączący różne podejścia. Jednym z najnowszych podejść jest wykorzystanie dialogu motywującego jako metody o potwierdzonej skuteczności w motywowaniu i utrzymaniu zmian u pacjenta. *Dialog motywujący to oparta na współpracy forma prowadzenia rozmowy, ukierunkowana na wzmacnianie wewnętrznej motywacji i zobowiązania osoby do zmiany* (Miller, Rollnick, 2012).

Jest on wykorzystywany w pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi i opiera się na zasadzie poszanowania autonomii, szacunku, troski, współpracy i wydobywania. Poszanowanie autonomii to pomoc w jej rozwijaniu, która jest jednym z najważniejszych zadań terapeutycznych, a niezależność uczuć, myśli i decyzji to przecież podstawowe potrzeby człowieka. Jeśli osoba pomagająca nieświadomie nie zauważy tej potrzeby i zbyt wcześnie naciska na to, aby pacjent zaprzestał zażywania i się zmienił – z pewnością wywoła opór i niechęć do zmiany.

Dlatego też jedną z zasad DM jest unikanie konfrontacji, aby nie wzbudzać oporu. Jednym ze sposobów jest nieetykietowanie, czyli w DM nie jest ważne, aby dążyć do nazwania kogoś „narkomanem". Kolejną zasadą jest empatyczne reagowanie, traktowane tutaj jako rozumienie pacjenta z jego perspektywy, rozumienie jego emocji i stawianie na pierwszym miejscu jego dobra. Rozwijanie rozbieżności to kolejna zasada, która ma ukazać pacjentowi dysproporcje pomiędzy aktualną, realną sytuacją a wyobrażeniami pacjenta. Dialog motywujący zakłada również, że to pacjent jest odpowiedzialny za zmianę, a terapeuta jedynie wspiera pacjenta i jego pomysły na zmianę. Osoba pomagająca prowokuje myślenie i pomaga rozwijać, a następnie rozwiązać ambiwalencję związaną z daną sytuacją zażywania. Ważne, aby pamiętać, że w pracy z osobami uzależnionymi można wspierać autonomię, lecz w ramach wyznaczonych granic społecznych i prawnych oraz podkreślać możliwości osobistego wyboru.

Jedną z głównych koncepcji wykorzystywanych obecnie w terapii uzależnień jest transteoretyczny model zmiany zachowań, który został rozwinięty przez grupę badaczy skupionych wokół Prochaski, Norcrossa i DiClemente. Koncepcja ta zakłada, że interwencja terapeutyczna jest możliwa do przeprowadzenia nawet wtedy, gdy osoba sama z siebie nie wykazuje jeszcze żadnego zainteresowania szukaniem pomocy i porady[16].

W ramach kontroli abstynencji większość poradni posiada testy na obecność narkotyków w moczu. Z reguły jest tak, że jeśli pacjent nie jest w stanie utrzymać abstynencji w okresie terapii, to zostaje relegowany z pro-

[16] Szczegóły niniejszej publikacji w rozdziale „Psychologiczne metody pomocy".

gramu i proponuje mu się ponowny udział po okresie „karencji" lub wyjazd do ośrodka. Program tak naprawdę konfrontuje pacjenta z rzeczywistym stanem uzależnienia. Niemal każdej osobie uzależnionej wydaje się, że łatwo poradzi sobie z odrzuceniem środka psychoaktywnego, dopiero decyzja o terapii i początek abstynencji pozwala stwierdzić, jak głęboko uzależnienie „zakorzeniło się" w jego psychice.

Programy poradniane trwają z reguły ok. 1–2 lat. Początkowo są bardzo intensywne, z czasem częstotliwość spotkań spada, jednakże, jak pokazuje praktyka, w programach utrzymują się pacjenci albo z bardzo dużą motywacją, albo będący w fazie nadużywania. Największym problemem systemu ambulatoryjnego okazuje się kontrola abstynencji – bliscy nie zawsze są w stanie temu podołać, a i możliwości poradni są z wiadomych względów ograniczone. Wtedy pojawia się możliwość umieszczenia pacjenta w ośrodku stacjonarnym (pobyt całodobowy). Jeśli jednak abstynencja nie zostaje dłużej zachowana, większość ośrodków wymaga przed przybyciem wypisu z oddziału detoksykacyjnego, aby zapobiec pojawieniu się problemów natury medycznej, ale także psychicznej (psychozy, napady lękowe itp.).

Ważnym uzupełnieniem oferty poradni ambulatoryjnych jest funkcjonujący w naszym kraju od 2012 roku program „Candis", adresowany do osób powyżej 16. roku życia, palących marihuanę szkodliwie lub uzależnionych od przetworów konopi. Uzasadnieniem dla jego wprowadzania były wyniki badań epidemiologicznych, z których wynika, że przetwory konopi są najczęściej używaną substancją nielegalną zarówno przez młodzież szkolną, jak i dorosłych. Akceptowalnym celem programu „Candis" może być nie tylko abstynencja od środków psychoaktywnych, ale także ograniczenie czy zmiana wzoru używania na mniej szkodliwy, co stanowi nowość w dotychczasowej ofercie terapeutycznej. Program jest w dużej części oparty również na dialogu motywującym. Do realizacji programu „Candis" zostało przygotowanych około 180 terapeutów z blisko 80 placówek ambulatoryjnych.

Badania ewaluacyjne programu przeprowadzone w Niemczech wykazują, że 49% osób, które ukończyły program, zachowuje pełną abstynencję od przetworów konopi w pomiarach przeprowadzonych po 3 i 6 miesiącach od zakończenia leczenia. Natomiast kolejne 38% osób znacznie ograniczyło używanie marihuany, 11% nie zmieniło wzoru używania, a w przypadku 3% pacjentów nastąpiło zwiększenie używania. Uczestnicy programu „Candis" mówili także o innych pozytywnych skutkach udziału w programie. Najczęściej wymieniali poprawę relacji rodzinnych, lepsze funkcjonowanie w pracy czy w szkole, poprawę sytuacji prawnej oraz poprawę stanu zdrowia, w tym zdrowia psychicznego (Hoch, Noack, Henker, Pixa, Höfler i in., 2012, prezentacja).

Oddział dzienny terapii od substancji psychoaktywnych

W ostatnich latach coraz częściej w ramach oferty poradni ambulatoryjnej można korzystać z programu oddziału dziennego. Ta forma pomocy skierowana jest do pacjentów, którzy potrzebują intensywniejszego programu terapeutycznego niż standardowy. Osoby te z racji możliwości czasowych narażone są na większe pokusy sięgania po narkotyki, więc korzystają z zajmującej ok. 6-7 godzin dziennie oferty. Oddziały dzienne z reguły funkcjonują w godzinach dopołudniowych np. 8-14 od poniedziałku do piątku. Programy dzienne trwają od 4 do 12 tygodni.

Program rehabilitacyjny na takim oddziale jest często kompromisem pomiędzy społecznością terapeutyczną a terapią poznawczo-behawioralną indywidualną i grupową. Grupa pacjentów uczestnicząca w zajęciach funkcjonuje ze sobą, oddziałuje na siebie nawzajem, a jednocześnie w wyznaczonych godzinach cała grupa lub podgrupy uczestniczą w konkretnych zajęciach psychoedukacyjnych, terapeutycznych, treningach umiejętności społecznych oraz w sesjach indywidualnych. Oddział daje również większą możliwość dostosowania pomocy farmakologicznej do pacjenta: lekarz psychiatra może obserwować pacjenta i jego funkcjonowanie oraz reakcje na leki. Po zakończeniu terapii na oddziale dziennym pacjent ma możliwość jej kontynuowania w ośrodku stacjonarnym lub innych formach oferowanych przez poradnię.

Leczenie substytucyjne

Leczenie to kierowane jest do osób uzależnionych od opiatów (heroina, morfina), którym pomimo wcześniej podejmowanych prób leczenia w poradniach ambulatoryjnych i ośrodkach stacjonarnych, nie udało się trwale poradzić sobie z uzależnieniem i utrzymać abstynencję. Polega na podawaniu osobie uzależnionej środka zastępczego (głównie stosowane leki: metadon, buprenorfina), który ma na celu zaprzestanie używania nielegalnych narkotyków, a dzięki temu prowadzi do stabilizacji sytuacji życiowej, w miarę poprawnego społecznego funkcjonowania. Taka forma leczenia ma również na celu przeciwdziałanie zachowaniom przestępczym wynikającym z nadużywania substancji, m.in. takim jak kradzieże. Leczenie takie prowadzone jest w kilkunastu placówkach na terenie kraju. Programy substytucyjne prowadzone w Polsce, pomimo iż na przestrzeni ostatnich lat znacznie złagodziły rygory funkcjonowania, nadal należą do kategorii programów tzw. wysokoprogowych. Uczestnictwo w nich wymaga spełnienia przez pacjenta określonych warunków, takich jak: bezwzględne zachowanie abstynencji od innych środków psychoaktywnych, zgoda na kontrolę abstynencji za pomocą testów oraz codzienne zgłaszanie się po lek. Pacjent korzystający z tej formy leczenia objęty jest jednocześnie opieką medyczną i terapeutyczną. Każdy uczestnik ma swojego terapeutę prowadzącego, z którym może rozwiązywać swoje bieżące problemy i uzyskać wsparcie emocjonalne.

Formy stacjonarne

Oddział detoksykacyjny

Oferty oddziałów detoksykacyjnych (odtruwających) do niedawna dotyczyły uzależnionych od opiatów (czyli np. heroiny) oraz pochodnych, a także od środków psychotropowych i alkoholu. Obecnie obserwujemy konieczność odtrucia połączonego z obserwacją psychiatryczną. Takie oddziały oferują pomoc pacjentom nadużywającym amfetaminy, ecstasy i GHB, a szczególnie NSP (nowych substancji psychoaktywnych), gdyż skutki psychiczne i wyniszczenie organizmu związane z tymi środkami wydają się o wiele większe, niż pierwotnie zakładano. Idealnie jest, kiedy po odtruciu pacjent bezpośrednio jedzie do ośrodka terapii i nie wraca do swojego środowiska. Oddziały detoksykacyjne z reguły są w szpitalach psychiatrycznych, jednakże sama detoksykacja jest też przeprowadzana na oddziałach toksykologicznych i innych.

W ogólnym zarysie oferta oddziału detoksykacyjnego przedstawia się następująco:

1. Odtrucie od substancji przyjmowanej przez osobę uzależnioną.
2. Zmniejszenie objawów niepożądanych po odstawieniu narkotyków – zmniejszenie głodu narkotycznego, bólu, napadów drgawek itd. oraz w skrajnych przypadkach do zapobiegania zgonom włącznie.
3. Diagnostyka powikłań, takich jak HIV, WZW i innych chorób zakaźnych.
4. Indywidualne dobranie leków do sytuacji psychicznej pacjenta.
5. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym powstającym przy odstawianiu narkotyku.
6. Obserwacja zachowań i funkcjonowania społecznego.
7. Motywowanie do dalszego leczenia.

Substancja psychoaktywna zmienia funkcjonowanie komórek organizmu i zadaniem detoksykacji jest ponowne ustawienie funkcjonowania organizmu bez narkotyku, w sposób humanitarny i bezpieczny.

Leczenie stacjonarne krótkoterminowe

Leczenie krótkoterminowe realizują oddziały leczenia uzależnień (OLU). Oddziały takie funkcjonują głównie przy większych jednostkach służby zdrowia, szpitalach psychiatrycznych czy klinikach psychiatrii. Ich program

jest oparty na założeniach teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz doświadczeń klinicznych. Na oddziałach można liczyć na całodobową opiekę medyczną, farmakoterapię oraz pomoc psychologiczną. Pierwotnie niemal wszystkie oddziały w Polsce oferowały pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu i leków (istnieją oddziały dla mężczyzn, dla kobiet oraz koedukacyjne), obecnie jednak ponad połowa przyjmuje również narkomanów, ponieważ okazuje się, że program alkoholowy z indywidualnym prowadzeniem oraz ukierunkowaniem może być również skuteczny dla niektórych innych typów pacjentów.

Program trwa od 6 do 8 tygodni. Intensywne oddziaływania terapeutyczne (24 godziny na dobę) są tak naprawdę dobrym wstępem do kontynuowania terapii.

Osoba kończąca program terapeutyczny powinna kontynuować go w poradni lub w ośrodku średnioterminowym. Warto wiedzieć, że żaden szef oddziału nie żegna pacjenta słowami „do widzenia, jest pan wyleczony", ale zwraca uwagę na konieczność kontynuowania leczenia.

Leczenie stacjonarne średnioterminowe

Jest wiele programów terapii uzależnień rekomendowanych głównie przez placówki służby zdrowia, które oferują programy terapeutyczne trwające od 6 do 8 miesięcy. Zawierają one intensywny program terapii, połączony z podejściem indywidualnym. Są to najczęściej oferty łączące podejście związane z teorią psychologicznych mechanizmów uzależnienia z metodą społeczności terapeutycznych. Każdy ośrodek nastawiony jest również na rozwój osobistych predyspozycji do wytrwania w abstynencji oraz rozwój zainteresowań. Ważne miejsce pełni również uczenie obowiązkowości, odpowiedzialności, dbania o higienę osobistą i kondycję fizyczną.

Niektóre ośrodki dla młodzieży umożliwiają kontynuowanie nauki szkolnej, ale nie należy uważać, że edukacja jest w ich przypadku najważniejsza. Najważniejsze jest zdrowienie.

Leczenie stacjonarne długoterminowe

Leczenie stacjonarne długoterminowe obejmuje programy terapii trwające od 12 do 24 miesięcy, oferowane przez placówki Monaru, Karanu, PTZN, ZOZ-y oraz inne fundacje. Kadrę stanowią terapeuci, psycholodzy oraz neofici. Programy oparte są głównie na metodzie społeczności terapeutycznych i obejmują szereg oddziaływań zarówno terapeutycznych, jak i społecznych, mających na celu odbudowanie takich norm i wartości, jak uczciwość, odpowiedzialność, szczerość, przyjaźń itd. Ważnym aspektem udziału w systemie jest praca, możliwość realizacji siebie w różnych rolach: od sprzątacza, kucharza, ogrodnika począwszy, na ochroniarzu czy prezesie społeczności skończywszy.

Udział w procesie terapii jest podzielony na kilka etapów, uprawniających do określonych ról, dających przywileje określane przez całą społeczność. Oczywiście każdy pacjent zaczynający terapię ma okres próbny i pierwsze przywileje otrzymuje nie wcześniej niż po miesiącu pobytu w ośrodku. Cechą charakterystyczną ośrodków są żelazne normy i zasady funkcjonowania, których złamanie powoduje nałożenie kar, czyli tzw. dociążeń – lub wykluczenie ze społeczności. Wiele z powyższych zasad ma swoje odpowiedniki w życiu ośrodka średnioterminowego.

Ukończenie terapii w ośrodku długoterminowym nie jest ostatecznym „wyzdrowieniem". Uzależnienie jest bowiem chorobą nieuleczalną i charakteryzuje się nawrotami, czyli kryzysami mogącymi spowodować ponowne sięgnięcie po narkotyk.

Dlatego też każdy absolwent ośrodka powinien po jego opuszczeniu znaleźć swojego osobistego terapeutę bądź – jeśli ma taką możliwość – skorzystać z pomocy grupy wsparcia dla neofitów lub grupy Anonimowych Narkomanów.

Programy terapii uzależnień w zakładach karnych

W polskich zakładach karnych funkcjonuje 15 oddziałów terapii uzależnień od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Terapia „narkotykowa" obejmuje 6 miesięcy, ale w zależności od indywidualnej oceny, można ją skrócić lub wydłużyć o 1/3 czasu jej trwania. Terapię prowadzą pracownicy działu terapeutycznego, tworzący zespół terapeutyczny, który zwykle składa się z kierownika, psychologów, terapeutów, czasem wychowawcy. Są to osoby z certyfikatami specjalisty terapii uzależnień lub w trakcie procesu jego zdobywania. Praca każdego z tych oddziałów nie jest zbiorem przypadkowych działań, ale jest oparta na zatwierdzonym przez organ nadrzędny, czyli Biuro Penitencjarne Centralnego Zarządu Służby Więziennej, programie terapii, który obejmuje m.in. model teoretyczny, cele, treści, metody, godziny itp. Większość oddziałów bazuje na integracyjnym podejściu w terapii uzależnień. Praca na oddziale terapii uzależnień metodycznie nie odbiega od pracy w placówkach wolnościowych; pracownicy spotykają się na zebraniach zespołu, gdzie podejmowane są wszystkie decyzje, omawia się pacjentów i grupy, prowadzona jest dokumentacja indywidualna i pracy grupowej, harmonogramy zajęć, książka przyjętych i wypisanych z oddziału, podlega się superwizji. Tutaj też docierają nowości. W ostatnich latach wdrażany jest w zakładach karnych skandynawski program terapii indywidualnej oparty na dialogu motywującym – „Motywator".

Inne formy pomocy osobom uzależnionym

Grupy Anonimowych Narkomanów

Grupy Anonimowych Narkomanów (ang. *Narcotics Anonymous*, NA) istnieją już w niektórych miastach. Uczestnictwo w NA jest otwarte dla wszystkich narkomanów, niezależnie od rodzaju używanych narkotyków lub sposobów ich łączenia. Kiedy przystosowywano do potrzeb NA z literatury Anonimowych Alkoholików Krok Pierwszy, słowo „alkohol" zastąpiono słowem „uzależnienie".

W NA nie ma ograniczeń społecznych, religijnych, ekonomicznych, rasowych, etnicznych, narodowych ani płciowych, nie ma też opłat wpisowych czy członkowskich. Większość członków regularnie przyczynia się drobnymi sumami do pomocy w regulowaniu wydatków mityngów, przy czym datki te nie są obowiązkowe.

W programie Anonimowych Narkomanów członkowie są zachęcani do stosowania całkowitej abstynencji od wszystkich rodzajów narkotyków, z alkoholem włącznie. Z doświadczenia członków NA wynika, że ciągła i nieprzerwana abstynencja zapewnia najlepszy fundament dla zdrowienia i osobistego rozwoju.

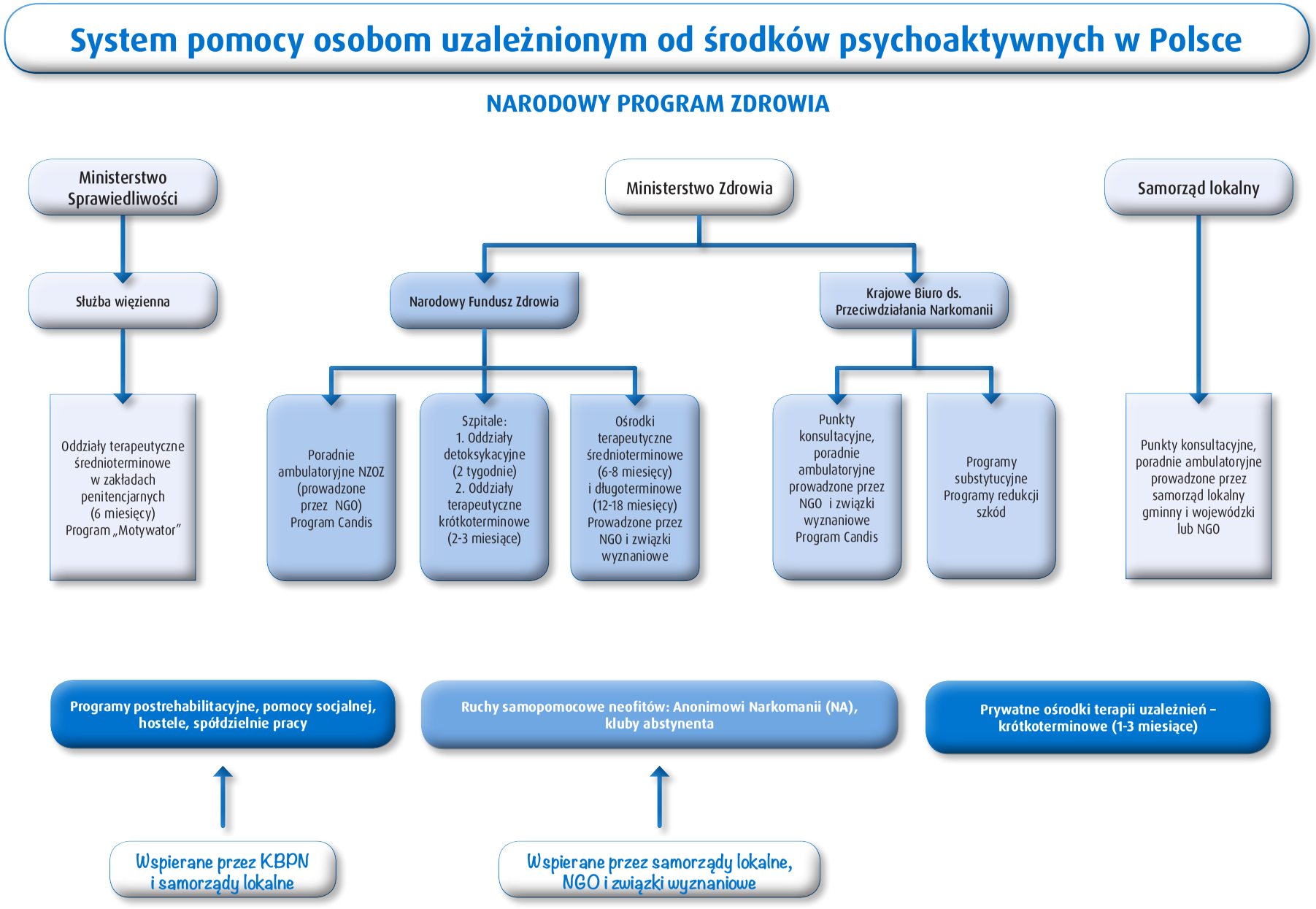
Główną usługą dostępną w NA są mityngi grupowe. Każda grupa działa indywidualnie, wspierając się zasadami obowiązującymi dla całej organizacji, które są przedstawione w literaturze.

Większość grup na cotygodniowe spotkania wynajmuje sale w budynkach prowadzonych przez organizacje publiczne, religijne lub społeczne. Jedna osoba prowadzi mityng, natomiast reszta członków bierze udział w dzieleniu się swoim doświadczeniem w zdrowieniu z uzależnienia od narkotyków. Członkowie grupy dzielą między siebie funkcje związane z usprawnieniem przebiegu mityngu.

Działania streetworkingowe

Programy streetworkingowe są adresowane do osób, które nie podejmują leczenia w placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych, mimo że są uzależnione od narkotyków, przede wszystkim przyjmowanych dożylnie. Pracownicy uliczni, czyli tzw. streetworkerzy, docierają do osób uzależnionych w miejscach ich przebywania, informują o ryzyku szkód zdrowotnych związanym z używaniem narkotyków, motywują do zmiany stylu życia lub sposobów używania narkotyków. Aby ograniczyć ryzyko wystąpienia chorób zakaźnych dostarczają również sterylne igły i strzykawki.

Schemat 1. System pomocy osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych w Polsce.



PSYCHOLOGICZNE METODY POMOCY

Tomasz Kowalewicz

Celem leczenia uzależnień jest uzyskanie zmiany polegającej na odstąpieniu od brania środków psychoaktywnych lub zmniejszeniu intensywności ich brania lub/i zmianie wzorów używania środków psychoaktywnych.

Cel ten może być osiągany różnymi metodami. Ważnym elementem wykorzystywanym w leczeniu uzależnień są psychologiczne metody pomocy. Istotą pomocy psychologicznej jest pomoc udzielana na podstawie **wiedzy psychologicznej** przy użyciu **narzędzi psychologicznych**.

Psychologiczne mechanizmy uzależnienia

Psychologiczne metody leczenia uzależnień (uzyskiwania pożądanej zmiany) wynikają ze sposobu rozumienia psychologicznych mechanizmów uzależnienia. Te mechanizmy są różnie rozumiane i opisywane przez różne teorie i modele. Najważniejsze z nich to (Bukowska, 2012):

- teorie różnic indywidualnych,
- teorie psychoanalityczne,
- teorie behawioralno-poznawcze.

Teorie różnic indywidualnych

Teorie różnic indywidualnych wychodzą z założenia, że za uzależnianie się odpowiedzialne są indywidualne cechy konkretnych osób. Wynika to z faktu, że mimo iż czynniki środowiskowe oddziałujące na konkretną społeczność są względnie podobne, to wśród tej społeczności istnieje duże zróżnicowanie w podatności na uzależnienie. W konsekwencji jako przyczyny uzależniania się identyfikowane są różnice indywidualne, w szczególności w takich wymiarach, jak:

- cechy osobowości,
- poziom samooceny,
- odporność na stres.

Różni autorzy zwracają uwagę na różne cechy osobowości odpowiedzialne za uzależnianie się, takie jak m.in. impulsywność, poszukiwanie nowości, poziom wytrwałości, uzależnienie od nagrody, poziom lęku. Te cechy mają zdiagnozowane podłoże biologiczne.

Niska samoocena, będąca konsekwencją doświadczania negatywnych postaw bliskiego otoczenia społecznego, może być przyczyną rozwoju zachowań niezgodnych z ogólnie przyjętymi normami (m.in. uzależniania się), mających na celu uzyskanie akceptacji np. grupy rówieśniczej, w której branie środków psychoaktywnych jest uznawane za zachowanie pozytywne.

W grupie teorii wiążących uzależnienie ze stresem przyjmuje się, że uzależnienie jest konsekwencją niskiej odporności na stres.

Teorie psychoanalityczne

Teorie psychoanalityczne rozpatrują uzależnienie jako sposób na poradzenie sobie z wewnętrznymi problemami. W związku z tym uzależnienie opisywane jest jako wtórne wobec wcześniej występujących problemów i jest sposobem jednostki na poradzenie sobie z tymi problemami. Jeśli np. daną osobę charakteryzuje nieumiejętność nawiązania lub utrzymania satysfakcjonujących relacji społecznych i przeżywa permanentny stres związany z nieumiejętnością zaspokojenia potrzeby przynależności do grupy rówieśniczej, przyjęcie narkotyku znosi napięcie emocjonalne i umożliwia przeżycie rozluźnienia. Dążenie do ponownego przeżycia podobnego stanu powoduje kontynuację doświadczeń z narkotykami.

Teorie behawioralno-poznawcze

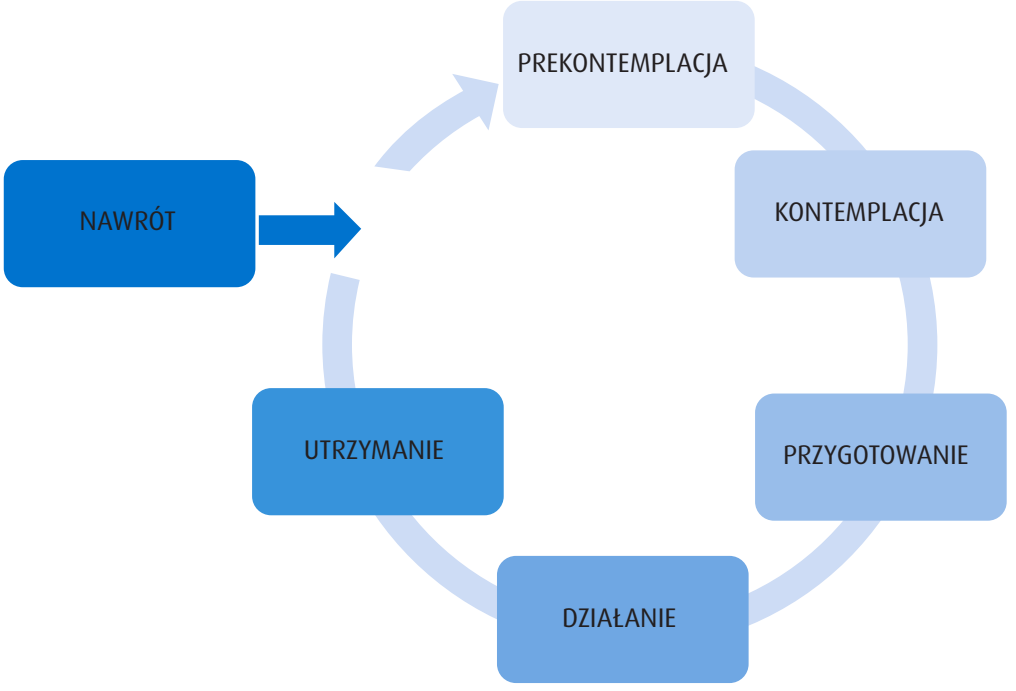
Wspólnym mianownikiem tej grupy teorii jest oparcie się na zasadach behawioryzmu – uczeniu się dzięki warunkowaniu. Wejście w uzależnienie następuje na drodze społecznego uczenia się poprzez modelowanie w sytuacji, gdy doświadczenia ze środkami psychoaktywnymi obserwowanych osób znaczących rozpoznawane są jako nagradzające.

Teorie poznawcze skupiają się na wpływie nieracjonalnych, dysfunkcjonalnych przekonań na funkcjonowanie psychoemocjonalne. A przeżywanie negatywnych emocji może prowadzić do wejścia w uzależnienie.

Zmiana psychologiczna

Bez względu na sposób rozumienia mechanizmu uzależnienia działania mające na celu doprowadzenie do pożądanej zmiany są podobne. Osiąganie zmiany jest procesem i przebiega według określonych stadiów (Prochaska i Norcross, 2006).

Schemat 1. Transteoretyczny model zmiany zachowań.



Etapy zmiany:

- etap prekontemplacji – niespostrzeganie sytuacji jako problemowej, brak zamiaru zmiany zachowania: *Nie mam żadnego problemu. Nie ma w związku z tym żadnego powodu, żebym się zmieniał,*
- etap kontemplacji – refleksja, uzyskanie świadomości posiadania problemu: *Dlaczego nie zastopowałem wczoraj? Może jednak mam jakiś problem?,*
- etap przygotowania – wzbudzenie motywacji, planowanie zmian: *Nie jest dobrze. Nie mogę tak dalej żyć. Muszę coś zmienić. Ale jak?,*
- etap działania – wprowadzanie zmian: *Rozpoczynam psychoterapię w grupie, będę w niej uczestniczył przez 3 miesiące,*
- etap utrzymania – stabilizowanie wprowadzonych zmian, dbanie, aby nie nastąpił powrót do nieprzystosowawczych zachowań: *W tej nowej rzeczywistości – bez środków psychoaktywnych – czuję, że wróciłem do normalności. Nie będę spotykać się z X, bo mógłbym dać się namówić na trawkę.*

W modelu uwzględniane jest niebezpieczeństwo nawrotu – traktowanego jako zjawisko w procesie zmiany, które może się pojawić niemal w każdym momencie.

Zakończenie procesu następuje tylko wtedy, gdy nie ma już pokusy powrotu do zachowań problemowych związanych z zażywaniem. W niektórych przypadkach stan ten nigdy nie zostanie osiągnięty, a dana osoba pozostaje w fazie utrzymania (do końca życia lub do czasu nawrotu).

Metody pomocy psychologicznej

Na poszczególnych etapach procesu zmiany stosowane są zróżnicowane metody pomocy psychologicznej (interwencji psychologicznych).

Poradnictwo (definicja Amerykańskiego Towarzystwa Poradnictwa) – pomoc klientowi w identyfikacji potencjalnych sposobów rozwiązania jego problemów, które powodują emocjonalny dyskomfort, pomoc w sposobach komunikowania się i radzenia sobie z trudnościami, pomoc we wzmacnianiu samooceny, pomoc w promowaniu zdrowia psychicznego (za: Czabała, 2016).

Psychoterapia – świadome i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i interpersonalnych zabiegów w celu pomagania klientom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowości w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany (Norcross, 1990, za: Czabała, 2016).

Podstawową różnicą między poradnictwem a psychoterapią jest to, że poradnictwo psychologiczne kierowane jest do osób zdrowych, mających problemy w realizacji celów rozwojowych, natomiast psychoterapia jest metodą leczenia realizowaną wobec osób przeżywających zaburzenia psychiczne (Czabała, 2016).

Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych (1999) opisują **terapię psychologiczną** jako złożony proces obejmujący niesienie pomocy pacjentowi w osiągnięciu optymalnego poziomu funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego, w akceptacji swojej choroby oraz nawiązywaniu kontaktów społecznych i podejmowaniu różnych aktywności. Ta forma pomocy zakłada dłuższy kontakt pacjenta z psychologiem. Cel terapii psychologicznej określany jest jako osiągnięcie przez pacjenta optymalnego poziomu funkcjonowania.

Zarówno postępowanie poradnicze, jak i psychoterapeutyczne wynika ze sposobu rozumienia mechanizmów trudności przeżywanych przez klientów. Inaczej postępować będzie psycholog o orientacji psychoanalitycznej, inaczej reprezentant teorii behawioralno-poznawczych.

Badania skuteczności psychoterapii pokazały, że efektywność działań wywodzących się z różnych szkół jest podobna. To, co przede wszystkim jest istotne, to **jakość relacji terapeutycznej** – stanowiącej główny czynnik

leczący zaburzeń psychoemocjonalnych. W relacji terapeutycznej istotne jest uzyskanie przez pacjenta takiego poczucia bezpieczeństwa, które umożliwia rozwój procesu przeżywania nowych doświadczeń emocjonalnych, wzrost adekwatności w rozumieniu siebie, nabywanie umiejętności nowych sposobów zachowań (Kratochvil 1984, Czabała 2009).

Psychoterapia może przybierać różne formy:

- **psychoterapii indywidualnej**, realizowanej w relacji pacjent – terapeuta,
- **psychoterapii grupowej**, w której pożądane zmiany lecznicze osiągane są z wykorzystaniem procesów grupowych (dynamiki rozwoju grupy) w grupie najczęściej 5-10-osobowej, prowadzonej przez 1-2 terapeutów,
- **terapii par lub rodzin** – najczęściej w formie terapii systemowej, w której biorą udział partnerskie pary bądź dwóch lub więcej członków rodziny. Partnerska para lub rodzina spostrzegana jest jako system otwarty, zdolny do homeostazy (czyli do wzajemnej modyfikacji funkcjonowania psychoemocjonalnego w rodzinie w kierunku uzyskania równowagi i zgodności). Praca koncentruje się na zrozumieniu i optymalizacji komunikacji w tym systemie. Intrapsychiczne (wewnętrzne) procesy poszczególnych członków systemu są pomijane lub traktowane jako drugorzędne.

Poza poradnictwem i psychoterapią wyróżnić można jeszcze inne formy pomocy psychologicznej.

- **Konsultacja psychologiczna** (wyróżniana w Standardach, 1999) obejmuje psychologiczną diagnozę problemową sformułowaną na podstawie badania stanu psychicznego pacjenta metodami psychologii klinicznej (tj. najczęściej testami psychologicznymi) oraz sformułowanie wskazań dotyczących dalszego postępowania z pacjentem. W praktyce konsultacja obejmuje 2-3 spotkania.
- **Interwencja kryzysowa** polega na udzielaniu pomocy w psychologicznym kryzysie wywołanym chorobą i jej okolicznościami. W stanie ostrego kryzysu potrzebna jest natychmiastowa pomoc, trwająca aż do ustąpienia objawów (Standardy, 1999).
- **Rehabilitacja psychologiczna** jest dostosowana do specyficznych trudności pacjenta. Ma miejsce wtedy, gdy do psychologa zgłasza się pacjent z jakąś niepełnosprawnością, np. po urazie, po wypadku. Zadaniem psychologa jest przywrócenie sprawności psychicznej pacjentowi. W praktyce zwykle duża częstotliwość spotkań przekłada się zwykle na lepsze wyniki rehabilitacji (Standardy, 1999).

Warto – za profesorem Czabałą (Czabała, 2012) – wymienić jeszcze **psychoedukację** – metodę oddziaływania psychologicznego mającego na celu dostarczanie wiedzy i umiejętności ważnych dla radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi, ze stresem i trudnymi doświadczeniami życiowymi. Psychoedukacja jest istotnym elementem działań profilaktycznych i należących do kategorii promocji zdrowia.

Metody pomocy psychologicznej nie ograniczają się do działań prowadzonych przez specjalistów. Istotnym typem pomocy psychologicznej są ruchy samopomocowe. W odniesieniu do osób z problemami dotyczącymi uzależnień od środków psychoaktywnych przede wszystkim trzeba wymienić społeczność terapeutyczną i ruchy NA oraz AA (Anonimowych Narkomanów i Anonimowych Alkoholików).

Zmiany jednostki w funkcjonowaniu psychoemocjonalnym i społecznym mogą być konsekwencją jej uczestnictwa w **społeczności terapeutycznej**, gdzie źródłem zmiany jest system społeczny, w którym jednostka jest zanurzona. Pełnienie przez pacjenta różnych ról społecznych, którym przyporządkowane są określone normy i zasady, umożliwia uczenie się nowych zachowań, wchodzenie w zdrowe relacje interpersonalne, nabywanie akceptowanego społecznie systemu wartości i w konsekwencji uzyskanie przystosowawczej zmiany tożsamości i stylu życia.

Partycypacja w ruchach **Anonimowych Narkomanów** lub **Anonimowych Alkoholików** polega na odbyciu Programu 12 Kroków, umożliwiającego przejście kolejnych faz zmian psychoemocjonalnych prowadzących do

zdrowienia, dzięki przejściu od uznania siebie za pokonanego przez uzależnienie do samorealizacji i rozwoju osobistego. W przemianie pomaga przynależność do grupy NA lub AA oraz zaangażowanie w proces pomagania innym (opis 12 Kroków AA np. na stronie http://aa24.pl/pl/12-krokow-aa/12-krokow-aa).

Bibliografia

Bukowska B., *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli,* w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

Czabała J.Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii,* PWN, Warszawa 2009.

Czabała J.Cz, *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

Czabała J.Cz., *Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia,* „Roczniki Psychologiczne", 2016, XIX, 3.

Kratochvil S., *Psychoterapia. Kierunki – metody – badania*, PWN, Warszawa 1984.

Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna,* Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.

Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych, PTP, 1999, www.ptp.org.pl/teksty//Standardy_Zdrowotne.doc.

Tekst Podstawowy – Anonimowi Narkomani (bez wydawcy i roku wydania, dostępny w sklepie https://www.anonimowinarkomani.org/literatura/nasze-ksiazki).

Wielka Księga AA (bez wydawcy i roku wydania, dostępna w sklepie https://sklep.aa.org.pl).

PROGRAMY SUBSTYTUCYJNE I INNE FARMAKOLOGICZNE METODY POMOCY OSOBOM Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM

Jacek Gąsiorowski

Substytucja lekowa jest jednym z najskuteczniejszych sposobów ograniczania szkód zdrowotnych związanych z dożylnym przyjmowaniem opiatów. Lekiem najczęściej w tym celu stosowanym jest metadon. Jest to syntetyczna pochodna heroiny, lek pobudzający receptory opioidowe w mózgu (całkowity agonista receptorów opioidowych). Lek ten przyjmuje się doustnie, a jego stężenie we krwi utrzymuje się od 24 do 36 godzin (dla porównania, w przypadku heroiny 3 do 6 godzin), co pozwala na dawkowanie w postaci pojedynczej dawki dobowej. Średnia indywidualna dawka metadonu wynosi od 60 do 120 mg (choć indywidualne zapotrzebowanie pacjentów może być różne – od 5 do ponad 200 mg na dobę). Jest lekiem bezpiecznym, najczęstsze działania niepożądane to: wzmożona potliwość, zaparcia, nadmierna senność lub zaburzenia snu, zaburzenia życia seksualnego i koncentracji. Określenie „leczenie metadonem" jest mylące. Metadon nie jest lekiem, który leczy z uzależnienia. Określeniem poprawnym jest: „substytucja metadonowa". Podając codziennie pacjentowi indywidualnie dla niego ustaloną dawkę metadonu, zastępuje się heroinę, likwidując objawy abstynencyjne, zmniejszając głód narkotyku i umożliwiając pacjentowi normalne życie bez konieczności dożylnego przyjmowania opiatów. Pacjent jest jednak w dalszym ciągu uzależniony od opiatów. Substytucja metadonem utrzymuje go w uzależnieniu, jednak jest to uzależnienie „bezpieczne", kontrolowane. Zamiast ulicznej nielegalnej heroiny, pacjent otrzymuje czysty, legalny lek, pod kontrolą lekarską. W przypadku przerwania podawania metadonu pacjent najprawdopodobniej wróci do brania heroiny. Ogromne znaczenie ma fakt doustnego przyjmowania metadonu – pacjent nie ma już objawów abstynencyjnych, nie ma w związku z tym potrzeby kilkukrotnego w ciągu doby wykonywania iniekcji. Cenną cechą metadonu jest również ta, że - w odróżnieniu od heroiny – nie daje on euforii. Pacjent programu metadonowego w odbiorze zewnętrznym jest człowiekiem trzeźwym, mogącym pracować, prowadzić samochód, normalnie kontaktować się z ludźmi. W redukcji szkód zdrowotnych największe znaczenie mają programy metadonowe polegające na długoterminowej stabilizacji pacjenta uzależnionego (podtrzymanie, *maintenance*) – substytucja stałymi lub zwiększanymi dawkami metadonu przez okres powyżej 6 miesięcy. W praktyce nie określa się długości trwania substytucji metadonowej, zakładając, że w przypadku niektórych pacjentów będzie to leczenie dożywotnie. Substytucja metadonem powoduje zaprzestanie lub zmniejszenie nielegalnego brania narkotyków przez uczestniczące w niej osoby. W programie metadonowym we Wrocławiu, odsetek dodatnich wyników badania moczu na obecność metabolitów narkotyków w grupie 55 pacjentów nie przekracza średnio 10% miesięcznie. Ważną korzyścią z takiej formy redukcji szkód jest ograniczenie kryminalnych zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków, zmniejszenie liczby zgonów związanych z narkomanią. Ostatecznym celem jest powrót osoby uzależnionej do społeczeństwa. Oczywiście, przypadki używania narkotyków wśród osób poddanych substytucji są częste, jednak należy pamiętać o tym, że jest to wyłącznie okazjonalne „dobieranie" – co kilka dni, tygodni, w mniejszych dawkach, a nie branie na zasadzie ciągu narkotykowego. Ważnym, ale nie naj-

ważniejszym elementem substytucji metadonem są działania terapeutyczne prowadzone z uczestniczącymi w niej pacjentami. Często jest to możliwe po raz pierwszy od kilku lat, gdyż substytucja metadonem wytwarza u wielu pacjentów sytuację, w której po raz pierwszy od kilku lat nie są oni przez dłuższy czas pod wpływem narkotyków. Stąd też jest możliwość nawiązania z nimi kontaktu, możliwość oddziaływań terapeutycznych, które nakierowane powinny być w pierwszej kolejności na motywowanie pacjentów do unikania brania nielegalnych narkotyków, na uczenie ich normalnego życia, również – choć jest to cel drugorzędny z medycznego punktu widzenia – na leczenie uzależnienia i zmierzanie w kierunku całkowitej abstynencji, także od metadonu. Najważniejszym celem substytucji metadonem jest redukcja szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem narkotyków. Substytucja metadonem umożliwia poprawę stanu zdrowia osób uzależnionych (zajęcie się problemami zdrowotnymi, np. leczenie ropni, leczenie gruźlicy, leczenie stomatologiczne) oraz zmniejszenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych związanych z nielegalnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (HIV, HBV, HCV). W przypadku osób już zakażonych HIV, program metadonowy umożliwia włączenie terapii antyretrowirusowej, daje możliwość przewlekłego monitorowania naturalnego przebiegu zakażenia oraz możliwość leczenia zakażeń oportunistycznych. Możliwa staje się również profilaktyka zakażeń, np. szczepienia profilaktyczne (p/HBV, HAV, p/grypie, p/Streptococcus pneumoniae, p/Haemophilus influenzae).

W Polsce programy metadonowe rozwijają się bardzo powoli, z uwagi, przede wszystkim, na niezwykle restrykcyjne i nieprzystosowane do współczesnych standardów europejskich przepisy. Programy są dostępne w kilkunastu miastach w Polsce.

Metadon nie jest jedynym lekiem stosowanym obecnie w Polsce w substytucji u osób uzależnionych od opiatów. Wśród innych najważniejszym środkiem jest buprenorfina stosowana w postaci tabletek podjęzykowych. Buprenorfina likwiduje objawy abstynencyjne po odstawieniu opiatów, zmniejsza głód heroiny, nie wywołuje euforii. W porównaniu do metadonu jest lekiem bezpieczniejszym, rzadziej powoduje senność i depresję układu oddechowego. Sposób dawkowania, właściwości farmakologiczne i profil bezpieczeństwa buprenorfiny (lek bezpieczniejszy od metadonu w przypadku przedawkowania, z uwagi na swój charakter częściowego antagonisty receptorów opioidowych) powodują, że jest to lek, który pacjentom daje więcej swobody – nie ma konieczności codziennego zgłaszania się w poradni w celu otrzymania leku, jak ma to miejsce w przypadku metadonu. Stąd też jest dobrym substytutem dla pacjentów lepiej funkcjonujących, zarówno w wymiarze indywidualnym (utrzymywanie w czasie leczenia abstynencji od nielegalnych narkotyków), jak i społecznym (praca, rodzina).

Inne leki stosowane w substytucji osób uzależnionych od opiatów to m.in.: kodeina, morfina o przedłużonym uwalnianiu, heroina. Najwięcej kontrowersji budzą programy heroinowe. Przeznaczone są one dla pacjentów, którzy nie byli w stanie utrzymać się w programie substytucji metadonowej (odsetek takich osób ocenia się nawet na 20%) i dla których nie było już żadnej innej opcji terapeutycznej w zakresie redukcji szkód. Pacjenci uczestniczący w programie heroinowym otrzymują w placówce służby zdrowia iniekcje z czystej syntetycznej heroiny 2-4 razy dziennie. Rezultaty są bardzo dobre. Liczba pacjentów, którzy utrzymują się przez długi czas w leczeniu jest zwykle wysoka, w większości przypadków obserwuje się pełny powrót pacjentów do prawidłowego funkcjonowania, tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Brak jest łącznych danych na temat skuteczności substytucji lekowej osób uzależnionych od opiatów w polskich programach substytucyjnych. Problemem jest również brak ustalonej jednolitej definicji skuteczności substytucji. Dla części pacjentów efektem leczenia jest całkowita abstynencja od jakichkolwiek środków odurzających, włącznie z alkoholem, dla innych jedynym efektem, który udaje się osiągnąć jest zmniejszenie częstotliwości dożylnego przyjmowania heroiny. W obu tych przypadkach można mówić o skutecznym leczeniu. Jeśli skuteczność substytucji mierzyć odsetkiem pacjentów pozostających w leczeniu po roku, to np. w ośrodku wrocławskim osiąga on około 70%, po 10 latach około 50%.

Nierozwiązanym dotychczas problemem terapii substytucyjnej w Polsce jest stosunkowo niska dostępność. Ośrodki oferujące ten typ leczenia zlokalizowane są zwykle w dużych miastach – aby prowadzenie tego typu działalności było opłacalne, konieczne jest objęcie leczeniem dużej liczby pacjentów, a taką można znaleźć wyłącznie w dużych ośrodkach miejskich. Ośrodek, który chce prowadzić substytucję, musi spełniać wiele wygórowanych i kosztownych warunków kadrowych i lokalowych, co przy niewystarczającym finansowaniu wyklucza raczej możliwość prowadzenia tego typu działalności przez małe podmioty w małych ośrodkach, np. na wsi. Osoby uzależnione od opioidów mieszkające daleko od dużych miast, są właściwie pozbawione w Polsce możliwości skorzystania z substytucji.

Leki stosowane w substytucji mogą być wykorzystywane również do prowadzenia detoksykacji osób uzależnionych od opioidów. Leki te stosuje się wówczas w stopniowo zmniejszanych dawkach przez kilka tygodni. Czyni to detoksykację doświadczeniem znacznie mniej bolesnym i przykrym dla pacjenta, zwiększa również szanse na ukończenie detoksykacji i skierowanie pacjenta do innych form leczenia.

Idealny algorytm postępowania wobec osoby uzależnionej od opiatów powinien zakładać próbę rozpoczęcia leczenia w systemie *drug free* (tzn. w ośrodku stacjonarnym), w przypadku niepowodzenia – substytucję buprenorfiną, w przypadku niepowodzenia – metadon, dalej – morfinę o przedłużonym uwalnianiu, a dla pacjentów, u których zawiodły wszystkie opcje, program heroinowy.

Pewne ograniczone zastosowanie w leczeniu osób uzależnionych od opioidów może mieć również naltrekson, będący antagonistą receptorów opioidowych. Może on być stosowany w leczeniu podtrzymującym u uzależnionych od heroiny. Lek łączy się z receptorami opioidowymi, prowadząc do zniesienia euforyzującego działania opioidów. Pozwala on na pokonanie głodu psychicznego na wczesnym etapie uzależnienia. Może być skuteczny u osób dobrze przystosowanych do życia, funkcjonujących jeszcze w swych rolach rodzinnych i społecznych. Jego zastosowanie można rozważyć u pacjentów, którzy zakończyli leczenie w ośrodku – jako lek ułatwiający utrzymanie abstynencji, również u pacjentów z podwójną diagnozą.

Wszystkie programy leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opiatów przynoszą ogromne korzyści społeczne. Należy pamiętać o tym, że osoby uzależnione zakażone HIV, HCV, HBV, prątkami gruźlicy stanowią główne źródło transmisji tych zakażeń na populację ogólną. Stąd też zmniejszenie częstości tych zakażeń w grupie osób uzależnionych oraz ich leczenie ma korzystny wpływ również na sytuację zdrowotną populacji ogólnej. Możliwość zapobiegania i wczesnego leczenia różnych schorzeń (np. zakażenia HIV) u pacjentów programów substytucyjnych zmniejsza nakłady na leczenie powikłań i późnych stadiów tych chorób (np. AIDS). Dobrze funkcjonujące programy substytucyjne wpływają na ograniczenie rynku narkotykowego w miejscu swego działania (brak popytu na narkotyki zmniejsza ich podaż), a tym samym na zmniejszenie częstości różnego rodzaju aktywności kryminalnej, która nierozerwalnie związana jest z narkomanią (handel narkotykami, kradzieże, prostytucja, rozboje, napady, zabójstwa). Według danych National Institute on Drug Abuse, każdy 1 dolar przeznaczony na leczenie metadonem przynosi 7 dolarów oszczędności kosztów związanych z działaniami kryminalnymi. A jeśli doliczy się koszty opieki zdrowotnej, stosunek uzyskanych oszczędności w wydatkach publicznych do poniesionych wydatków wynosi 12:1.

REDUKCJA SZKÓD

Jacek Charmast

Wprowadzenie

Wszyscy jako społeczeństwo bywamy w takich sytuacjach, gdy ponad nasze siły jest powstrzymanie jakiejś szkodliwej lub wątpliwej moralnie działalności człowieka, czy to ze względu na rozmiar zjawiska i ograniczone środki, czy na skuteczny opór, jaki napotkamy, czy z innych powodów. Nie likwidujemy gwałtownie pieców węglowych, które zatruwają nam powietrze, nie produkujemy jedynie bezpiecznych aut, o małej mocy i prędkości, nie zakazujemy ekstremalnych sportów, w tym wspinaczki w wysokich górach. Nie pozostajemy jednak bezczynni, bo rozsądek podpowiada nam inne rozwiązania. Aby ograniczyć straty spowodowane podobnymi działalnościami edukujemy, perswadujemy, tworzymy i wykorzystujemy przeróżne zabezpieczenia. Dysponujemy procedurami i zabezpieczeniami dla alpinistów, systemem GPS, pogotowiem górskim, w samochodach instalujemy pasy bezpieczeństwa, budujemy drogi szybkiego ruchu, bezkolizyjne skrzyżowania, prowadzimy długofalową politykę ekologiczną, spójną z polityką społeczną i gospodarczą. Jak widać, wszystkie te rozwiązania odwołują się też do rozsądku drugiej strony, do mądrości tych, którzy mimo skłonności do ryzyka, powinni w swoim własnym interesie z proponowanych zabezpieczeń skorzystać.

Czy taka polityka jest skuteczna? Posłużmy się przykładami strategii zorientowanych na przeciwdziałanie skutkom używania tytoniu. Dlaczego nimi? Po pierwsze, wszyscy na co dzień widzimy je w działaniu, po drugie mają one wiele wspólnego z podejściem redukcji szkód, które jest przedmiotem tego opracowania.

Wymieńmy kilka takich przykładów. Od wielu już lat prawo zobowiązuje producentów wyrobów tytoniowych do umieszczania przekazu profilaktycznego na każdym opakowaniu papierosów czy innych podobnych produktów. W lecznictwie uzależnień, w lecznictwie chorób wywołanych przez palenie, czy takich chorób, gdzie palenie znacznie przyśpiesza ich rozwój, lekarze od lat wskazują palaczom mniej szkodliwe formy używania nikotyny. Gumy Nicorette, plastry czy papierosy elektroniczne są, np. w opinii pulmonologów, zdecydowanie mniej szkodliwymi substytutami papierosów. Napotykamy wszędzie wydzielone miejsca dla palaczy, w zakładach pracy, w restauracjach, w szpitalach, nawet w placówkach odwykowych. Jakie są efekty takich strategii?

Mimo że, jak wiemy, w walce z nikotynizmem nie sięgnięto po restrykcyjne środki, używanie papierosów staje się dzisiaj czymś wstydliwym. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu artyści nagminnie fotografowali się z papierosem czy fajką, dzisiaj to już się prawie nie zdarza. Strategie antynikotynowe, chociaż nie stygmatyzują palaczy i odrzucają prohibicję, to mocno podkreślają prawa niepalących i je chronią. To pozwala osiągnąć społeczne porozumienie – użytkownicy tytoniu na ogół rozumieją ideę ochrony zdrowia osób niepalących i związane z nią zasady, w tym zakaz palenia w miejscach publicznych. Zatem, co łączy strategie antynikotynowe z podejściem redukcji szkód? Te wspólne elementy to: oparta na dowodach naukowych edukacja odwołująca się do rozsądku palaczy, respektowanie innych niż abstynencja celów leczenia nikotynizmu (ograniczenie palenia, papierosy slim/light), zmiana formy używania nikotyny na mniej szkodliwą (substytuty papierosów), oparta na

równowadze ochrona interesu obydwu stron, palących i niepalących, respektowanie metody małych kroków w uwalnianiu się od uzależnienia, wreszcie wydzielanie miejsc dla użytkowników tytoniu.

Co to jest redukcja szkód?

Redukcja szkód (*harm reduction*) to podejście oparte na takim działaniu, którego celem jest zmniejszenie szkód wyrządzanych sobie, swojemu otoczeniu i społeczeństwu przez użytkowników różnych substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu.

Kwestie dotyczące użycia strategii redukcji szkód w przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie są przedmiotem tego opracowania, ale spróbujmy się do nich odnieść choć w paru zdaniach. Otóż to, co łączy wszelkie działania redukcji szkód, w tym te zorientowane na osoby pijące alkohol, to dostrzeganie i respektowanie także innych celów niż abstynencja. Chodzi tu o ograniczenie i kontrolowanie picia, poprawę funkcjonowania społecznego czy poprawę stanu zdrowia klienta. Charakterystyczne jest też zindywidualizowanie podejścia do każdego przypadku i kontekstu, w jakim dana osoba funkcjonuje. Strategie redukcji szkód z natury bardziej elastyczne od programów abstynencyjnych, mają znacznie mniej oporu w posługiwaniu się farmakoterapią, np. stosowaniem leków łagodzących objawy abstynencyjne czy zmniejszających potrzebę użycia alkoholu.

Redukcja szkód związana z używaniem narkotyków to wszelkie działania podjęte w celu zmniejszania szkód lub ich ryzyka u osób przyjmujących narkotyki, ich rodzin i społeczeństwa[17].

W wielu opracowaniach dotyczących przedmiotowego tematu napotykamy na sześć podstawowych zasad redukcji szkód. Nie jest znany ich autor, natomiast ustalono, że pojawiły się po raz pierwszy w latach 90., na stronie internetowej należącej do organizacji Harm Reduction Coalition[18]. Oto te zasady:

1. Uzyskanie całkowitej abstynencji to nie zawsze najważniejszy cel interwencji.
2. Udziela się pomocy w takiej sytuacji, w jakiej osoba używająca narkotyków aktualnie się znajduje.
3. Osoby używające narkotyków są w stanie kierować sobą i zmieniać swoje zachowania.
4. Niektóre sposoby używania narkotyków są bezpieczniejsze od innych.
5. Należy włączać osoby używające narkotyków w planowanie dotyczącej ich interwencji.
6. Skuteczna interwencja bierze pod uwagę warunki i środowisko, w jakim osoba używająca narkotyków przebywa[19].

Wraz z zasadami udzielania pomocy redukcja szkód proponuje użycie dobranych narzędzi, zestawu praktyk i technologii pomocy. Zanim do nich przejdziemy, kilka słów komentarza w przedmiocie zasad.

Proponując klientowi pomoc, nie powinniśmy żądać od niego porzucenia narkotyków, jako wstępnego warunku jej udzielenia. Choć nasza interwencja ma na uwadze, że abstynencja jest dla niego celem optymalnym, nie możemy zignorować faktu, że pierwszą potrzebą klienta jest np. uzyskanie miejsca, gdzie mógłby spędzić noc czy otrzymanie pomocy lekarskiej. Wywołanie pozytywnej zmiany u klienta powinno się odbywać w tempie przez niego wyznaczonym, najczęściej metodą małych kroków. Doświadczenie uczy, że zbyt silny nacisk na przyśpieszanie zmiany, prowadzi do zerwania kontaktu. Klient jest w stanie kierować swoim losem i zmieniać się, jeżeli postawione przed nim cele będą realne do osiągnięcia i w bliskiej perspektywie. Większość uzależnionych używa codziennie czystych igieł i strzykawek, jeżeli są dostępne, potrafi też zadbać o higienę,

[17] K. Sempruch-Malinowska, M. Zygadło, *Redukcja szkód. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

[18] www.harmreduction.com.

[19] K. Sempruch-Malinowska, M. Zygadło, *Redukcja szkód. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

gdy ma zapewniony łatwy dostęp do urządzeń sanitarnych. Należy mieć zawsze na uwadze, że największym zagrożeniem dla siebie i otoczenia jest użytkownik narkotyków, który nie jest objęty żadną pomocą. W zakresie wzorów używania narkotyków powszechnie wiadomo, że niektóre wzory szybciej powodują degradację zdrowotną klienta, np. używanie iniekcyjne, używanie wspólnych igieł i strzykawek czy zastępowanie niektórych narkotyków tradycyjnych, podobnymi w działaniu, ale bardziej groźnymi „dopalaczami". Edukując klienta o sposobach bardziej bezpiecznych, dążmy zarazem do przyjęcia przez niego postawy „nie jest mi wszystko jedno".

Co do zasady, mówiącej o wspólnym przygotowywaniu z klientem planu pomocy, chodzi o to, by nie został on narzucony przez „wszystko wiedzącego" terapeutę, ale by powstał taki plan, który klient uzna za swój. Należy założyć, że taki wspólny koncept będzie bardziej realistyczny i bliższy zidentyfikowanym przez obie strony problemom. Ważne jest nazwanie tych problemów, wskazanie priorytetów i kolejności ich rozwiązywania. Należy także wziąć pod uwagę jego sytuację rodzinną, prawną czy uwikłania środowiskowe. W wielu przypadkach konieczna jest zmiana środowiska, umożliwienie zmiany adresu, pomoc w znalezieniu leczenia poza miejscem zamieszkania. Istotną częścią działań redukcji szkód jest praca socjalna, w tym działania opiekuńcze zorientowane na uczynienie warunków życia klienta bezpieczniejszymi i bardziej znośnymi. Ważne jest zatem, by działania związane z leczeniem uzależnienia czy leczeniem chorób współtowarzyszących zacząć po zabezpieczeniu podstawowych potrzeb klienta. Dotyczy to dachu nad głową i bezpiecznego otoczenia, zapewnienia wyżywienia, odzieży i dostępu do urządzeń sanitarnych.

Redukcja szkód w Europie

Redukcja szkód jest uważana w krajach o wysokiej kulturze leczenia i pomocy za jeden filarów zrównoważonego systemu przeciwdziałania narkomanii. System taki, aby być efektywny, powinien zadbać o dobre prawo narkotykowe i jego przestrzeganie (redukcja podaży), o dostępną i skuteczną pomoc i leczenie (redukcja popytu), wreszcie powinien zadbać o działania z zakresu redukcji szkód. Rada Europejska zaleciła w 2003 r. państwom Wspólnoty rozwijanie strategii redukcji szkód związanych z uzależnieniem od narkotyków. Zalecenie to zostało potwierdzone przez Komisję Europejską w sprawozdaniu uzupełniającym (2007 r.). Stwierdzono w nim, że redukcja szkód stanowi cel w zakresie zdrowia publicznego we wszystkich krajach UE. Dzisiaj nie budzi już wątpliwości, że redukcja szkód ma znaczącą rolę i zasługi w ograniczaniu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych i przedawkowaniu narkotyków[20].

Jako podejście do rozwiązywania problemów narkotykowych redukcja szkód pojawiła się wraz z epidemią HIV/AIDS, gdy wiele krajów przestało radzić sobie z rosnącymi wskaźnikami zakażeń, skorelowanymi z rosnącymi liczbami iniekcyjnych użytkowników narkotyków i ich marginalizacją. Wtedy to wskazano na ograniczenia, jakie niesie za sobą zbyt represyjne prawo i rozpowszechniony wówczas model pomocy, wymuszający abstynencję.

W środowisku ekspertów redukcji szkód żywe są dyskusje dotyczące optymalizacji pomocy i leczenia uzależnień. Eksperci odwołują się często do aktualnej wiedzy naukowej, wytycznych oraz opinii najważniejszych międzynarodowych organizacji zajmujących się polityką narkotykową. Istotne jest tu stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mówiące, że cele leczenia nie mogą ograniczać się do abstynencji. Traktowanie abstynencji jako jedynego celu leczenia może utrudniać osiąganie innych ważnych celów[21].

[20] Raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2012.

[21] Stanowisko WHO/UNODC/UNAIDS: Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV/AIDS, 2004. WHO/UNODC/UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004.

Współczesna wiedza często podważa racjonalność modelu pomocy opartego na abstynencji jako jedynym celu oddziaływań.

Nauka przyjmuje, że:

- Uzależnienie od narkotyków uważane jest za chorobę, u podłoża której leżą zaburzenia funkcjonowania mózgu spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.
- W etiologii tej choroby ważną rolę odgrywają czynniki środowiskowe i biologiczne.
- Z uzależnieniem w sposób istotny są związane inne choroby (choroby współwystępujące).
- W grupie chorób współwystępujących bardzo poważną rolę odgrywają zaburzenia psychiczne[22].

Biorąc pod uwagę podobne stanowiska nauki i instytucji międzynarodowych eksperci redukcji szkód formułują wiele wniosków i rekomendacji, służących optymalizacji modelu pomocy. Najważniejsze z nich zwracają uwagę na problem marginalizacji społecznej, deficyty dostępności terapii substytucyjnej czy deficyty pomocy socjalnej. Poniżej trzy przykłady najczęściej pojawiających się wniosków:

- Abstynencja, traktowana nie tylko jako cel, ale najczęściej jako warunek udzielenia wsparcia, pozostawia większość uzależnionych poza systemem pomocy, pogłębia ich marginalizację społeczną, degradację zdrowotną, generuje znaczące koszty społeczne.
- Problem uzależnienia od opiatów (głównie od heroiny, w Polsce od „brązowej heroiny" i „kompotu") wymaga szerszej dostępności terapii substytucyjnej, leczenia opartego na stosowaniu preparatów opioidowych.
- Osoby wykluczone społecznie, głównie uzależnione i bezdomne, potrzebują programów zapewniających im opiekę noclegową i dzienną. Opieka taka może być wstępem do głębszych oddziaływań, w tym do zaproponowania leczenia. Programy opiekuńcze w sposób istotny poprawiają bezpieczeństwo publiczne, poprawiają stan higieny wśród bezdomnych, efektywnie wzmacniają postawę „nie jest mi wszystko jedno".

Podstawa prawna

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r.

Art. 2 ust. 1

Przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności: (...) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych (...).

Art. 28 ust. 1

Osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego.

[22] M. Wojnar, K.J. Brower, *Neurologiczne mechanizmy uzależnienia. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012; M. Wojnar, *Optymalizacja farmakologicznego leczenia uzależnień – czy tylko wsparcie abstynencji?*, materiały konferencyjne: Skuteczne strategie w leczeniu uzależnień, Michałowice, 21-23 września 2017 r.

Redukcja szkód w działaniu: edukacja

Edukacja o narkotykach

Działania edukacyjne w obszarze redukcji szkód mają na celu rozwinięcie u klienta umiejętności unikania największych zagrożeń, wskazania sposobów zastępowania niebezpiecznych wzorów używania narkotyków wzorami bezpieczniejszymi. Edukatorzy, często w ramach pracy środowiskowej, uczą, jak unikać przedawkowania, przekazują wiedzę o zakażeniach i ich przenoszeniu. Edukacja taka jest proponowana nie tylko osobom uzależnionym, ale też okazjonalnym użytkownikom narkotyków, np. konsumentom stymulantów czy konopi. Działania wobec tych grup są prowadzone w klubach, podczas koncertów i imprez muzycznych, wszędzie tam, gdzie młodzież może mieć do czynienia z narkotykami. „W ramach edukacji o narkotykach w programie redukcji szkód pacjent powinien otrzymać możliwie kompletną i aktualną wiedzę przydatną w podejmowaniu decyzji dotyczących używanych przez niego środków psychoaktywnych. Istotnym problemem są informacje płynące ze środowiska rówieśniczego i te uzyskane od dilerów, którym bardziej zależy na zdobyciu klienta niż przekazaniu prawdziwej informacji o danej substancji i przypuszczalnych efektach jej działania. Inne programy edukacyjne bazują na strachu jako czynniku zniechęcającym do substancji psychoaktywnych. Niebezpieczną częścią tej strategii są nieprawdziwe informacje o substancjach psychoaktywnych przekazywane w imię »wyższej racji« – »chronienia« przed narkotykami. Szkodliwe są wszystkie fałszywe informacje o narkotykach, powtarzanie mitów, straszenie młodzieży, przynoszą one bowiem odwrotny efekt, nie chronią przed eksperymentowaniem ze środkami psychoaktywnymi, a jedynie przyczyniają się do utraty zaufania do osób edukujących.

Do edukacji narkotykowej należy także przekazywanie informacji o środkach psychoaktywnych aktualnie dostępnych na czarnym rynku, a w szczególności o ich jakości, sile działania, zagrożeniu przedawkowaniem. Mogą to być informacje od pacjentów, którzy mieli problemy zdrowotne z powodu zakupu i zażycia zanieczyszczonego narkotyku, co skutkowało np. zapaścią. Albo też informacje o podobnym zdarzeniu przekazane przez świadków ulicznym terapeutom, pracownikom drop-in center, które trafiają do środowiska, chroniąc pacjentów przed przedawkowaniem ze skutkiem śmiertelnym”[23].

Redukcja szkód w działaniu: praca środowiskowa

Programy wymiany igieł i strzykawek

Programy te, oferowane grupie iniekcyjnych użytkowników narkotyków, są prowadzone w miejscach przez nich odwiedzanych, przez pracowników środowiskowych (streetworkerów). Na ulicy, w schroniskach, poradniach, punktach dziennego pobytu. Ich głównym celem jest przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się HIV, HCV, HBV oraz innych zakażeń przenoszonych przez krew. Programy te dystrybuują sterylny sprzęt do iniekcji, prezerwatywy, środki do dezynfekcji, środki opatrunkowe. Klient jest motywowany do zwrotu zużytych igieł i strzykawek – odpady są zbierane do specjalnych pojemników, następnie utylizowane. Działania środowiskowe streetworkerów służą dodatkowo nawiązaniu pierwszego kontaktu z klientem i zachęceniu go do odwiedzenia placówki pomocowej czy leczniczej, gdzie proponowana jest dalsza pomoc.

[23] K. Sempruch-Malinowska, M. Zygadło, *Redukcja szkód. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

„Oczekiwanie na pacjenta w gabinecie okazuje się w praktyce mało efektywne, bowiem zdecydowana większość osób przyjmujących środki psychoaktywne nie poszukuje gabinetów terapeutycznych. Ktoś, kto potrafi wejść do środowiska pacjenta i zostaje przez nie zaakceptowany, uzyskuje wysoką wiarygodność i jego pomoc może być przyjęta jako rzecz zupełnie naturalna. Specjaliści wchodzący w środowisko pacjentów, mają możność poznać ich rzeczywiste, aktualne problemy i próbować razem z nimi szukać adekwatnych rozwiązań. Do klasyki działań środowiskowych, oprócz wspomnianej wcześniej edukacji o narkotykach, należą: programy wymiany igieł i strzykawek, rozdawnictwa środków dezynfekcyjnych, destylowanej wody, filtrów do oczyszczania narkotyku, a także szkolenia z zakresu bezpieczniejszych iniekcji, profilaktyki przedawkowania, pomocy przedmedycznej. Programy szkoleń dotyczą nie tylko kadry pracującej w programach środowiskowych, ale również zainteresowanych pacjentów”[24].

Spośród 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA wszystkie, oprócz Turcji, udostępniają nieodpłatnie iniekcyjnym użytkownikom narkotyków czyste igły i strzykawki w specjalistycznych placówkach.

Działania opiekuńcze

Są to programy prowadzone w formie świetlic (punktów pobytu dziennego), noclegowni czy całodobowych schronisk. Ich klientami są na ogół osoby uzależnione i aktualnie używające narkotyków, zarazem osoby od wielu lat pozostające w sytuacji wykluczenia społecznego, bezdomne lub spędzające czas w przestrzeni miejskiej. Programy te służą poprawie stanu zdrowia i higieny klientów, przeciwdziałają zamarznięciom w okresie niskich temperatur, zapewniają klientom bezpieczeństwo, głównie przed przemocą związaną z życiem na ulicy. Co istotne, dają pracownikom serwisu odpowiednią przestrzeń i czas do zaproponowania klientom leczenia. W ramach tych programów prowadzona jest stacjonarna wymiana igieł i strzykawek oraz edukacja służąca zmianie postaw w kierunku „nie jest mi wszystko jedno”. Działania opiekuńcze są egzemplifikacją stosowanej w redukcji szkód zasady „najpierw bezpieczeństwo”.

Działania środowiskowe wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków

Nurt redukcji szkód kieruje większość swoich działań do osób z długą i ciężką historią używania substancji psychoaktywnych, prowadząc je często w środowisku klienta (działania streetworkerów). Należy jednak podkreślić, że redukcja szkód ma też bogatą ofertę dla okazjonalnych użytkowników narkotyków. Stanowią oni niekiedy przeważającą część klientów streetlawerów, czyli pracujących zgodnie z zasadami redukcji szkód prawników ulicznych. Obecnie najpopularniejszym narkotykiem w Polsce jest marihuana, stąd wiele policyjnych zatrzymań i konfiskat dotyczy tej właśnie substancji oraz wchodzącej w dorosłość, stosunkowo dobrze funkcjonującej społecznie młodzieży. Celem działań prawników jest uchronienie klientów przed skazaniem i zarazem nakłonienie ich do udziału w programach profilaktycznych. Preferowane są rekomendowane programy o potwierdzonej skuteczności.

Zwłaszcza w dużych miastach ważną aktywnością redukcji szkód skierowaną do okazjonalnych użytkowników narkotyków jest praca w klubach i podczas imprez muzycznych, prowadzona przez partyworkerów. Narkotyki używane w klubach to często stymulanty o nieznanym bliżej składzie i pochodzeniu, używane razem z alkoholem. Rolą partyworkerów jest między innymi udzielenie pierwszej pomocy w przypadku przedawkowań czy zesłabnięcia. Przykładowo, edukacja prowadzona w klubach uczy, że narkotyki miewają opóźnione

[24] K. Sempruch-Malinowska, M. Zygadło, *Redukcja szkód. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

działanie, przez co łatwo je przedawkować, albo że zmieszane z innymi substancjami (np. z alkoholem) dają nieoczekiwane, niebezpieczne efekty.

Używanie narkotyków bywa częstym elementem spędzania wolnego czasu bardzo wielu osób. Osoby te na co dzień funkcjonują poprawnie, ale nie widzą niczego zdrożnego w rekreacyjnym używaniu marihuany w weekendy czy tabletek ecstasy podczas imprez tanecznych. W ostatnich latach nasila się zjawisko nazywane chemseksem, zjawisko używania substancji psychoaktywnych dla poprawienia sprawności seksualnej. Chemseks jest związany z kulturą gejowską i spotkaniami, podczas których ich uczestnicy miewają wiele kontaktów seksualnych.

Należy tu podkreślić, że edukacja kierowana do tych wszystkich grup okazjonalnych użytkowników narkotyków nie ocenia stylu życia, ale uczy przede wszystkim, jak nie dać się szybko zabić narkotykom (przedawkowania) czy trwale pogorszyć stanu zdrowia (udary).

Partyworkerzy Monaru w Szczecinie.

Poradnictwo prawne

Prawnicy, kierujący się zasadami redukcji szkód, wskazują osobom używającym narkotyków i ich rodzinom najlepsze ścieżki postępowania w zgłaszanych sprawach. Pomagają klientom uniknąć więzienia poprzez wykorzystanie przewidzianych przez prawo alternatyw dla kar i form probacyjnych, pomagają uregulować sytuację prawną osobom opuszczającym zakłady karne. Istotną częścią działań prawników jest wsparcie uzależnionych i ich rodzin w uzyskaniu redukcji zadłużeń, pomoc w uzyskaniu mieszkań socjalnych, ochrona przed eksmisją. Poradnictwo prawne prowadzone bywa też w środowisku użytkowników narkotyków. Klienci przedstawiają swoje sprawy prawnikowi (streetlawyer) i umawiają się na kolejne spotkanie w placówce.

Pokoje bezpiecznych iniekcji

Działalność pokoi iniekcyjnych jest prowadzona w niektórych dużych europejskich miastach, w których popularna jest narkomania iniekcyjna, a spowodowane iniekcjami przedawkowania i zgony są istotnym problemem społecznym. Praca takich serwisów polega na udostępnieniu pomieszczenia, gdzie można przyjąć

narkotyk pod kontrolą pielęgniarki czy ratownika medycznego i gdzie można otrzymać czyste igły i strzykawki. Przedmiotowe serwisy odzyskują znaczące ilości zużytego sprzętu do iniekcji, chroniąc na przykład osoby korzystające z miejsc rekreacyjnych, w tym korzystające z parków, przed przypadkowymi ukłuciami porzuconymi, zainfekowanymi igłami.

Redukcja szkód w działaniu: leczenie substytucyjne

Leczenie substytucyjne

Jest to terapia przeznaczona dla osób uzależnionych od opiatów/opioidów (heroina, kompot, morfina itp.). Prowadzi się ją z użyciem leków opioidowych, z których najszerzej stosowanymi są metadon i buprenorfina. Istotną dla tego leczenia właściwością wymienionych preparatów farmakologicznych jest to, że likwidują głód narkotykowy na wiele godzin (powyżej 24h) i nie dają efektu odurzenia. Leki substytucyjne połączone z terapią, często z opieką socjalną, pozwalają pacjentowi na powrót do normalnego funkcjonowania, znacznie wydłużają życie, bardzo skutecznie pomagają w porzuceniu działalności przestępczej, prowadzonej w celu zdobycia pieniędzy na narkotyki. Programy substytucyjne przyczyniają się istotnie do poprawy funkcjonowania rodzin pacjentów i poprawiają bezpieczeństwo publiczne.

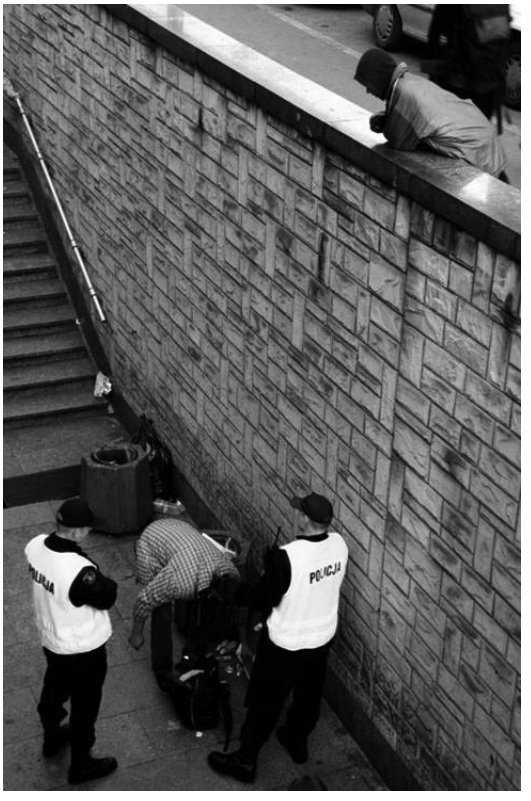
Wśród innych form działań bazujących na redukcji szkód, warto zwrócić uwagę na tzw. **psychoterapię redukcji szkód**. Twórca tej metody, amerykański psychiatra Andrew Tatarsky, udowadnia, że leczenie politoksykomanów można prowadzić poprzez stopniowe uwalnianie pacjenta od poszczególnych substancji i przedstawia swoje doświadczenia z takiej praktyki[25] w wydanej także w Polsce książce *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu.*

Szkody i koszty narkomanii

Szkody, będące skutkami używania narkotyków, dotykają bardzo wielu sfer życia, ale najprostszy ich podział wskazuje na dwie zasadnicze grupy: szkody indywidualne, dotykające osoby, które przyjmują narkotyki, oraz szkody społeczne, dotykające rodziny tych osób, dalsze otoczenie i społeczeństwo w ogóle.

Szkody dotyczące użytkownika narkotyków to m.in. utrata zdrowia, choroby towarzyszące narkomanii, zakażenia HIV czy HCV, niepełnosprawność, wypadnięcie z ról społecznych i marginalizacja, utrata praw rodzicielskich, rozpad rodziny, małżeństwa, bezdomność, zubożenie, pobyty w więzieniu, śmierć pośrednio lub bezpośrednio spowodowana używaniem narkotyków.

Szkody społeczne najbardziej dotykają najbliższej rodziny użytkownika narkotyków, zwłaszcza wtedy, gdy rodzina zamieszkuje z nim pod jednym dachem. Taka sytuacja wiąże się z bardzo dotkliwymi dla niej konsekwencjami, w tym z przemocą, zubo-



Interwencja Policji. Warszawa, Dworzec Centralny, 2011 r.

Źródło: Archiwum Centrum Redukcji Szkód Monar w Warszawie.

[25] A. Tatarsky, *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, KBPN, Warszawa 2007.

żeniem, demoralizacją bliskich, głównie rodzeństwa, rozpadem więzi, rozwodami, utratą praw rodzicielskich, wypadaniem z ról społecznych kolejnych osób. Szkody ponoszone przez społeczeństwo to skutki ponoszone przez ofiary przestępstw, skutki działań narkobiznesu, to problemy z bezpieczeństwem wielu miast, ich ulic i dzielnic. Jest wiele przykładów na to, że narkomania przyczyniła się do degradacji i upadku ekonomicznego wielu wcześniej dobrze prosperujących skupisk ludzkich, gdzie rozrastająca się przestępczość, przemoc, prostytucja, wyparły inne istotne, np. dla kultury czy gospodarki, aktywności społeczne. Aby poradzić sobie z narkomanią, społeczeństwo uruchamia i angażuje często bardzo znaczące zasoby. Podejmuje działania, które mają zapewnić bezpieczeństwo na ulicach, pozwalają karać i izolować przestępców, chronić rodziny przed zubożeniem i degradacją, zapewnić ochronę dzieciom z patologicznych rodzin. Społeczeństwo powołuje instytucje zajmujące się strategiami narkotykowymi, epidemiologią, odpowiednią legislacją, tworzy i finansuje instytucje mające zapewnić leczenie i pomoc osobom używającym narkotyków. Efektywne przeciwdziałanie narkomanii wymaga wieloaspektowych działań, dlatego tworzy bardzo złożony system społecznej reakcji, system kosztowny.

Wiele z ponoszonych przez społeczeństwo kosztów programy redukcji szkód starają się minimalizować, jak choćby koszty leczenia zakażeń HIV i HCV czy wydatki na więziennictwo. Koszty narkomanii poniesione w naszym kraju w 2015 r., przedstawia badanie przeprowadzone przez Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach. Warto je przytoczyć nie tyle ze względu na zmieniające się szybko kwoty, ale z uwagi na ich strukturę i od wielu lat utrwalone tendencje, w podziale puli środków finansowych na przeciwdziałanie narkomanii. Niektóre oszacowania powstały na podstawie danych z innych raportów, w tym raportów CBOS, GUS, policji, IPiN.

Liczba użytkowników narkotyków

Na podstawie danych CBOS z 2014 r. liczbę użytkowników narkotyków w Polsce szacuje się na ok. 3 mln mężczyzn i 1,5 mln kobiet. Z badania CBOS z 2015 r. wynika, że w 2014 r. w Polsce było ok. 100 tys. problemowych użytkowników narkotyków, w tym ok. 15 tys. problemowych użytkowników opioidów.

Zgony

W 2015 r. z przyczyn bezpośrednio związanych z narkotykami, jak np. samobójstwa i przedawkowania, czy pośrednio z nimi związanych, jak np. choroby przewlekłe, zmarło 611 osób. W tej grupie 477 stanowili mężczyźni, a 134 kobiety.

Przestępczość narkotykowa (rozpoczęte postępowania)

Przestępstwa dotyczące ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii:

- rok 2010 – ok. 20 tys. przestępstw,
- rok 2015 – ok. 25 tys. przestępstw.

Więziennictwo

Wydatki na jednego osadzonego dziennie to ok. 100 zł, czyli blisko 36 tys. zł rocznie.

Skazani na karę więzienia do jednego roku, bez zawieszenia (z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), stanowili 700 osób. Koszty ich osadzenia: 8,67 mln zł.

Skazani na karę więzienia powyżej jednego roku, bez zawieszenia (z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), to 2085 osób. Koszty ich osadzenia: 103,39 mln zł.

Skazani na karę więzienia za przestępstwa popełnione pod wpływem narkotyków: 1036 osób. Koszty ich osadzenia: 27,70 mln zł.

Ogółem koszty więziennictwa ponoszone w związku z przestępczością narkotykową to 139,77 mln zł. Wydatki więziennictwa to największe koszty ponoszone przez wymiar sprawiedliwości w związku z przestępstwami narkotykowymi. Stanowią aż 44% tych kosztów. Wydatki działań prokuratury stanowią 26,7%, policji 14,5%, sądów ok. 11%.

Interwencja Pogotowia Ratunkowego wobec osoby używającej narkotyków. Dworzec Centralny. Warszawa, 2001 r.

Źródło: Archiwum Centrum Redukcji Szkód Monar w Warszawie.

Niektóre koszty ochrony zdrowia

Koszty ratownictwa medycznego dla pacjentów uzależnionych od narkotyków. Liczba ratowanych osób: 4379. Koszt jednego wyjazdu ambulansu ratowniczego: 531-924 zł. Koszt wszystkich takich świadczeń: 3,46 mln zł.

Koszty specjalistycznej pomocy ambulatoryjnej i leczenia substytucyjnego są to przede wszystkim nakłady ponoszone przez NFZ na finansowanie świadczeń specjalistycznych poradni, tzw. narkotykowych. W Polsce działa ok. 100 poradni narkotykowych, głównie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, oraz programów terapii substytucyjnej (ok. 25). Łączny koszt wymienionych działalności to 33,96 mln zł.

Koszty specjalistycznego leczenia stacjonarnego to przede wszystkim nakłady NFZ na świadczenia ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (w naszym kraju działa ok. 90 ośrodków). Ten koszt to 61,60 mln zł (dla ok. 15 tys. osób).

Koszty leczenia w szpitalach ogólnych: 18,77 mln zł.

Koszty leczenia ARV (dla osób HIV+), pacjentów leczonych substytucyjnie: 14,51 mln zł.

Koszty narkomanii ogółem:

- wydatki na ochronę zdrowia: 190,57 mln zł (32,7%),
- wydatki wymiaru sprawiedliwości: 318,39 mln zł (54,6%),
- wydatki na realizację KPPN: 70 mln zł (12%),
- wydatki opieki społecznej: 3,88 mln zł (0,67%).

Razem: 582,84 mln zł[26].

Redukcja szkód i aktualne problemy

Od kilku już lat Polska, podobnie jak inne kraje świata, boryka się z potężnym problemem używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP), w tym takich jak mefedron (silny środek stymulujący), syntetyczne kannabinoidy (silne substancje naśladujące działanie marihuany), różnorodne środki halucynogenne czy niezwykle groźne opioidy, z grupy fentanyli. Niemal co tydzień pojawia się gdzieś w świecie, jakaś wcześniej nieznana

[26] Z. Mielecka-Kubień, *Oszacowanie kosztów społecznych używania narkotyków w Polsce w 2015 r.*, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017.

substancja. Mimo że od pewnego czasu popyt na „dopalacze" wśród młodzieży spada, to rośnie on w grupach osób z dłuższą historią uzależnienia i osób wykluczonych społecznie[27].

Wśród użytkowników kolejnych generacji mefedronu można dostrzec coraz więcej schorzeń, w tym niegojących się ran. Przybywa osób niepełnosprawnych, osób z zaburzeniami psychicznymi czy schorzeniami neurologicznymi. Pacjenci programów substytucyjnych są coraz starsi, coraz mniej sprawni, przybywa osób, które przekroczyły 50. rok życia, i pojawiają się pierwsi 60-latkowie. Na tle tych problemów uwidaczniają się deficyty systemu pomocy dotyczące m.in. działań opiekuńczych, brakuje dramatycznie miejsc w schroniskach dla bezdomnych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych czy domach pomocy społecznej.

Istotnym problemem osób używających narkotyków są zakażenia HCV, które dotyczą ok. 65% używających narkotyków drogą iniekcji i 6,5% użytkowników „nieiniekcyjnych". Deficyt dostępu do przedmiotowego leczenia jest istotną przeszkodą w reintegracji społecznej osób leczonych substytucyjnie[28].

Wysokie i bardzo wysokie odsetki osób HCV+ w różnych grupach użytkowników narkotyków pokazują, że niezwykle potrzebna jest popularyzacja nowoczesnego i bardzo skutecznego leczenia tego zakażenia. W wielu miastach naszego kraju staje się ono coraz dostępniejsze, ratując życie osób nawet w bardzo zaawansowanym stadium WZW C. Nasuwa się wniosek: skoro medycyna posiada dzisiaj zdolność wygaszenia najpoważniejszych ognisk przedmiotowego zakażenia, to nie ma racjonalnego powodu, by pomijać w takim planie osoby używające narkotyków.

Ponad 20-letnia historia polskiej redukcji szkód uczy, że jej programy, zwłaszcza działania środowiskowe, mogą być bardzo pomocne gminom w zakresie zbierania danych o sytuacji epidemiologicznej i opracowywania diagnozy społecznej. Gminy powinny zatem wspierać programy redukcji szkód, posiłkując się jednocześnie zbieranymi przez nie informacjami. Dla rzetelnej ewaluacji takiego programu bardzo istotne są pytania, co się aktualnie dzieje i jak w danej sytuacji zareagować. Są to też kluczowe pytania dla osób opracowujących gminne programy przeciwdziałania uzależnieniom. Diagnoza sytuacji epidemiologicznej nie musi być kosztowna i zawsze zlecana specjalistycznym firmom. Standardowe działania streetworkerów w zakresie monitoringu i zbierania informacji to nie tylko informacje zbierane od klientów, ale też od placówek opieki zdrowotnej, szpitali, pogotowia ratunkowego, ośrodków pomocy społecznej, policji, straży miejskiej. Te wszystkie instytucje posiadają wartościowe informacje i nie naruszając prawa, chętnie się nimi dzielą. Nie do przecenienia jest potencjał działań środowiskowych. Mogą one służyć bardzo wielu grupom osób potrzebujących pomocy, gdy są prowadzone w formule interdyscyplinarnej. Mogą służyć nie tylko użytkownikom narkotyków, ale też bezdomnym, osobom w sytuacji kryzysowej, obcokrajowcom, nieletnim uciekinierom z domu, osobom sprzedającym seks: można dystrybuować materiały profilaktyczne poprzez współpracę z aptekami, mogą pomagać nieletnim zatrzymanym przez policję. W formule interdyscyplinarnej koszty działań streetworkerów są mniej dotkliwe, bo ich efekty powinny być znacznie większe.

W rekomendacjach warszawskich ekspertów zrzeszonych w branżowej, miejskiej Komisji Dialogu Społecznego, przedstawionych m.st. Warszawa, pojawia się postulat wspierania przez gminy silnych, specjalistycznych placówek ambulatoryjnych, które zdecydowałyby się poszerzyć swoją ofertę o działania redukcji szkód i inne dodatkowe, niefinansowane przez NFZ, a bardzo potrzebne z punktu widzenia potrzeb społecznych usługi. Chodzi tu o poradnictwo prawne, o działania opiekuńcze i programy reintegracyjne, o rekomendowane programy profilaktyczne (np. „Fred goes net") czy programy terapeutyczne o potwierdzonej naukowo skuteczności (np. „Candis"). Odpowiednio przygotowana placówka ambulatoryjna, np. specjalistyczna, „narkotykowa" po-

[27] P. Jabłoński, A. Malczewski, *Dopalacze, czyli nowe substancje psychoaktywne: skala zjawiska i przeciwdziałanie*, „Serwis Informacyjny Narkomania", 3/2014.

[28] J. Sierosławski, *Zapobieganie HCV wśród użytkowników narkotyków. Zapobieganie zakażeniom HCV jak przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwiopochodnych w Polsce*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2017.

radnia leczenia uzależnień – oferująca leczenie substytucyjne, mająca lekarza psychiatrę i dobrą diagnostykę, działania środowiskowe, mogłaby szybciej niż inni świadczeniodawcy reagować na potrzeby klientów i ich rodzin, w tym potrzeby w zakresie leczenia biologicznego, pomocy terapeutycznej, psychiatrycznej, opieki socjalnej, prawnej, higieny, oddziaływań profilaktycznych[29].

Aby uwzględnić programy redukcji szkód w lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii lub lepiej je wykorzystać, gminy powinny pełniej współpracować z takimi podmiotami leczniczymi i pomocowymi, które są w stanie elastycznie wychodzić naprzeciw potrzebom swoich klientów. Takimi partnerami gmin powinny być placówki silne, wykorzystujące dla wzmocnienia swojej oferty finansowanie z wielu źródeł. Jest zatem istotne, by gminy i placówki aktywniej szukały partnerów wśród instytucji grantodawczych. Takim ważnym, a nawet strategicznym dla gmin partnerem jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które od lat stara się sukcesywnie poprawiać finansowanie programów redukcji szkód oraz innych potrzebnych czy deficytowych form wsparcia.

Bibliografia

Charmast J., *Trudna pomoc*, „Świat Problemów", 3/2018.

Jabłoński P., Malczewski A., *Dopalacze, czyli nowe substancje psychoaktywne: skala zjawiska i przeciwdziałanie*, „Serwis Informacyjny Narkomania", 3/2014.

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

Sempruch-Malinowska K., Zygadło M., *Redukcja szkód. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

Tatarsky A., *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, KBPN, Warszawa 2007.

Wojnar M., *Optymalizacja farmakologicznego leczenia uzależnień – czy tylko wsparcie abstynencji?*, wykład podczas konferencji „Skuteczne strategie w leczeniu uzależnień", Michałowice, 21-23 września 2017 r.

Raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2012.

Raport Krajowy 2014, KBPN, Warszawa 2014.

Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014–2015, Stowarzyszenie JUMP '93, Warszawa 2015.

Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2016–2017, Stowarzyszenie JUMP '93, Warszawa 2017.

[29] Źródło: Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2016—2017, Stowarzyszenie JUMP ´93, Warszawa 2017.

REINTEGRACJA SPOŁECZNA OSÓB UŻYWAJĄCYCH PROBLEMOWO NARKOTYKÓW

Jacek Charmast

Wprowadzenie

Na początku lat 80. ubiegłego wieku, kiedy w naszym kraju zaczęły powstawać pierwsze specjalistyczne placówki pomocy osobom używającym narkotyków, pojawił się problem, co dalej z pacjentami kończącymi leczenie, z osobami na ogół bez kwalifikacji zawodowych, z niewystarczającym wykształceniem, czasami bez dachu nad głową i wsparcia rodzin. Ośrodki stacjonarne, jedyna mogąca się wówczas wykazać pewną skutecznością forma leczenia, organizowane były na wzór domów Monaru, opierające się na długoterminowych i półizolacyjnych programach leczenia. Z ich pomocy korzystali wtedy niemal wyłącznie użytkownicy opiatów, czyli substancji, takich jak „kompot", morfina czy heroina. Jak wiadomo, opiaty powodują nie tylko bardzo silne uzależnienie, ale charakteryzują się również dużą skutecznością w spychaniu ich konsumentów na margines społeczeństwa. Stosunkowo spory koszt jednej dawki narkotyku i biologiczny przymus przyjmowania trzech-czterech dawek dziennie, zazwyczaj angażował wszystkie siły i czas użytkownika, zmuszał wielu do działań przestępczych. To właśnie ten typ narkomanii był punktem odniesienia dla osób, które organizowały pomoc i kształtowały jej model. Brakowało wówczas specjalistów, popełniano wiele błędów, a niedomagania w profesjonalnym przygotowaniu kadr nadrabiano entuzjazmem, kreatywnością, ale też wydłużaniem czasu leczenia. Od początku zdawano sobie sprawę, jak bardzo istotne dla sukcesu terapii są oddziaływania łagodzące skutki zderzenia opuszczającego ośrodek pacjenta z życiem na zewnątrz. Życiem dla wielu niełatwym, złożonym na ogół z niepraktykowanych wcześniej codziennych obowiązków, źle płatnej, mało zajmującej pracy oraz czasu wolnego, będącego często największą pułapką. Osoby kończące leczenie miały wtedy i mają dzisiaj wiele do nadrobienia i niewątpliwie potrzebują dalszego wsparcia. Ich problemy są różnorodne: socjalne, zdrowotne, prawne, rodzinne czy psychologiczne. Niemal każdy pacjent opuszczający ośrodek, nadal posiada duże deficyty w porównaniu z rówieśnikami, w wykształceniu, w kwalifikacjach zawodowych, dodatkowo potrzebuje poprawienia swoich umiejętności funkcjonowania w warunkach choroby przewlekłej. Wielu potrzebuje intensywnej opieki medycznej i farmakoterapii, a niemały też odsetek nie ma dokąd wrócić i musi układać sobie życie od nowa.

Pierwsze ośrodki stacjonarne reagowały na problemy swoich absolwentów, wkomponowując działania readaptacyjne w ostatni etap pobytu, co skutkowało wydłużaniem programu leczenia, ale nie przynosiło zadowalających efektów. Z czasem przekonano się, że ostatni, readaptacyjny etap powinien przebiegać w warunkach zbliżonych do takich, w jakich pacjentowi przyjdzie żyć po zakończeniu terapii. Problemy osób kończących terapię zaczęto powoli rozwiązywać poprzez pozaośrodkowe programy realizowane w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych, a także poprzez programy wsparcia w placówkach ambulatoryjnych. Dzisiaj, biorąc pod uwagę liczby, programy postrehabilitacyjne – programy dla osób, które ukończyły program terapii w stacjonarnym ośrodku rehabilitacji – dysponują ponad 400 miejscami w hostelach i mieszkaniach

readaptacyjnych, co wydaje się dużym potencjałem w zestawieniu ze społecznymi potrzebami. Sprawa z postrehabilitacją jest jednak dużo bardziej skomplikowana[30].

Zestawienie liczby pacjentów opuszczających ośrodki z liczbą miejsc w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych nie wystarczy, by opisać zasoby postrehabilitacji. Konieczny jest tu między innymi wgląd w działanie tych serwisów, w tym w zasady naboru klientów. Taka analiza pokazuje, że istnieją poważne ograniczenia dostępności wielu miejsc, zarazem lokalizacja zdecydowanej większości hosteli nie sprzyja usamodzielnieniu się pacjenta, ze względu na zbytnie oddalenie od rynku pracy. Problem z dostępnością stacjonarnych form postrehabilitacji jest poważny i zostanie omówiony w dalszej części tego opracowania. W tym miejscu należy wyraźnie zaznaczyć, że osoby kończące stacjonarne programy rehabilitacji nie są jedyną grupą potrzebującą wsparcia programów reintegracji/readaptacji społecznej, na dodatek nie są grupą największą.

Społeczeństwo ze stosunkowo dużym zrozumieniem podchodzi do potrzeb osób opuszczających ośrodki i utrzymujących abstynencję. Zapomina jednak, że poza tą ekskluzywną grupą, w przeważającej części złożoną z osób przed 30. rokiem życia, istnieją inne. Są to osoby starsze i niepełnosprawne, pacjenci programów substytucyjnych, bezdomni i osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby stale lub okresowo nieutrzymujące abstynencji. Dla tych grup brakuje miejsc w schroniskach dla bezdomnych, w centrach integracji społecznej, w domach opieki społecznej, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, brakuje dla nich punktów dziennego pobytu, mieszkań treningowych i mieszkań socjalnych. Oczywiście takie formy pomocy istnieją i działają w naszym kraju, ale liczba korzystających z nich osób uzależnionych od narkotyków jest najczęściej bliska zeru. Powody tego stanu rzeczy są różne, wśród nich rodzący dyskryminację lęk przed narkomanami i ich „groźnymi" chorobami, niechęć innych pensjonariuszy, brak odpowiednich kompetencji personelu i wiele innych przyczyn, które skutecznie rugują osoby uzależnione od narkotyków z całego wielkiego obszaru przeciwdziałania bezdomności czy separuje ich od niektórych świadczeń leczniczych. Jest to znaczący problem, biorąc pod uwagę, że choćby wśród odbiorców programów redukcji szkód, 25% stanowią osoby bezdomne[31].

Pojawia się pytanie, dlaczego zatem brakuje serwisów specjalistycznych, „narkotykowych", czyli odrębnych programów socjalnych dla opisanej wyżej grupy? Jest to niestety efekt dość rozpowszechnionego w naszym kraju przeświadczenia, że pomoc służąca poprawie jakości życia osoby aktualnie przyjmującej narkotyki jest szkodliwa, bo odsuwająca w czasie decyzję o leczeniu. Jednak w ostatnich latach podejście podporządkowujące działanie wszystkich form wsparcia celom abstynencyjnym jest coraz częściej kwestionowane. Kwestionowany jest zarazem „schodkowy" model pomocy, gdzie każda forma pomocy ma miejsce w hierarchii, a przejście jednego stopnia wymaga pokonania wcześniejszych stopni. Taki model jest w znacznej mierze efektem lekceważenia wielu niezwykle istotnych celów leczenia, takich jak poprawa stanu zdrowia, jakości życia czy funkcjonowania społecznego. Nie tylko nie pozwala on na rozwój segmentu reintegracji społecznej, ale też istotnie osłabia całość działań z zakresu redukcji popytu na narkotyki. W opozycji do modelu „schodkowego" wskazywany jest model „paletowy", który zakłada, że wiele świadczeń umieszczanych wysoko w hierarchii i obwarowanych licznymi warunkami, powinno się udostępnić klientowi najszybciej, jak to możliwe. Bezdomność nie może dyskwalifikować w przypadku starań o uzyskanie leczenia substytucyjnego, leczenia HCV czy HIV. Pomoc prawna nie może być dostarczana wyłącznie absolwentom ośrodków, podobnie hostele czy mieszkania treningowe. Problemy z abstynencją nie powinny odcinać klientów od wszelkiej pomocy socjalnej. Klient powracający do używania narkotyków, to nie ten, który wybiera przegrywanie, bo tak łatwiej, ale to typowy przedstawiciel populacji osób szukających pomocy.

[30] Źródło: Epidemiologia narkomanii w Polsce, KBPN 2013.

[31] Źródło: A. Malczewski, Odbiorcy programów igieł i strzykawek w 2012 roku, „Serwis Informacyjny Narkomania", 2/2013.

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) cele pomocy i leczenia nie mogą ograniczać się do abstynencji. Traktowanie abstynencji jako jedynego celu może utrudniać osiąganie innych ważnych celów[32].

Przed fundamentalnym pytaniem o cele leczenia i ich hierarchię stanęła np. największa polska organizacja „narkotykowa" – Stowarzyszenie Monar. W publikacji z 2014 r., prezentującej nową politykę tej organizacji i jej stanowisko wobec wielu problemów wynikających z ekspansji nowych narkotyków, znajdujemy między innymi opinię, że równoprawnym celem leczenia, obok abstynencji, jest poprawa jakości życia pacjentów. W tym samym opracowaniu wskazywana jest też potrzeba udostępnienia nowoczesnych programów leczenia substytucyjnego i programów reintegracji społecznej[33].

Dodajmy jeszcze, że parę lat wcześniej Monar zajmował diametralnie odmienne stanowisko, wyłożone choćby w opinii ze stycznia 2010 r. – opinii dotyczącej rządowego projektu zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które oceniało polski system jako generalnie dojrzały, sprawdzony i nie wymagający istotnych zmian[34].

Przytoczony przykład Monaru pokazuje, jak duże zmiany w świadomości terapeutów i lekarzy przyniosły ostatnie lata oraz jak daleko idące wnioski wyciągnięto, szukając rozwiązań problemów wywołanych przez nowe substancje psychoaktywne. Obecnie ważne jest, by, podobne jak Monar, wnioski wyciągnęły osoby odpowiadające za politykę narkotykową, w tym za gminne programy przeciwdziałania narkomanii. Ponadto ważne jest, by samorządy pilnie zwróciły uwagę na najbardziej zaniedbany dotąd obszar pomocy osobom używającym narkotyków, jakim jest reintegracja społeczna.

Reintegracja społeczna – definicje, grupy docelowe

Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii programy reintegracji społecznej dla osób używających narkotyków służą integrowaniu swoich beneficjentów ze społeczeństwem. Zdaniem Centrum należy je udostępniać nie tylko byłym, ale też aktualnym użytkownikom narkotyków[35].

Serwisy reintegracji społecznej zapewniają dach nad głową, pomagają uzupełnić wykształcenie, zdobyć kwalifikacje zawodowe i zatrudnienie oraz wiele innych ważnych w życiu i dla utrzymania abstynencji umiejętności, np. umiejętność zarządzania czasem. Ważnym elementem jest tu działalność tzw. doradców. W Polsce doradztwo bywa świadczone najczęściej przez terapeutów i pracowników socjalnych, osoby niekiedy pełniące rolę asystentów klienta, zwane też case managerami.

Wśród licznych grup użytkowników narkotyków najszerszą opieką są otoczone w naszym kraju osoby, które ukończyły terapię w stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji. Adresowane do tej grupy programy nazywane są postrehabilitacyjnymi. Jest to całodobowa pomoc w formie hosteli i mieszkań readaptacyjnych, ale też pomoc świadczona w placówkach ambulatoryjnych poprzez grupy wsparcia, treningi zapobiegania nawrotom, warsztaty aktywności zawodowej i wiele innych.

W przypadku reintegracji społecznej osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych czy starszych, zarazem nie mogących liczyć na wsparcie rodziny czy bliskich, celem programów jest zapewnienie beneficjentom potrzebnej im opieki oraz przyswojenie przez nich zachowań i umiejętności koniecznych do stabilnego korzy-

[32] Stanowisko WHO/UNODC/UNAIDS: Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV/AIDS, 2004. WHO/UNODC/UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004.

[33] J. Łazuga-Koczurowska, Reorganizacja systemu Monar – kierunki zmian, „Serwis Informacyjny Narkomania", 3/2014.

[34] www.monar.org

[35] H. Sumnall, A. Brotherhood, Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 2012.

stania z takiej opieki. Zakres wsparcia powinien być adekwatny do stopnia niepełnosprawności, od wsparcia środowiskowego aż po zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Programy reintegracji społecznej kierowane do pacjentów programów substytucyjnych realizowane są w formie opieki całodobowej (bardzo nieliczne hostele), oraz poprzez działania personelu programu (interwencje socjalne i działania pracowników socjalnych).

Reintegracja osób długotrwale marginalizowanych społecznie i mających duże trudności z utrzymaniem abstynencji służy zapewnieniu podstawowej opieki (bezpieczeństwa, noclegu, pożywienia, dostępu do urządzeń sanitarnych), a następnie poprzez różne oddziaływania poprawiające funkcjonowanie społeczne klienta, służy stopniowemu stabilizowaniu jego sytuacji. Ważnym działaniem jest tu wspieranie beneficjentów w efektywnym korzystaniu z leczenia uzależnienia i chorób współtowarzyszących. Działania, które na ogół są zorientowane na poprawę stanu zdrowia i jakości życia klienta, nie powinny jednak tracić z pola widzenia abstynencji, jako celu optymalnego. W pracy z tą kategorią klientów, pomocne jest podejście i narzędzia redukcji szkód (podejście i praktyki redukcji szkód zostały omówione w innej części niniejszego podręcznika).

Liczba polskojęzycznych publikacji dotyczących tematyki reintegracji społecznej osób uzależnionych jest bardzo skromna. W najbardziej znanym opracowaniu, jego autorka, Elżbieta Rachowska, skupia się przede wszystkim na potrzebach osób po skończonej terapii i utrzymujących abstynencję. Reintegracja w tym ujęciu służy zatem zapewnieniu dalszego wsparcia „w postaci możliwości udziału w programach postrehabilitacyjnych, sprzyjających integracji społecznej" i utrzymaniu pozytywnego wyniku leczenia.

W opracowaniu przywołanych jest wiele badań potwierdzających, że zapewnienie opieki po zakończeniu leczenia może się przyczyniać do ogólnej poprawy jego efektywności. Opieka taka, według Rachowskiej, powinna opierać się na trzech zasadniczych filarach:

- na zapewnieniu mieszkania (mieszkania readaptacyjnego, hostelu),
- na zdobyciu lub uzupełnieniu wykształcenia,
- na uzyskaniu zatrudnienia (w tym szkolenia zawodowego)[36].

Podsumowując kwestie dotyczące grup docelowych, należy stwierdzić raz jeszcze, że postrzeganie reintegracji społecznej jako wyłącznie wsparcia kierowanego do osób po ukończonym programie leczenia i utrzymujących abstynencję, mocno ogranicza jej możliwości. Dodatkowo, już dzisiaj można wskazać działające w naszym kraju jeszcze nieliczne, ale dobre praktyki odchodzące od wzorca postrehabilitacyjnego. W ramach tych praktyk wsparcie bywa kierowane do następujących grup:

- Do osób starszych i niepełnosprawnych, utrzymujących abstynencję, która nierzadko bywa uzyskana w wyniku samoleczenia, wspartego epizodycznymi udziałami w programach leczniczych. Osobom tym zdarza się łamać abstynencję, ale elastyczność programów pomocowych oraz samokontrola klienta pozwala zachować ciągłość opieki.
- Do osób, które leczą się w programach terapii substytucyjnej, zachowujących abstynencję od nieprzepisanych przez lekarza leków i substancji. Tak jak w grupie poprzedniej, klientom tych serwisów zdarza się łamać abstynencję, ale w takim przypadku program nie wycofuje pomocy, a jedynie ją modyfikuje.
- Do osób, które nie potrafią utrzymać abstynencji przez dłuższy czas, w tym osób bardzo młodych, spędzających czas w przestrzeni miejskiej, używających alkoholu i narkotyków; osób w znacznym stopniu zmarginalizowanych społecznie, głęboko uzależnionych; osób z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeniem umysłowym, schorzeniami neurologicznymi, osób starszych i niepełnosprawnych; osób leczonych

[36] E. Rachowska, *Społeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

substytucyjnie używających nadal niedozwolonych substancji lub substancji dozwolonych, ale niedozwolonym sposobem (metadon przyjmowany iniekcyjnie). Celem serwisów skierowanych do tej grupy, jest uzyskanie przez ich klientów względnej kontroli nad swoim uzależnieniem, na tyle, by zaproponować im dalej idącą pomoc.

Reintegracja społeczna – formy działań

W Polsce najszersza oferta z zakresu reintegracji społecznej jest kierowana do osób, które ukończyły program leczenia w stacjonarnym ośrodku rehabilitacji i utrzymują abstynencję. Tej grupie proponowana jest najczęściej pomoc w formie hosteli i mieszkań readaptacyjnych oraz programów wsparcia abstynencji prowadzonych przy placówkach ambulatoryjnych (niekiedy też przy ośrodkach stacjonarnych). Wiele poradni oferuje grupy wsparcia, grupy samopomocowe, warsztaty zapobiegania nawrotom, warsztaty zarządzania czasem, rzadziej pomoc w znalezieniu pracy czy podniesieniu kwalifikacji zawodowych. Coraz bardziej popularne są mityngi grup Anonimowych Narkomanów, z których korzystają dzisiaj w Polsce setki uczestników. Tu należy dodać, że wsparcie oferowane przez placówki ambulatoryjne niejednokrotnie pojawia się także w programach hosteli czy mieszkań readaptacyjnych. Mieszkania readaptacyjne to kolejna mająca zastosowanie w naszym kraju forma postrehabilitacji, jednak znacznie słabiej dostępna niż hostele. Istotnym elementem programów reintegracyjnych jest pomoc w sprawach, które z różnych powodów nie mogły być załatwione w czasie pobytu w ośrodku stacjonarnym, jak np. trudne sprawy prawne czy leczenie przewlekłych chorób (np. HCV).

W przypadku innych niż absolwenci programów stacjonarnych grup klientów, z powodu znacznego deficytu adresowanych do nich programów, skoncentrujemy się bardziej na ich potrzebach niż na wskazywaniu i opisie dostępnej pomocy.

W przypadku osób utrzymujących abstynencję narkotykową, osób samotnych i niepełnosprawnych celem wsparcia jest zabezpieczenie ich podstawowych potrzeb, codziennej obsługi i stabilnej opieki zdrowotnej, np. leczenia ARV czy leczenia substytucyjnego. Pomoc powinna być dostosowana do stopnia niepełnosprawności, np. świadczona przez pracownika środowiskowego w domu, lub stacjonarnie przez personel placówek opiekuńczych, w tym domów opieki społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych. W przypadku organizacji opieki środowiskowej nad niepełnosprawnymi pacjentami programów substytucyjnych, opieki w zakresie dostarczania leku czy kontroli abstynencji, to pomoc taką może świadczyć pielęgniarka lub lekarz, zatrudnieni przez właściwy program. Wymóg ten wynika z przepisów prawa (rozporządzenie ministra zdrowia o leczeniu substytucyjnym z 2007 r.).

Jeżeli chodzi o pacjentów bezdomnych, niepełnosprawnych, ale samoobsługujących się, powinni oni otrzymać miejsce w całodobowych placówkach opiekuńczych (schroniskach, hostelach). W przypadku tej grupy, istotna jest pomoc klientowi w staraniach o uzyskanie mieszkania socjalnego. Niestety, placówek opiekuńczych dla bezdomnych, otwartych na klienta uzależnionego od narkotyków, jest bardzo niewiele. Z pozostałych korzystają w praktyce tylko pojedyncze osoby, często ukrywające swój „narkotykowy" czy substytucyjny status.

Program terapii substytucyjnej zawiera lub powinien zawierać wiele elementów wsparcia, służących reintegracji społecznej swoich pacjentów, osób często wykluczonych społecznie. Niestety, efekty działania pracowników socjalnych czy terapeutów w tym zakresie są skutecznie osłabiane z powodu problemów infrastrukturalnych systemu pomocy, a dodatkowo osłabiane wadami przyjętego modelu leczenia substytucyjnego. Problemem nie do przejścia dla wielu pacjentów i ich opiekunów jest deficyt mieszkań socjalnych, opieki całodobowej, odpowiednich rozwiązań w zakresie aktywizacji zawodowej. Przeciw celom reintegracji społecznej działa duże obłożenie niektórych programów substytucyjnych, które połączone z warunkiem codziennego lub częstego stawiennictwa po lek, podtrzymuje uzależnienie środowiskowe pacjenta.

Najliczniejszą grupę potencjalnych odbiorców programów reintegracyjnych stanowią osoby, które czynnie używają narkotyków. Pomoc tej grupie zaliczana jest najczęściej do kategorii „redukcja szkód", czyli rzadko przypisywana do segmentu „reintegracja społeczna". Status programów redukcji szkód mają nieliczne punkty pobytu dziennego, działające w Warszawie, Wrocławiu, Krakowie, Częstochowie, Zielonej Górze oraz dające się policzyć na palcach jednej ręki schroniska/hostele interwencyjne z pomocą całodobową (Warszawa, Wrocław).

Przejdźmy do przedstawienia poszczególnych form wsparcia.

Działania realizowane w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych. Aktywizacja zawodowa

Ze sprawozdania KBPN z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2017 r. dowiadujemy się, że Biuro dofinansowało 44 projekty z zakresu reintegracji społecznej, dające się podzielić na trzy podstawowe typy:

- programy wsparcia psychologicznego osób po ukończonej terapii, obejmujące warsztaty aktywności zawodowej, zapobiegania nawrotom choroby, grupy wsparcia, a także interwencje socjalne,
- programy wspierające leczenie substytucyjne, złożone z interwencji kryzysowych i socjalnych, pomocy prawnej, grup wsparcia, warsztatów, zajęć edukacyjnych, pomocy w odbudowaniu więzi rodzinnych,
- programy kierowane do kobiet używających szkodliwie lub uzależnionych od narkotyków: wsparcie podobne do wyżej wymienionego, ale uwzględniające specyficzne potrzeby kobiet.

W kontekście przedmiotu niniejszego opracowania, rok 2017 jest istotną cezurą dla KBPN, które w latach wcześniejszych traktowało obszar reintegracji społecznej jako tożsamy z postrehabilitacją. Wyżej przedstawiony zakres wsparcia wychodzi już poza te ramy.

Dla przedmiotowej kategorii działań ważna jest aktywizacja zawodowa. Chodzi tu między innymi o wsparcie klienta w poszukiwaniu pracy czy działalność podmiotów ekonomii społecznej. W przypadku osób używających narkotyków, formy aktywizacyjne są stosowane w niewielkim zakresie, a kursy zawodowe i szkolenia pojawiają się incydentalnie, jedynie w formułach ogólnodostępnych, często w ramach programów unijnych. Mająca w naszym kraju pewne mocno ograniczone zastosowanie forma zatrudnienia w postaci spółdzielni socjalnej, skierowana też do osób wykluczonych społecznie, w przypadku użytkowników narkotyków jest niewykorzystywana. Spółdzielnie socjalne to dobro rzadkie, pojawiają się najczęściej przy wspierających je organizacjach przeciwdziałania bezdomności, które na ogół utrzymują duży dystans do klienta „narkotykowego". Według Bogusławy Bukowskiej, autorki opracowania *Społeczna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najsłabsze ogniwo*, niektóre kraje europejskie mocno i z powodzeniem rozwijają spółdzielcze formy zatrudnienia, zwłaszcza te adresowane do osób po terapii. *Cechami charakterystycznymi spółdzielni jest prowadzenie przedsiębiorstwa w oparciu o osobistą pracę jej członków oraz obowiązek nawiązania stosunku pracy z wszystkimi członkami spółdzielni. Często są to małe lub średnie projekty, np. prowadzenie kawiarni, hostelu, klubu czy innego przedsięwzięcia, w którego rozwój i utrzymanie zaangażowanych jest kilka czy kilkanaście osób, członków spółdzielni. Ta forma zatrudnienia jest szczególnie popularna we Włoszech, ale projekty tego typu dostępne są także w Niemczech czy Danii.*

Autorka wskazuje również na inne ciekawe praktyki europejskie: *Inna forma aktywizacji zawodowej osób uzależnionych i podniesienia ich atrakcyjności na otwartym rynku pracy to zatrudnienie na czasowym kontrakcie (Belgia, Niemcy, Hiszpania), podczas którego pracownik może dodatkowo rozwijać kompetencje zawodowe, uczestnicząc w szkoleniach.*

Kolejną wskazywaną w przytoczonym opracowaniu formą, jest praktykowane m.in. w Portugalii zatrudnienie wspierane: *osoby na ostatnim etapie terapii w placówkach stacjonarnych lub uczestniczące w leczeniu w systemie*

otwartym są zachęcane do podjęcia pracy w takim systemie. W celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania zatrudnienia wspieranego państwo utworzyło i finansuje stanowiska pośrednika odpowiedzialnego za rozwój zawodowy pacjentów oraz za współpracę pomiędzy placówką leczenia uzależnień a potencjalnym pracodawcą z otwartego rynku pracy. Przedsiębiorca, który oferuje miejsca pracy w modelu zatrudnienia wspieranego, otrzymuje od państwa zachęty finansowe. W Polsce wspieranie zatrudnienia osób uzależnionych opiera się przede wszystkim na oddolnym zaangażowaniu niektórych organizacji pozarządowych[37].––

W latach 80. i później, gdy gwałtownie wzrastała liczba ośrodków stacjonarnych i punktów konsultacyjnych dla uzależnionych od narkotyków, znalazła w nich zatrudnienie kilkusetosobowa grupa osób, które ukończyły leczenie. Osoby te zostały zatrudnione jako wychowawcy i terapeuci. Była to grupa wyselekcjonowana, wzmacniająca bardzo niedoświadczone wówczas kadry psychologów i pedagogów. Wszystkie zatrudnione osoby musiały przejść specjalistyczne szkolenia, które od ponad 15 lat mają już formę zunifikowaną, zamykaną egzaminem końcowym i certyfikatem Ministerstwa Zdrowia, certyfikatem instruktora lub specjalisty terapii uzależnień.

Czynnikiem mającym istotne znaczenie dla reintegracji społecznej osób używających narkotyków, jest zapewnienie im bezpieczeństwa od substancji psychoaktywnych i alkoholu w miejscu pracy. Jest to zagadnienie pozostające w dużej mierze w sferze idei i rozważań specjalistów, ale też istotne dla powstających w Polsce bardzo nielicznych jeszcze podmiotów ekonomii społecznej. Dla osoby trzeźwiejącej i zagrożonej nawrotem jest niezwykle istotne, by środowisko zakładu pracy miało nie tylko odpowiednie przepisy zakazujące używania substancji psychoaktywnych w miejscu pracy, ale także, by te przepisy były respektowane. Równie ważne jest, by zakład stworzył przyjazne reintegracji społecznej procedury wsparcia osób zidentyfikowanych jako używających alkoholu czy substancji psychoaktywnych, procedury uwzględniające pomoc długofalową. Chodzi tu o oddziaływania profilaktyczne bądź wyrażenie zgody na urlop zdrowotny i powrót do pracy po jego zakończeniu. Takie podejście bardzo by pomogło wielu osobom z problemem uzależnienia w powrocie do społeczeństwa i ról społecznych, zarazem osłabiałoby negatywne skutki potknięć i nawrotów. Pewnie bardzo trudno byłoby znaleźć zakłady pracy posiadające i stosujące takie procedury, z drugiej strony znamy przypadki, gdy pracodawca wspiera dobrego pracownika borykającego się z problemem alkoholowym (rzadziej z problem narkotykowym)[38].

Hostele readaptacyjne

Ze wsparcia hosteli readaptacyjnych mogą korzystać w naszym kraju głównie osoby po ukończonym leczeniu w ośrodkach rehabilitacji i utrzymujące abstynencję. Według informatora KBPN *Gdzie szukać pomocy 2017*, w naszym kraju działa 31 hosteli, które dysponują ponad 400 miejscami. Miejsca takie są finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz samorządy. Opieka hostelowa jest świadczeniem finansowanym także przez NFZ, ale bardzo niewielka część hosteli posiada taki kontrakt. Koszty pobytu są częściowo ponoszone przez pracujących pacjentów. Z opłat bywa zwolniona młodzież podejmująca naukę.

Mieszkania readaptacyjne

Kolejną opcją wsparcia kierowanego do osób po ukończonym leczeniu i utrzymujących abstynencję są mieszkania readaptacyjne. Jest to opcja dość ekskluzywna, nastawiona w szczególności na rodziny lub grupy do

[37] Źródło: B. Bukowska, *Społeczna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najsłabsze ogniwo*, „Świat Problemów", 1/2015.

[38] Źródło: podręcznik *Wprowadzenie do Europejskiego Szkolenia Profilaktycznego* (UPC_Adapt), Warszawa 2018.

trzech osób. Z reguły czas uczestnictwa w programie mieszkań readaptacyjnych zamyka się w przedziale od 6 do 12 miesięcy. Nieliczne mieszkania, finansowane przez gminy i KBPN, prowadzą jeszcze mniej liczne organizacje pozarządowe (liderem jest tu Stowarzyszenie Pomoc Socjalna). Nadzór nad mieszkaniami sprawują terapeuci lub pracownicy socjalni, których zadaniem jest udzielanie różnorodnego wsparcia beneficjentom programu, w tym wsparcia w sytuacji kryzysowej. Obowiązkiem osoby korzystającej z tej formy pomocy jest partycypowanie w kosztach użytkowania lokalu (np. ponoszenie opłaty za media).

Grupy NA

Anonimowi Narkomani to ruch, który zwłaszcza w ostatnich 10 latach coraz dynamiczniej się rozwija. Jego początki w Polsce, na przełomie lat 80. i 90., były raczej trudne, z racji dość powściągliwego do idei i metody NA stosunku wielu terapeutów uzależnień. Obecnie jest on zorganizowany w siedmiu okręgach, gdzie działa ok. 130 grup. W chwili pisania tego opracowania na stronie internetowej Ruchu, można było znaleźć informację o ok. 150 mityngach planowanych w nadchodzącym tygodniu, na terenie całego kraju. Grupy NA działają głównie przy parafiach, ale coraz częściej swoje lokale udostępniają im placówki ambulatoryjne. Poradnie leczenia uzależnień, to obszar do dalszej eksploracji przez NA, bo zakres takiej współpracy wydaje się ciągle za skromny. Jest to temat do dyskusji, dlaczego niektórzy terapeuci uzależnień nadal zachowują duży dystans wobec tego ruchu. Nie powinno przecież budzić wątpliwości, że rola NA w zakresie wsparcia osób, które ukończyły lub przerwały leczenie jest nieoceniona, a liczby byłych i aktualnych uczestników mityngów należy liczyć w tysiącach. Z mityngów korzystają też niekiedy osoby, które leczyły się lub leczą w innych niż ośrodki rehabilitacji miejscach, a wśród nich pacjenci programów substytucyjnych. Pojawiają się również osoby, które nigdy nie korzystały z leczenia, a jedynie ze wsparcia grup NA.

W interesie społeczności lokalnych leży, by placówki lecznicze z ich terenu udostępniały wykorzystywane przez siebie lokale na cele mityngów NA. Gminy nierzadko są właścicielami tych lokali, które na ogół w dni wolne od pracy są niewykorzystane. Podmioty prowadzące w nich działalność – najczęściej organizacje pozarządowe – bardzo często z tytułu realizowania działalności pożytku publicznego, korzystają z preferencyjnych warunków najmu. Podmiotom tym powinno zależeć na dobrej współpracy z gminą w zakresie rozwiązywania jej problemów, a gminom na racjonalnym wykorzystaniu swoich zasobów. Co niezwykle istotne, wsparcie dla NA nie wymaga ponoszenia żadnych kosztów – koszty najmu sal na cele mityngów pokrywają ze składek ich uczestnicy.

Hostele readaptacyjne dla osób leczonych substytucyjnie

Działania reintegracyjne nastawione na bezdomnych pacjentów substytucyjnych w formule opieki całodobowej są dobrem niezwykle rzadkim. Deficyt ten sprawia, że z przedmiotowej opieki korzystają przede wszystkim osoby będące w najtrudniejszej sytuacji, niepełnosprawne i niezdolne do pracy. Z kolei deficyt mieszkań socjalnych powoduje, że takie osoby pozostają w opiece hostelu długi czas. Nieco mniej liczną kategorię pensjonariuszy stanowią osoby pochodzące z miejscowości znacznie oddalonych od najbliższych programów substytucyjnych, najczęściej z województw, gdzie takich programów nie udostępniono. W Warszawie, dysponującej największą w kraju liczbą miejsc leczenia substytucyjnego, znaczącą liczbę migrantów leczniczych stanowią mieszkańcy województw: podlaskiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, w mniejszej liczbie opolskiego czy podkarpackiego. Co prawda utworzenie w latach 2011–2012 programów substytucyjnych w Gdańsku, Olsztynie czy Opolu spowodowało pewną liczbę powrotów osób leczonych substytucyjnie do rodzinnych domów, jednak znaczna część migrantów pozostała w Warszawie. Z powodu przede wszystkim

deficytów natury infrastrukturalnej, ruch klientów w hostelach dla pacjentów substytucyjnych jest zatem minimalny. Placówki opuszczają najczęściej osoby usunięte z programu za łamanie zasad regulaminu, w następnej kolejności nieliczne osoby podejmujące pracę oraz osoby, które naprawiły swoje relacje z rodziną.

Reintegracja społeczna – finansowanie

Działania z zakresu reintegracji społecznej są finansowane z kilku źródeł – finansuje je KBPN, samorządy, a NFZ kontraktuje świadczenia udzielane w hostelu readaptacyjnym. Działania finansowane przez KBPN zostały już opisane nieco wcześniej, a co do poziomu zaangażowanych kwot, istotną informacją jest, że Biuro sukcesywnie zwiększa pulę środków przeznaczoną na wzmocnienie obszaru reintegracji społecznej.

Ze sprawozdań KBPN z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii wynika, że zaangażowanie NFZ w finansowanie świadczeń prowadzonych w hostelach postrehabilitacyjnych jest od wielu lat niezadowalające. Biuro zwraca uwagę, że świadczenie udzielane w hostelach znajduje się w katalogu świadczeń gwarantowanych, a obowiązek ogłaszania konkursu na te świadczenia wynika z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Stowarzyszenie JUMP '93 zebrało dane potwierdzające informacje o niewielkim zaangażowaniu NFZ w kontraktowanie świadczeń w hostelu. Wynika z nich, że przedmiotowe świadczenia kontraktowane są tylko w pięciu województwach i dotyczą one tylko sześciu z ponad 30 działających w naszym kraju hosteli.

Tabela1. Nakłady NFZ na postrehabilitację (hostele) w latach 2010–2015.

Województwo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
woj. dolnośląskie	348 928	325 576	358 320	408 968	413 440	450 936
woj. kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0
woj. lubelskie	0	0	0	0	0	0
woj. lubuskie	1 047 424	1 007 402	1 021 644	995 220	925 189	1 003 392
woj. łódzkie	986 272	936 027	939 304	1 009 796	1 009 796	1 289 155
woj. małopolskie	0	0	0	0	0	0
woj. mazowieckie	0	0	0	0	0	0
woj. opolskie	87 545	83 037	77 896	94 568	94 829	98 970
woj. podkarpackie	0	0	0	0	0	0
woj. podlaskie	0	0	0	0	0	0
woj. pomorskie	0	0	0	0	0	0
woj. śląskie	0	0	0	0	0	0
woj. świętokrzyskie	0	261 128	436 168	452 208	430 152	537 792
woj. warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0	0
woj. wielkopolskie	0	0	0	0	0	0
woj. zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0
RAZEM	2 470 169	2 6131 70	2 833 332	2 960 760	2 873 406	3 380 245

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ: http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/

Badania Instytutu Psychiatrii i Neurologii sygnalizują dodatkowo inny problem reintegracji społecznej. Zwracają mianowicie uwagę na czasami zbyt wysokie koszty działania hosteli i na dość trudną do uzasadnienia wysoką liczbę zatrudnionego tam personelu w stosunku do liczby podopiecznych[39]. Co do poziomu finanso-

[39] J. Moskalewicz, J. Klingemann, J. Stokwiszewski, *Raport: ASK. Adekwatność systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków do potrzeb jego klientów*, IPiN, Warszawa 2015.

Tabela 2. Hostele readaptacyjne (postrehabilitacyjne) w Polsce.

Województwo	Liczba hosteli 2015	Liczba miejsc w hostelach 2015	Liczba hosteli 2017	Liczba miejsc w hostelach 2017
woj. dolnośląskie	4	36	4	36
woj. kujawsko-pomorskie	1	8	1	7
woj. lubelskie	0	0	0	0
woj. lubuskie	3	52	4	52
woj. łódzkie	1	36	1	60
woj. małopolskie	1	30	1	30
woj. mazowieckie	4	115	7	114
woj. opolskie	0	0	0	0
woj. podkarpackie	1	8	0	0
woj. podlaskie	0	0	0	0
woj. pomorskie	2	30	2	33
woj. śląskie	6	62	6	77
woj. świętokrzyskie	3	33	2	23
woj. warmińsko-mazurskie	1	3	1	3
woj. wielkopolskie	2	20	2	12
woj. zachodniopomorskie	0	0	0	0
RAZEM	29	403	31	447

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informatorów KBPN „Gdzie szukać pomocy?" z roku 2015 i 2016.

wego zaangażowania instytucji pomocy społecznej we wsparcie osób z problemem narkotykowym, nieco informacji dostarcza nam badanie dotyczące kosztów narkomanii, przeprowadzone przez Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach. Warto zwrócić uwagę na te dane, by zauważyć obecną od wielu lat tendencję wskazującą na bardzo niski udział „opieki społecznej" w ogólnych kosztach systemu przeciwdziałania narkomanii.

Koszty narkomanii w 2015 r.:
Wydatki na ochronę zdrowia: 190,57 mln zł
Wydatki wymiaru sprawiedliwości: 318,39 mln zł
Wydatki na realizację KPPN: 70 mln zł
Wydatki opieki społecznej: 3,88 mln zł
Razem: 582,84 mln zł

Przytoczone wyżej koszty, ich struktura mówią wiele o charakterze polskiego systemu pomocy osobom używającym narkotyków. Pokazują między innymi, że kategoria wydatków nazwana „pomocą społeczną" ma najniższy udział w ogólnych kosztach ponoszonych w związku z narkomanią (0,67%). Tu warto dodać, że w wydatkach wymiaru sprawiedliwości (54,7% kosztów narkomanii) największy udział mają koszty więziennictwa[40].

W tym miejscu warto zadać pytanie, jak wygląda struktura wydatków opieki społecznej. Stowarzyszenie JUMP '93 zbiera niektóre dane pozwalające unaocznić problem deficytów systemu pomocy, w tym dane dotyczące działań opiekuńczych i programów reintegracji społecznej. W 2016 r. organizacja ta zebrała informacje dotyczące „narkotykowych" klientów warszawskiej pomocy społecznej. Okazało się, że niemal bez wyjątku są to osoby leczone substytucyjnie lub osoby sprawujące opiekę nad dziećmi[41].

[40] Z. Mielecka-Kubień, *Oszacowanie kosztów społecznych używania narkotyków w Polsce w 2015 r.*, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017.

[41] *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2016—2017,* Warszawa 2017.

Problemy reintegracji społecznej i ich przyczyny

Jak już wspomniano, praktykowane w Polsce formy reintegracji społecznej najczęściej wykluczają ze wsparcia osoby aktualnie używające narkotyków, w tym osoby bezdomne, niepełnosprawne, starsze. Bardzo ograniczony dostęp do pomocy oferowanej bezdomnym mają osoby leczone substytucyjnie. „Narkomani" są nie tylko źle widziani przez personel schronisk i noclegowni, ale też ich klientów. Placówki opiekuńcze dla bezdomnych, które decydują się „na próbę" przyjąć osobę z problem narkotykowym, poddają ją często ponadstandardowemu nadzorowi. Ta sytuacja nie zmienia się od lat, dlatego wymaga tworzenia odrębnej sieci specjalistycznych serwisów opiekuńczych dla osób z problemem narkotykowym, odrębnych zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, centrów integracji społecznej, schronisk dla bezdomnych. W Polsce tylko dwa specjalistyczne zakłady opiekuńczo-lecznicze świadczą pomoc osobom z problemem narkotykowym, ale nie przyjmują one osób leczonych substytucyjnie.

Słabość systemu pomocy w zakresie działań socjalnych i opiekuńczych obnażają w ostatnich latach problemy wynikające z rosnącego popytu na nowe narkotyki, w tym wzrost liczby przypadków współwystępujących z uzależnieniem zaburzeń psychicznych (tzw. podwójnej diagnozy) i zachorowań neurologicznych.

Fragment protokołu ze spotkania Zespołu doradczego ds. leczenia, rehabilitacji, redukcji szkód i reintegracji społecznej przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii z 15 lipca 2015 r.: *Kolejną kwestią poddaną dyskusji była potrzeba bardziej adekwatnego poziomu zatrudnienia lekarzy psychiatrów w placówkach leczenia uzależnień, w związku ze znacznie zwiększającą się liczbą osób mających zaburzenia psychiatryczne. Ustalono, że ta kwestia również powinna być zaznaczona w nowym KPPN. Przy okazji podjęto temat zbyt małej wiedzy psychiatrów z zakresu uzależnienia (nie tylko w lecznictwie odwykowym, ale i w ośrodkach psychiatrycznych), a także niskiego poziomu wiedzy terapeutów uzależnień w zakresie psychopatologii (stąd trudna współpraca ze specjalistami, braki we wstępnym rozpoznaniu i niekierowanie na konsultacje). Sytuacja ta wymaga podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji, np. organizacji dodatkowych cyklów szkoleń. Przy okazji podniesiono kwestię konieczności doszkalania specjalistów terapii uzależnień w zakresie diagnozowania uzależnienia.*

Coraz częściej wśród ekspertów pojawia się opinia, że znacznej części osób uzależnionych od narkotyków nie jest udzielane adekwatne wsparcie, że największą systemową słabością jest koncentracja na oddziaływaniach terapeutycznych i zaniedbywanie problemów socjalnych, medycznych czy prawnych. Fragmentaryczne i „schodkowe" działanie systemu powoduje, że klient również koncentruje się na jednej grupie swoich spraw, zaniedbując inne. W rezultacie dość często zdarza się, że jego problemy socjalne czy prawne niweczą efekty leczenia uzależnienia czy leczenia chorób somatycznych. Najbardziej dotkliwym dla grup wykluczonych społecznie problemem reintegracji jest brak serwisów zintegrowanych, oferujących pomoc w jednym miejscu. Rozproszona pomoc jest często wielką barierą nie tylko dla osób z niepełnosprawnością ruchową i starszych, ale również dla osób mających trudności w poruszaniu się pomiędzy instytucjami, bezdomnych czy osób z zaburzeniami psychicznymi.

Od wielu już lat WHO w swoich wytycznych dla organizacji pomocowych zaleca stosowanie oddziaływań zintegrowanych, złożonych m.in. z oddziaływań psychospołecznych, terapii substytucyjnej dla uzależnionych od opioidów, redukcji szkód, terapii antyretrowirusowej, wreszcie programów reintegracji społecznej[42].

[42] WHO 2007, dokument zawierający wytyczne dla organizacji pomocy osobom HIV+ i IDU: www.who.int/hiv/topics/idu/care/E90840.pdf.

Te i podobne zalecenia są w naszym kraju coraz częściej przywoływane. Jeden z najbardziej znanych polskich ekspertów w zakresie addyktologii, prof. Marcin Wojnar, wielokrotnie podkreślał w swoich wystąpieniach i publikacjach, że optymalna pomoc powinna równorzędnie traktować leczenie biologiczne, oddziaływania psychoterapeutyczne i pomoc socjalną[43].

W kontekście dyskusji dotyczącej działań zintegrowanych, specjaliści zwracają często uwagę na potrzeby dużych aglomeracji miejskich, gdzie ogniskują się najbardziej palące problemy społeczne. W dokumencie Deklaracji Warszawskiej, przyjętej przez uczestników międzynarodowej konferencji Urban Drug Policy, która odbyła się w Warszawie w lutym 2016 r., czytamy: *Kompleksowe podejście i szeroki wachlarz usług zdrowotnych i socjalnych – zawierający programy redukcji szkód – powinien być dostosowany do indywidualnych cech, potrzeb, preferencji i okoliczności życiowych osób używających narkotyków. Leczenie musi odbywać się wyłącznie na zasadzie dobrowolności, a działania profilaktyczne tworzone w oparciu o dowody naukowe. Programy te powinny być prowadzone z poszanowaniem praw człowieka i z zachowaniem unijnych minimalnych standardów zmniejszenia popytu. Samorządy powinny skutecznie przeciwdziałać stygmatyzacji i dyskryminacji osób używających narkotyków, szczególnie podczas korzystania przez nie z pomocy socjalnej oraz opieki zdrowotnej.*

Bez wątpienia w budowaniu optymalnego modelu reintegracji społecznej należy uwzględniać potrzeby wynikające ze struktury wieku potencjalnych odbiorców. Ta struktura się zmienia, a cała populacja problemowych użytkowników narkotyków jest coraz starsza. Z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii dowiadujemy się, że odbiorcy programów postrehabilitacyjnych, mimo że rekrutowani spośród pacjentów ośrodków stacjonarnych, są jako grupa od nich starsi. Należy zatem założyć, że są też głębiej uzależnieni i posiadają więcej deficytów. Aż 48% osób korzystających z hosteli i mieszkań readaptacyjnych, przekroczyło 30. rok życia, gdy w ośrodkach rehabilitacji odsetek takich pacjentów jest znacznie niższy, bo stanowi 28%. Najstarsi są pacjenci programów substytucyjnych, gdzie 70% osób przekroczyło trzydziestkę, wielu pośród nich ukończyło 50. rok życia, a pojawiają się także osoby 60+[44].

Postrehabilitacja, będąca najszerzej akceptowaną społecznie formą reintegracji społecznej użytkowników narkotyków i dlatego najlepiej rozwiniętą, ma także wiele do nadrobienia i naprawienia. Istotnym jej problemem jest pozamiejskie położenie znacznej liczby hosteli, co stanowi przeszkodę w usamodzielnianiu się ich klientów w związku ze znacznymi odległościami od rynku pracy. Analiza ostatnich informatorów KBPN *Gdzie szukać pomocy*, pokazuje, że ok. 1/3 hosteli readaptacyjnych położona jest nie tylko w mniejszych miejscowościach (poniżej 50 tys. mieszkańców), ale też znacznie oddalonych od większych aglomeracji miejskich. Tu dygresja. Położenie hostelu „daleko od szosy" i od rynku pracy to poważna wada dla programu postrehabilitacyjnego, ale staje się ona mniej istotna w przypadku działań opiekuńczych nad osobami starszymi czy osobami z niepełnosprawnością. Z przytoczonych wyżej powodów trudne do uzasadnienia jest prowadzenie działań postrehabilitacyjnych na terenie odizolowanego od środowiska miejskiego, ośrodka stacjonarnego. Z rozmów z byłymi pacjentami, osobami, które przechodziły etap postrehabilitacji w takich ośrodkach, wynikało, że zapamiętali ten okres głównie z tych powodów, że zamieniono im pokój z wieloosobowego na jedno- czy dwuosobowy oraz dlatego, że obarczono ich bardziej odpowiedzialnymi obowiązkami na terenie placówki.

Co do innych wad postrehabilitacji nieracjonalna z punktu widzenia interesu społecznego wydaje się ekskluzywność opieki niektórych hosteli, wyrażająca się współpracą tylko z jedną placówką rehabilitacyjną czy

[43] Materiały pokonferencyjne Fundacji Res Humanae, II Ogólnopolska Konferencja Narkotyki-Narkomania – Konstancin 2014.

[44] J. Moskalewicz, J. Klingemann, J. Stokwiszewski, *Raport: ASK. Adekwatność systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków do potrzeb jego klientów*, IPiN, Warszawa 2015.

organizacją pozarządową. Takie hostele świadczą na ogół pomoc bardzo niewielu klientom, przez co generują wysokie koszty działalności.

Przy omawianiu problemów postrehabilitacji warto zwrócić uwagę na istnienie wśród terapeutów poglądu, że miasto jest środowiskiem wrogim osobie trzeźwiejącej, natomiast wieś sprzyjającym. Jest to pogląd tylko w części prawdziwy. Przyjmuje się, że izolacja pacjenta w warunkach pozamiejskich może być istotnym wsparciem w leczeniu, ale tylko na jego początku. Natomiast etap usamodzielnienia się osoby leczonej powinien przebiegać w takim środowisku, w jakim klient będzie chciał żyć przez najbliższe lata. Nie trzeba udowadniać, że duże miasta mają na ogół najwięcej do zaoferowania osobom próbującym na nowo wystartować w życiu, czy to w zakresie uzupełnienia wykształcenia, podjęcia pracy, podniesienia kwalifikacji zawodowych, czy w każdej innej ważnej dla rozwoju osobistego aktywności. Miasta mają jeszcze jeden istotny dla reintegracji społecznej walor: udostępniają niektóre swoje zasoby za darmo. W przypadku osób mających deficyty w zakresie umiejętności spędzania czasu wolnego, ważny jest dostęp do bibliotek, ośrodków kultury, ośrodków sportu i rekreacji. W dużych miastach istotnym elementem podnoszenia ogólnej kultury spędzania wolnego czasu są np. systemy rowerów miejskich, infrastruktura budowana wokoło parków, rzek i zbiorników wodnych. Miasta pozwalają organizować się i zrzeszać osobom o podobnych problemach czy zainteresowaniach, oferują grupy wsparcia, grupy NA i AA, darmowe poradnictwo prawne, poradnictwo zawodowe i wiele innych pomocnych w trzeźwieniu serwisów. W przypadku osób z różnymi przewlekłymi schorzeniami ważny jest dostęp do różnorodnego specjalistycznego leczenia. Istotnym problemem reintegracji jest dostępność programów nowoczesnego leczenia HCV, które to zakażenie występuje u ponad 6,5% użytkowników narkotyków i 65% użytkowników iniekcyjnych (w populacji ogólnej występuje u 1% osób)[45].

Hostele w dużych miastach są dobrem rzadkim, ale tam, gdzie się pojawią, skutecznie przyczyniają się do skrócenia czasu leczenia w ośrodkach stacjonarnych. Przykładem są hostele readaptacyjne w Krakowie i Łodzi, których działalność miała prawdopodobnie decydujący wpływ na znaczne skrócenie czasu leczenia stacjonarnego na terenie województw łódzkiego i małopolskiego.

Według informatora KBPN *Gdzie szukać pomocy* (2015) w obydwu województwach przeważająca część ośrodków rehabilitacyjnych oferuje programy leczenia do 6 miesięcy.

Mieszkania readaptacyjne to forma działań efektywna i potrzebna, ale wydaje się zbyt droga, biorąc pod uwagę znaczące deficyty hosteli, które przynajmniej w teorii powinny być znacznie tańsze. Należy jednak zwrócić uwagę, że koszty opieki hostelowej są czasami zbliżone do kosztów opieki w ośrodku rehabilitacji. Tu narzuca się pytanie, czy wyższe koszty i standard opieki w stacjonarnych placówkach postrehabilitacyjnych z kontraktem z NFZ przekłada się na ich wyższą efektywność względem hosteli finansowanych tylko przez samorząd i KBPN.

Poprawa dostępności serwisów reintegracji społecznej – zadania dla samorządu

Wśród wielu rekomendacji dostarczanych w ciągu ostatnich lat miastu stołecznemu Warszawa przez tamtejszą miejską Komisję Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS[46], pojawiły się też takie, które dotyczą reintegracji społecznej.

[45] Źródło: J. Sierosławski, *Zapobieganie zakażeniom HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków*, „Serwis Informacyjny Uzależnienia", 3/2017.

[46] Lokalne, złożone z przedstawicieli organizacji pozarządowych ciało doradcze.

Na przykład w 2015 r. przedstawione zostały wskazówki służące organizacji hosteli interwencyjnych i placówek opiekuńczych dla osób uzależnionych od narkotyków, zarazem osób długotrwale wykluczonych społecznie i mających problemy z utrzymaniem abstynencji. Według ww. rekomendacji organizująca się miejska placówka opiekuńcza dla osób długotrwale wykluczonych społecznie powinna z góry zakładać dość ograniczoną liczbę miejsc noclegowych, do najwyżej kilkunastu łóżek. Praca z klientem trudnym, mającym problemy z respektowaniem regulaminu, jest znacznie efektywniejsza, gdy grupa osób objętych opieką noclegową jest niewielka. Ponadto ograniczona liczba miejsc redukuje niebezpieczeństwo powstawania konfliktów z otoczeniem placówki. Najdalej idące sankcje za wykroczenia przeciw regulaminowi i kontraktowi, głównie dotyczące uporczywego łamania zasady abstynencji, nie powinny wykraczać poza czasowe skreślenie z listy podopiecznych[47].

Przy okazji prowadzonej od wielu lat przez specjalistów dyskusji dotyczącej potrzeb społecznych i związanych z nimi postulatów wzmocnienia lecznictwa ambulatoryjnego, pojawia się idea poprawy dostępności i poszerzenia zakresu działań serwisów reintegracji społecznej, poprzez szersze połączenie ich z działalnością poradni leczenia uzależnień. Poradnie generalnie wydają się najlepiej przygotowane do wykonania zadania organizacji i prowadzenia opieki hostelowej skierowanej do różnych grup klientów. Chodzi tu przecież nie tylko o postrehabilitację, ale też o zapewnienie kompleksowego, wielopoziomowego wsparcia osobom marginalizowanym społecznie. Wielopoziomowa opieka powinna zatem obejmować także działania noclegowni i punktów dziennego pobytu, gdzie abstynencja nie byłaby warunkiem udzielania pomocy. Obszar takich działań opiekuńczych jest traktowany jako domena działających najczęściej przy poradniach „narkotykowych" bardzo nielicznych programów redukcji szkód i należy przyznać, że pracownicy tych programów wydają się w przedmiotowym zakresie najlepiej przygotowani. Na kolejnych poziomach opieki powinny pojawić się hostele i mieszkania readaptacyjne dla osób leczonych substytucyjnie i utrzymujących abstynencję (od nieprzepisanych przez lekarza substancji), oraz hostele i mieszkania readaptacyjne o charakterze postrehabilitacyjnym.

Wśród rekomendacji dotyczących wzmocnienia segmentu reintegracji społecznej, kierowanych przez Stowarzyszenie JUMP '93 do miasta stołecznego Warszawa i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, wskazywane są rozwiązania dotąd niewykorzystywane w naszym kraju.

W przypadku osób objętych leczeniem uzależnienia i uczestniczących efektywnie w programach wychodzenia z bezdomności, zarazem osób oczekujących na przydział mieszkań socjalnych, dobrym rozwiązaniem wydaje się niewielkie, comiesięczne wsparcie finansowe, pozwalające na korzystanie z komercyjnych miejsc lokatorskich (mieszkania prywatne, hotele robotnicze, w przypadku kobiet hotele dla pielęgniarek itp.). Dla osób leczonych substytucyjnie, mających problem z utrzymaniem abstynencji – głównie chodzi tu o używanie alkoholu, beznzodiazepin, mefedronu, ale też o iniekcyjne przyjmowanie metadonu – wydają się bardzo potrzebne programy tzw. przedłużonej detoksykacji. Chodzi tu o taki program opieki stacjonarnej, w którym pacjent po opuszczeniu oddziału szpitalnego, gdzie zajmowano się odstawieniem innych niż lek substytucyjny substancji, mógłby przez kilka tygodni utrwalać efekty takiego odtrucia. Proponowane przez Stowarzyszenie JUMP '93 serwisy, prawdopodobnie podniosłyby efektywność leczenia substytucyjnego, dodatkowo pomogłyby stabilizować dawki metadonu czy innych stosowanych w substytucji leków.

Wracając do prowadzenia działań zintegrowanych, wydają się one działaniami tańszymi i efektywniejszymi od działań rozproszonych, między innymi dzięki wykorzystaniu efektu synergii. Zintegrowane działania nie oznaczają tylko wspólnej lokalizacji wielu usług (często nie jest możliwa) czy zarządzania nimi z jednego miejsca, ale też oparcie się na wspólnym podejściu do pomocy. Bardzo skutecznym i coraz popularniejszym

[47] Źródło: *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014—2015*, Warszawa 2015.

narzędziem integrowania usług są działania *case management* (zarządzanie przypadkiem). W krajach UE działania te na ogół są prowadzone przez pracowników socjalnych, w naszym kraju rola ta przypada coraz częściej terapeutom i streetworkerom. W programach wychodzenia z bezdomności, pełniący podobną rolę pracownik socjalny, nazywany bywa asystentem klienta. Zadaniem case managera (asystenta klienta) jest doradztwo, wspólne ustalenie z podopiecznym kolejności rozwiązywania problemów, monitorowanie postępów, koordynowanie korzystania z różnych usług, zapewnienie ciągłości pomocy. Praca case managera w zintegrowanej formule pomocy, gdy jest on członkiem jednego zespołu, wydaje się jeszcze bardziej efektywna, bo pozwala pełniej i łatwiej monitorować sprawy podopiecznych. Zarządzanie przypadkiem bywa natomiast trudniejsze, gdy system pomocy, tak jak to jest najczęściej w Polsce, działa słabo komunikującymi się fragmentami i „schodkowo"[48].

W przypadku absolwentów programów stacjonarnych klient wprost z ośrodka rehabilitacji przechodziłby pod opiekę hostelu prowadzonego przy poradni leczenia uzależnień, serwisów działających w formule zintegrowanej. W takiej formule klient powinien mieć dostęp do grupy wsparcia oraz innych programów podtrzymywania abstynencji, ponadto powinien mieć dostęp do pomocy prawnej, socjalnej, do działań asystenckich, doradztwa zawodowego oraz do pomocy lekarza.

Samorządy, zwłaszcza największych miast, najlepiej we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, powinny zwrócić baczniejszą uwagę na obszar reintegracji społecznej, a poprzez wspieranie silnych i ambitnych placówek ambulatoryjnych podjąć się zadania uzdrowienia sytuacji związanej z różnymi lokalnymi niedoborami. Nie należy zapominać, że leczenie uzależnienia od narkotyków to często bardzo długi proces, ale niekoniecznie wymagający wieloletniej i powtarzającej się izolacji w warunkach ośrodka rehabilitacji i społeczności terapeutycznej. Dobrze zorganizowana, miejska postrehabilitacja hostelowa, uzupełniana różnorodnymi programami, grupami wsparcia i działaniami asystenckimi prowadzonymi przez personel placówek ambulatoryjnych, mogłaby znacząco poprawić efektywność leczenia, zmniejszyć liczbę nawrotów, w tym nawrotów skutkujących wieloletnimi wędrówkami pacjentów po ośrodkach stacjonarnych. Inne wskazywane w niniejszym opracowaniu, a zaimplementowane lokalnie działania pomogłyby np. znacząco zmniejszyć liczbę osób nieefektywnie korzystających z terapii substytucyjnej.

Na koniec jeszcze jeden cytat z przytaczanego już wcześniej opracowania Bogusławy Bukowskiej: *Słabość działań sprzyjających reintegracji społecznej ma związek z ogólną słabością systemu opieki społecznej w Polsce. Od wielu lat Krajowe Biuro postuluje większe zaangażowanie tego sektora w pomoc i wsparcie dla osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin – jak do tej pory z miernym rezultatem. Wydaje się, że jest to obszar, w którego rozwój powinien w większym zakresie włączyć się także samorząd lokalny. Mieszkania readaptacyjne, hostele, noclegownie mogą być dofinansowywane przez samorząd w ramach projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty. Warto pamiętać, że brak troski o zwiększenie dostępu do interwencji sprzyjających reintegracji społecznej, to często zaprzepaszczenie wysokich nakładów na leczenie i spychanie osób uzależnionych na margines życia społecznego.*

[48] K. Dąbrowska, *Wykorzystanie metody case management w pracy z osobami uzależnionymi* (w:) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów uzależnień*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.

Bibliografia

Bukowska B., *Społeczna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najsłabsze ogniwo*, „Świat Problemów", 1/2015.

Bukowska B., *Leczenie osób uzależnionych od narkotyków w Polsce*, „Świat Problemów", 10/2014.

Charmast J., *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012–2013*, www.jump93.pl.

Charmast J., *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014–2015*, www.jump93.pl.

Charmast J., *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2016–2017*, www.jump93.pl.

Dąbrowska K., *Wykorzystanie metody case management w pracy z osobami uzależnionymi* (w:) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów uzależnień*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.

Jabłoński P., Malczewski A., *Dopalacze. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, KBPN, Warszawa 2014.

Łazuga-Koczurowska J., *Reorganizacja systemu Monar – kierunki zmian*, „Serwis Informacyjny Narkomania", 3/2014.

Malczewski A., *Odbiorcy programów igieł i strzykawek w 2012 roku*, „Serwis Informacyjny Narkomania", 2/2013.

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

Rachowska E., *Społeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBPN, Warszawa 2012.

Sierosławski J., *Zapobieganie zakażeniom HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków*, „Serwis Informacyjny Uzależnienia", 3/2017.

Sumnall H., Brotherhood A., *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 2012.

Zygadło M., *Osoby starsze uzależnione od narkotyków i struktura opieki*, www.narkomania.org.pl/czytelnia.

Epidemiologia narkomanii w Polsce, KBPN, Warszawa 2013.

Materiały pokonferencyjne Fundacji Res Humanae, II Ogólnopolska Konferencja Narkotyki-Narkomania – Konstancin 2014.

WHO 2007, dokument zawierający wytyczne dla organizacji pomocy osobom HIV+ i IDU: www.who.int/hiv/topics/idu/care/E90840.pdf.

WHO/UNODC/UNAIDS, *Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV/AIDS*, 2004. *WHO/UNODC/UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, 2004.

WOJEWÓDZKIE I GMINNE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Sławomir Pietrzak, Marta Struzik

Społeczność lokalna

Przeciwdziałanie narkomanii jest jednym z zadań własnych gminy, określonych wprost w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanej dalej ustawą)[49]. Najważniejszym dokumentem kształtującym lokalną politykę narkotykową jest Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii. Zgodnie z ustawą, program ten opracowywany jest przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta), czyli organ wykonawczy samorządu, a przyjmowany jest do realizacji uchwałą Rady Gminy. Należy jednak pamiętać, że prowadzenie działań ukierunkowanych na zmniejszenie problemów wynikających z używania środków psychoaktywnych odbywa się zawsze w ściśle określonej przestrzeni geograficznej i społecznej, a w realizację tych działań zaangażowane są różnego rodzaju podmioty oraz osoby, które wspólnie tworzą zbiorowość nazywaną w socjologii społecznością lokalną.

Społeczność lokalna to zbiorowość, która zamieszkuje wyodrębnione i stosunkowo niewielkie terytorium, jak np. miasto, wieś czy osiedle, w której występują silne więzi wynikające ze wspólnych interesów i potrzeb, a także z poczucia przynależności do zamieszkiwanego miejsca. Ideę tę odzwierciedlają zapisy ustawy o samorządzie gminnym[50], której art. 1 stanowi, że gminę tworzy wspólnota samorządowa zamieszkująca terytorium gminy.

Istotnym czynnikiem sprzyjającym tworzeniu się lokalnych społeczności jest uczestnictwo mieszkańców danego obszaru w różnego rodzaju aktywnościach społecznych. Elementem, który ma duży wpływ na realizację wspólnych interesów społeczności lokalnej, w szczególności w społecznościach miejskich, są działające na ich obszarze organizacje pozarządowe czy grupy społeczne będące wyrazicielami tych interesów.

Ważne jest zatem, aby w procesie budowania strategii rozwiązywania problemów narkotykowych i prowadzenia różnego rodzaju oddziaływań z tym związanych uwzględniać członków lokalnej społeczności oraz działające na jej terenie organizacje społeczne i placówki oświatowe.

W art. 5 ustawy wskazane są podmioty, których obowiązkiem jest realizacja zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii. Wśród nich ustawodawca wymienia jednostki samorządu terytorialnego, szkoły, przedszkola i inne jednostki systemu oświaty oraz organizacje pozarządowe. Wskazane zatem byłoby, aby na każdym etapie realizacji polityki narkotykowej gminy (województwa) wszystkie te podmioty współdziałały ze sobą w celu zwiększenia skuteczności prowadzonych przez nie oddziaływań.

[49] Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2017 r., poz. 783).

[50] Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2017 r., poz. 1875).

Zasady tworzenia strategii przeciwdziałania uzależnieniom

W procesie tworzenia lokalnej strategii przeciwdziałania uzależnieniom, która ma na celu ograniczenie lub zapobieganie rozwojowi niekorzystnych dla społeczeństwa zjawisk, warto pamiętać o pięciu ważnych zasadach.

Zasada realizmu

W większości społeczeństw panuje zasadniczo zgoda co do faktu, że rozpowszechnienie używania narkotyków jest zjawiskiem negatywnym. Warto jednak pamiętać, że większość problemów społecznych, z uwagi na swoją złożoność, poddaje się interwencji tylko do pewnego stopnia. Problem nadużywania substancji jest problemem bardzo złożonym, a jego uwarunkowania i przyczyny mogą mieć podłoże psychologiczne, socjologiczne czy też ekonomiczne. Ważne jest w związku z tym, aby wyznaczać jedynie takie cele, które są możliwe do osiągnięcia przy pomocy narzędzi, jakimi społeczność dysponuje. Chodzi tu zarówno o zasoby instytucjonalne i kwalifikacje wykonawców, jak i dostępne zasoby finansowe. Stawianie sobie zbyt ambitnych i przez to niemożliwych do osiągnięcia celów, może powodować frustrację i zniechęcenie realizatorów, a wśród społeczności lokalnej może pojawić się przekonanie, że w tej dziedzinie jest ona bezradna.

Zasada komplementarności

W większości krajów europejskich postuluje się, aby na poziomie profilaktyki rezygnować z realizacji działań ukierunkowanych na pojedyncze substancje, takie jak narkotyki, alkohol czy papierosy. Istnieją bowiem liczne dowody na to, że mechanizmy sięgania po te substancje są bardzo zbliżone. Zmieniają się również wzory używania substancji psychoaktywnych. Coraz częściej użytkownicy korzystają z substancji nielegalnych w połączeniu z substancjami legalnymi i nawet w ośrodkach leczniczych rośnie liczba pacjentów, których trudno jednoznacznie zdiagnozować jako uzależnionych wyłącznie od jednego rodzaju substancji. Racjonalne wydaje się więc budowanie strategii profilaktycznych, obejmujących zarówno legalne, jak i nielegalne substancje.

Zasada partycypacji

W społecznościach lokalnych prowadzone są równolegle programy mające na celu ograniczanie rozpowszechnienie wielu problemów, np. przestępczości, społecznego wykluczenia czy zaburzeń psychicznych. Posiadanie informacji na temat celów oraz działań w ramach innych programów realizowanych w lokalnej społeczności, może bardzo pomagać w procesie budowania programu dotyczącego przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych. Wymiana informacji między autorami i realizatorami poszczególnych programów służy wzmocnieniu spójności i skuteczności całej lokalnej polityki społecznej oraz zapobiega niepotrzebnemu powielaniu wysiłków.

Zasada partycypacji oznacza więc konieczność włączania do planowania i realizacji programu jak największej liczby partnerów. Chodzi tu o jak najszersze spektrum instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, również tych, dla których problem używania substancji psychoaktywnych nie jest podstawowym celem działalności.

Zasada spójności

Z zasadą partycypacji mocno wiąże się kolejna z zasad – zasada spójności. Spełnienie tej zasady wymaga takiego łączenia zadań realizowanych przez różne organizacje i instytucje, aby możliwa była stała współpraca realizatorów i koordynacja ich działań. Spełnienie tego wymogu nie powinno być trudne, jeśli zaplanowane w programie działania zmierzają rzeczywiście do osiągnięcia wspólnie uzgodnionego celu.

Zasada społecznej akceptacji

Ostatnią, ale być może najważniejszą zasadą budowania strategii profilaktycznej jest zasada społecznej akceptacji. Jej przestrzeganie jest warunkiem, którego spełnienie istotnie zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu zaplanowanych działań. Przyjęta strategia powinna być w społeczności upowszechniona, a jej cele i zadania należy publicznie objaśniać przy pomocy dostępnych środków przekazu, w tym także lokalnych mediów. Społeczność powinna być także na bieżąco informowana o osiągnięciach i problemach w czasie realizacji programu. Takie działania powinny przyczynić się zarówno do podniesienia rangi problemu, jak i poziomu społecznej akceptacji dla wdrażanych działań.

Interesariusze programu

W trakcie procesu przygotowania programu jednym z kluczowych działań jest identyfikacja wszystkich podmiotów (osób, grup, instytucji, firm), na które realizacja naszego programu będzie miała wpływ. Podmioty te nazywamy interesariuszami.

Określenie interesariusz wywodzi się od wyrazu interes, który w socjologii i ekonomii oznacza przedmiot lub stan rzeczy, którego osiągnięcie jest pożądane lub konieczne i dla osiągnięcia którego jednostki lub grupy mobilizują swą aktywność i posiadane zasoby. W kontekście budowania strategii profilaktycznych pojęcie interesariuszy należy rozumieć szeroko. Do grupy tej zaliczamy zarówno te podmioty, które w wyniku realizacji naszego programu mogą odnieść korzyści, jak i te, dla których realizacja programu może oznaczać straty.

Wśród interesariuszy wyróżniamy więc trzy grupy:

- **potencjalnych partnerów** w realizacji działań, czyli te osoby i podmioty, których cele działania są zbieżne z celami programu,
- **beneficjentów programu**, czyli wszystkie osoby i organizacje, dla których program jest realizowany, a więc te, które będą odnosiły z niego korzyści,
- **potencjalnych przeciwników** planowanych działań, czyli tych wszystkich, dla których realizacja programu stanowi zagrożenie ich interesów.

Identyfikacji i analizy interesariuszy należy dokonać na jak najwcześniejszym etapie pracy nad strategią, ponieważ dzięki temu możemy lepiej przygotować pracę nad programem. Prawidłowo przeprowadzona analiza partnerów umożliwi podjęcie decyzji, jaki podmiot lub osoba będzie najlepszym partnerem w procesie przygotowywania oraz realizacji programu. Decyzja ta umożliwi nawiązanie współpracy z różnymi podmiotami jeszcze przed przystąpieniem do prac nad analizą problemu, a wskazani partnerzy będą od samego początku zaangażowani w działania związane z opracowywaniem programu. Analiza beneficjentów programu pozwoli na wskazanie grup docelowych, do których będą kierowane poszczególne działania. Udział przedstawicieli beneficjentów w pracy nad programem konieczny jest, aby mieć pewność, że zaplanowane działania zostaną określone adekwatnie w stosunku do problemu, jaki dotyka daną grupę. Analiza beneficjentów może również wskazać, że do pracy nad program trzeba zaprosić także innych ekspertów, którzy specjalizują się w pomocy zidentyfikowanym grupom odbiorców. Analiza potencjalnych przeciwników strategii umożliwia wyłonienie tych podmiotów, których przedstawicieli należy koniecznie zaprosić do udziału w tworzeniu strategii. Celem tego zaproszenia jest umożliwienie przeciwnikom przedstawienia własnych interesów i wypracowanie porozumienia, które zadowoli wszystkie strony uczestniczące w procesie budowania strategii.

Dwa sposoby budowania strategii (podejście eksperckie i podejście partycypacyjne). Zalety i wady

Podstawową kwestią związaną z budowaniem strategii profilaktycznej jest określenie sposobu przygotowania tej strategii. Rozstrzygnięcia wymaga to, czy program będzie przygotowywany przez ekspertów (podejście eksperckie), czy też przez szeroki zespół osób zainteresowanych rozwiązaniem problemu (podejście partycypacyjne). Od tego, jaką metodę tworzenia programu wybierzemy zależeć będzie jakość programu oraz możliwość jego realizacji.

Podejście eksperckie polega na tym, że strategia opracowywana jest przez zespół specjalistów z danej dziedziny, którzy pracują wyłącznie w swoim gronie, korzystając w razie potrzeby z informacji zewnętrznych. Ekspertami mogą tu być zarówno pracownicy instytucji naukowo-badawczych zajmujących się zagadnieniami związanymi z profilaktyką, jak i pracownicy jednostek organizacyjnych samorządu odpowiedzialni za realizację zadań dotyczących rozwiązywania problemów społecznych.

Podejście partycypacyjne opiera się na społecznym procesie tworzenia programów. W procesie budowania strategii uczestniczą podmioty zainteresowane rozwiązaniem problemu, którego dotyczy program. Ich praca może być wspierana przez grupę ekspertów. Poza tym, że metoda ta wykorzystuje wiedzę i kreatywność uczestników procesu przygotowywania programu, przyczynia się także do budowy konsensusu wokół koncepcji programu.

Każde z proponowanych podejść ma swoje zalety oraz wady. Poniżej przedstawione zostaną pozytywne i negatywne strony stosowania obu z tych podejść.

Jedną z najważniejszych zalet podejścia eksperckiego jest fakt posiadania przez specjalistów dużej wiedzy na temat problemu i metod jego rozwiązywania. Zatrudnieni specjaliści pracują przeważnie tylko we własnym gronie, nie ma więc potrzeby organizacji licznych spotkań z udziałem wielu osób. Eksperci, pracując w małej grupie, nie tracą zbyt wiele czasu na komunikowanie się, wymianę poglądów, dyskusję czy uzgadnianie stanowisk. Powoduje to, że czas pracy nad programem znacząco się skraca. Zastosowanie podejścia eksperckiego może generować różne koszty finansowe, w zależności od tego, kogo zatrudniamy jako eksperta. W przypadku, gdy całą pracę wykonują pracownicy samorządu, koszt przygotowania programu jest bardzo niski – sprowadza się do ewentualnego wynagrodzenia pracowników za dodatkową pracę lub jest przygotowany całkowicie „bezkosztowo" – w ramach bieżących obowiązków urzędników. Z kolei zatrudnienie zewnętrznych ekspertów może generować wysokie koszty przygotowania programu, zależne od wysokości wynagrodzenia tych specjalistów. W obu sytuacjach opracowanie programu nie wymaga jednak środków na organizację spotkań i warsztatów. Zatrudnienie ekspertów zewnętrznych pozwala na przygotowanie programu opartego na specjalistycznej wiedzy i przyczynia się do bardziej zobiektywizowanego spojrzenia na problem. Z kolei powierzenie przygotowania strategii urzędnikom może się przyczynić do zwiększenia ich kwalifikacji.

Główną wadą podejścia eksperckiego jest to, że prace nad rozwiązaniem problemu odbywają się bez udziału osób bezpośrednio zainteresowanych jego rozwiązaniem. Konsekwencje takiego podejścia mogą być bardzo poważne. Problem może nie być dokładnie zdiagnozowany, ponieważ część wiedzy o problemie, którą posiadają ewentualni beneficjenci programu, nie zostanie uwzględniona i wykorzystana. Przyjęta strategia może również nie odzwierciedlać społecznej hierarchii ważności problemów, a osoby, które miałyby program realizować, mogą uznać, że jest on im narzucony, nie jest zgodny z ich wiedzą i przekonaniami, więc nie warto się angażować w jego realizację.

Zaletą powierzenia przygotowania strategii urzędnikom jest bardzo dobra znajomość lokalnych uwarunkowań, która, niestety, nie zawsze idzie w parze z obiektywizmem. Osoby, które na co dzień pracują z danym

problemem mają skłonność do koncentrowania się na sprawach bieżących i znanych. Trudno jest im uzyskać świeże, całościowe i perspektywiczne spojrzenie na problem. Powierzenie przygotowania programu specjalistom zewnętrznym zmniejsza to zagrożenie, ale stwarza nowe związane z ich słabą znajomością lokalnego środowiska.

Najważniejszą zaletą podejścia partycypacyjnego jest zaangażowanie w rozwiązywanie problemu osób najbardziej zainteresowanych. Dzięki takiemu podejściu uzyskuje się gruntowną wiedzę o tym, co dzieje się w lokalnej społeczności i jakie są przyczyny pojawiania się różnych problemów. Wykorzystywana jest wiedza, kreatywność uczestników procesu oraz ich możliwości działania. Nie ma więc zagrożenia, że cele ustanowione w programie będą niezgodne z celami lokalnej społeczności. Program ma większą szansę na realizację, ponieważ został wypracowany przez osoby zainteresowane, które miały możliwości wyrażenia swoich opinii i współtworzenia proponowanych rozwiązań. Podejście partycypacyjne tworzy więc współodpowiedzialność za realizację programu. Przyczynia się również do zbudowania systemu komunikacji wszystkich podmiotów uczestniczących w tworzeniu strategii, a następnie ją realizujących. Niestety, stosowanie podejścia partycypacyjnego jest bardzo czasochłonne. Prezentowanie opinii, dokonywanie uzgodnień w dużej i zróżnicowanej grupie osób wymaga czasu. Podczas prac ujawniają się sprzeczności interesów i oczekiwań, co może prowadzić do konfliktów pomiędzy uczestnikami procesu. Organizacja prac grupy pociąga za sobą dodatkowe koszty, takie jak np. zakup materiałów piśmienniczych, wynajem sali i sprzętu, zapewnienie cateringu.

Analizując zatem wady i zalety podejścia partycypacyjnego oraz podejścia eksperckiego, wydaje się, że najwłaściwszym sposobem budowania strategii byłoby zastosowanie kompilacji obu tych podejść. Oprócz przedstawicieli społeczności lokalnej, do udziału w pracach należałoby zaprosić zewnętrznych ekspertów. Ich rolą byłoby, oprócz dostarczania specjalistycznej wiedzy, zapewnienie poprawności procesu tworzenia strategii oraz zewnętrzne, bardziej zobiektywizowane spojrzenie na problem. Zadaniem eksperta zewnętrznego mogłoby być także prowadzenie warsztatów czy udział w rozwiązywaniu pojawiających się konfliktów.

Monitorowanie problemu narkomanii na poziomie lokalnym

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii wpisuje się w stałą i regularną obserwację zjawiska, która może być prowadzona na każdym szczeblu, tj. od poziomu ogólnopolskiego, poprzez szczebel wojewódzki, do poziomu lokalnego. Zbieranie i analiza danych w ramach prowadzonego przez gminę (województwo) monitoringu wiąże się zatem z systematycznym i regularnym planowaniem oraz gromadzeniem potrzebnych informacji. Monitorowanie problemu narkotykowego na terenie gminy czy województwa wpisuje się w politykę prowadzenia działań w oparciu o dowody naukowe, czyli wyniki badań oraz analiz popierające rekomendowane cele i uzasadniające ich słuszność, trafność. Dzięki gromadzonym wynikom badań czy też wystandaryzowanym statystykom, możliwe jest bardziej precyzyjne określenie lokalnych problemów i potrzeb w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. Możliwa jest również rzetelna analiza zasobów gminy (województwa) w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

Monitoring lokalny stanowi przede wszystkim wsparcie informacyjne dla prowadzonych działań, a wyniki monitorowania stanowią kluczowe dane do ewaluacji strategii antynarkotykowych. Zbieranie danych zakłada powtarzalność i regularność, dzięki czemu możliwe jest elastyczne reagowanie na zaobserwowane, zmieniające się trendy lub występujące nowe zjawiska. Te działania wspierają szybką i adekwatną reakcję na lokalne problemy oraz efektywną alokację środków finansowanych.

Nie istnieje jeden wzorcowy model prowadzenia lokalnego monitoringu. Organizacja zbierania danych wynika bowiem z możliwości, zaplecza osobowego i finansowego gminy (województwa), jej (jego) wielkości i innych czynników natury organizacyjnej oraz formalnej. Za prowadzenie lokalnego monitoringu odpowiedzialna może

być np. jedna osoba, zajmująca się na terenie gminy zadaniami z zakresu przeciwdziałania narkomanii, ale może to również być kilka osób, czy też wyznaczona grupa robocza ekspertów stanowiących swego rodzaju ciało doradcze dla prowadzonych działań. Organizując monitoring, można również zaprosić do współpracy grupy, sieci lub struktury, które już na chwilę obecną działają na terenie gminy lub województwa. Najważniejsze jest jednak to, aby rozpoczynając monitorowanie utworzyć struktury monitorujące, czyli zidentyfikować i określić konkretne instytucje i osoby, z którymi można podjąć współpracę w zakresie zbierania danych o problemie narkotyków i narkomanii. Następnie ważne jest pozyskanie wsparcia na poziomie lokalnych władz oraz kluczowych osób ze społeczności lokalnej.

Przystępując do zainicjowania monitorowania, należy przede wszystkim określić cele zbierania danych, np. przeprowadzenie diagnozy, zebranie informacji o skali problemu narkotykowego w gminie itp. Zbieranie danych na temat problemu narkomanii na poziomie lokalnym odbywa się w ramach kilku obszarów, które można skategoryzować jako:

- monitorowanie sytuacji (analiza skali problemu narkotykowego na terenie gminy/województwa i jego charakterystyka),
- monitorowanie zasobów (analiza realizowanych działań i posiadanych możliwości odpowiedzi na problem narkotykowy, jakimi dysponuje gmina/województwo),
- monitorowanie kontekstu (analiza postaw wobec substancji psychoaktywnych, wiedzy mieszkańców, kontekstu społecznego, kulturowego, ekonomicznego itp.).

W przypadku problematyki narkomanii, która z natury nosi znamiona ukrytej ze względu na swój aspekt prawny, obserwacja zjawiska możliwa jest głównie dzięki analizie pośrednich wskaźników, takich jak np. wyniki badań społecznych czy analiza danych instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii. Konieczne jest zatem określenie, w ramach jakich wskaźników będą zbierane dane oraz z jakich źródeł można je pozyskać. Istnieją różne metody zbierania danych, takie jak:

- zbieranie statystyk i danych z dokumentacji różnych instytucji zaangażowanych w działania związane z problemem narkomanii,
- badania ankietowe, np. wśród młodzieży szkolnej, wśród mieszkańców gminy/województwa,
- badania jakościowe, np. pogłębione wywiady indywidualne czy też wywiady grupowe (tzw. grupy fokusowe),
- wywiady z tzw. kluczowymi informatorami, czyli osobami, które uznamy za cenne źródło informacji o problemie narkotyków i narkomanii.

W praktyce użytecznymi źródłami mogą być: punkty konsultacyjne, poradnie leczenia uzależnień, poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki stacjonarne lecznictwa uzależnień, oddziały detoksykacyjne czy inne placówki lecznicze zajmujące się problemem narkomanii, placówki lecznictwa ogólnego (ośrodki zdrowia, szpitale itp.), stacje pogotowia ratunkowego, policja, straż miejska, pomoc społeczna (ośrodki pomocy społecznej), ośrodki opiekuńczo-wychowawcze, szkoły, administracja oświatowa, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, urzędy, informacje z realizacji gminnych strategii, organizacje pozarządowe, powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, wojewódzkie urzędy statystyczne, prokuratura, sądy, placówki kulturalne (kluby, domy kultury itp.), projekty badawcze. Wybór źródła danych wynika z organizacji monitoringu oraz z uwarunkowań lokalnych, np. jakie instytucje działają na terenie gminy, do jakich placówek trafiają mieszkańcy itp.

Monitorując zjawisko narkotyków i narkomanii, należy dokonać wyboru wskaźników w ramach dostępnych źródeł danych. Zbierając dane dotyczące epidemiologii problemu narkotykowego, można sięgnąć po następujące statystyki:

- rozpowszechnienie używania narkotyków (wyniki badań ankietowych np. odsetki młodzieży szkolnej deklarującej używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy czy też w ciągu ostatnich 30 dni),
- wzory używania narkotyków (rodzaj przyjmowanych narkotyków, częstotliwość używania, sposób przyjmowania),
- charakterystyka problemowych użytkowników narkotyków,
- charakterystyka osób zgłaszających się po specjalistyczną pomoc z powodu problemu narkotykowego,
- zachowania szczególnego ryzyka związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (np. używanie narkotyków w iniekcjach),
- choroby zakaźne związane z narkotykami,
- przedawkowania narkotyków, w tym ze skutkiem śmiertelnym,
- przypadki udzielenia pomocy medycznej z powodu użycia narkotyków,
- zaburzenia psychiczne związane z używaniem narkotyków,
- liczba rodzin i osób objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego,
- przestępczość związana z narkotykami (np. liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, liczba postępowań wszczętych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ujawnienia narkotyków, liczba skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii),
- poziom dostępności narkotyków w ocenie mieszkańców gminy (wyniki badań ankietowych, np. odsetek badanych oceniających dostępność danej substancji jako bardzo łatwą i łatwą).

Monitorowanie zasobów gminy można prowadzić zbierając dane w ramach następujących wskaźników:

- programy profilaktyczne realizowane na terenie gminy (np. zasięg, różnorodność i kompleksowość działań profilaktycznych, liczba i rodzaj realizowanych programów, liczba realizatorów, liczba i charakterystyka odbiorców, planowane i poniesione wydatki, jakość programów profilaktycznych, realizowanie programów rekomendowanych),
- oferta lecznicza i rehabilitacyjna dostępna dla mieszkańców gminy (np. liczba i rodzaj placówek udzielających specjalistycznej pomocy w obszarze lecznictwa i rehabilitacji),
- programy reintegracji społecznej (np. liczba programów readaptacyjnych, hosteli),
- programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych,
- zakres współpracy międzyinstytucjonalnej na terenie gminy/województwa w obszarze przeciwdziałania narkomanii,
- zasoby ludzkie oraz środki finansowe skierowane na przeciwdziałanie narkomanii,
- działania organizacji pozarządowych,
- działania służb ścigania w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej,
- priorytety działań określane w gminnych strategiach.

Trzecim obszarem monitorowania jest lokalny kontekst społeczny, w ramach którego realizowane są działania planowane. Kontekst ten dotyczy m.in. wiedzy mieszkańców na temat problemu narkomanii, znajomości substancji psychoaktywnych, postaw wobec problemu narkotykowego, oceny ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, oceny ważności problemu narkomanii na tle innych lokalnych problemów społecznych, np. bezrobocia, bezdomności.

Powyższe dane można gromadzić z wykorzystaniem wskazanych wcześniej metod badawczych. W celu podtrzymania ciągłości monitoringu, zasadne jest ujęcie działań z tego zakresu bezpośrednio w lokalnej strategii. Umożliwi to tym samym zabezpieczenie środków finansowych na prowadzenie np. regularnych badań ankietowych. Monitorowanie bowiem pozwala na poznanie rozmiarów problemu, jak również na ujęcie trendów i zachodzących zmian.

Po zebraniu danych należy dokonać analizy i interpretacji zgormadzonego materiału, a następnie opracować dane w dostępnej formie dla wskazanych odbiorców. Każde takie opracowanie powinno zawierać wnioski i rekomendacje, które będą stanowiły podstawę do formułowania zapisów lokalnych strategii.

Konstruowanie programu przy pomocy metody zorientowanej na cele

Podstawą tworzenia programów jest ich prawidłowe zaplanowanie. Każdy program musi zawierać odpowiedzi na trzy zasadnicze pytania:

1. Gdzie jesteśmy? (Jakie zdiagnozowaliśmy problemy?).
2. Gdzie chcemy się znaleźć? (Jakie cele chcemy osiągnąć?).
3. W jaki sposób chcemy to zrobić? (Jakie działania planujemy do realizacji?).

Odpowiedzi na te pytania, zgodnie z wcześniejszymi założeniami, powinny zostać udzielone w wyniku uspołecznionego procesu.

Jedną z bardziej popularnych metod przygotowywania strategii rozwiązywania problemów jest metoda planowania zorientowana na cele. Składa się ona z dwóch faz:

- **fazy analizy** – w jej trakcie analizowana jest obecna sytuacja problemowa; wyniki tej analizy są podstawą dla określenia sytuacji pożądanej oraz wyboru strategii jej osiągnięcia,
- **fazy planowania** – podczas tej fazy tworzone są ramy programu i opracowywane plany operacyjne.

Faza analizy – analiza problemu

Analiza problemu dokonywana jest w gronie interesariuszy programu. Analiza ma na celu znalezienie związków logicznych pomiędzy problemami występującymi w danym obszarze. Pozwala więc na określenie, które problemy są następstwem innych, a które mają charakter problemów pierwotnych. Ustalenie, w jaki sposób poszczególne problemy wpływają na siebie oraz dotarcie do podstawowych przyczyn ich pojawiania się, pozwala na opracowanie skutecznych metod radzenia sobie z nimi.

W metodzie matrycy logicznej analiza problemów dokonywana jest poprzez budowę drzewa przyczynowo-skutkowego.

Pierwszym etapem budowy tego drzewa jest identyfikacja kluczowych problemów. Uczestnicy warsztatów mają za zadanie określić kluczowe problemy, z jakimi spotykają się w związku ze zjawiskiem narkomanii. Zgodnie z zasadą realizmu, musimy pamiętać, że zajmujemy się tylko tymi problemami, które są ważne, rzeczywiste i aktualne, a nie przyszłe i wyimaginowane. Problem formułujemy jako negatywną sytuację, odczuwaną przez interesariuszy problemu.

Do identyfikacji problemów pomocna może się okazać technika „burzy mózgów". W celu ułatwienia pracy, wskazane jest, aby każdy problem zapisywać na osobnej kartce papieru. Liczbę zgłaszanych przez jedną osobę problemów można ustalić w zależności od liczby uczestników spotkania (warsztatu). Powstałą w ten sposób listę problemów należy następnie uporządkować. Jeżeli użyte sformułowania są niejasne, ich autorzy powinni

wytłumaczyć je pozostałym osobom, a potem sprecyzować swoją wypowiedź tak, aby była zrozumiała dla wszystkich. Po uporządkowaniu listy problemów należy przystąpić do budowania drzewa przyczynowo-skutkowego. Problemy mogą się łączyć w związki przyczynowo-skutkowe, co oznacza, że jeden problem może być wynikiem drugiego, a ten z kolei powodować następny.

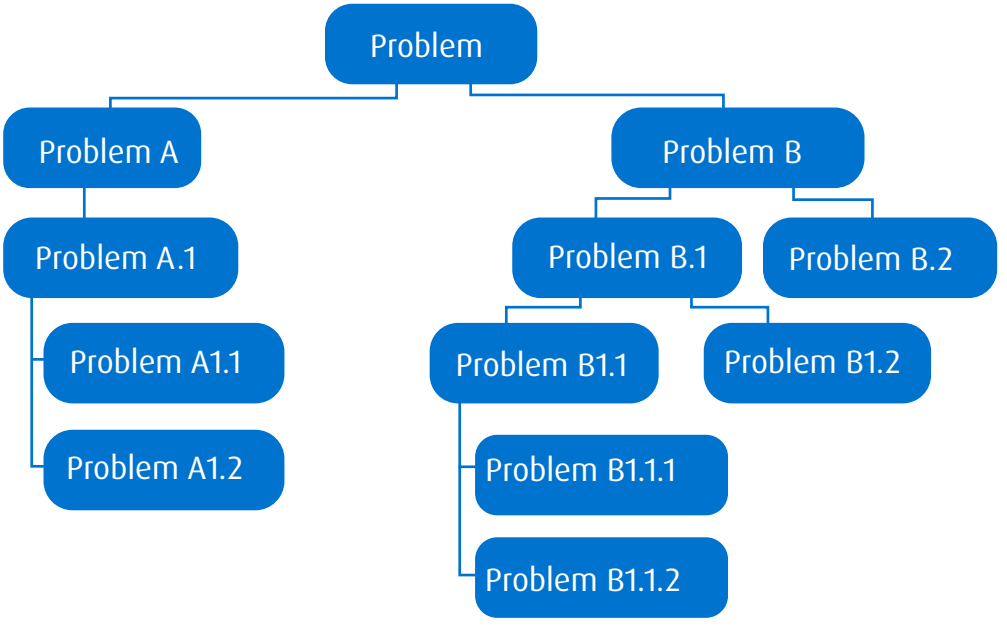
Budowa drzewa przyczynowo-skutkowego polega na określaniu logicznych związków pomiędzy zidentyfikowanymi problemami. Działanie takie wymaga czasu i refleksji. Każdy ze zgłoszonych przez uczestników problemów musi być oceniany pod kątem tego, czy stanowi przyczynę (wtedy umieszczany jest niżej, tworząc zarys systemu korzeniowego drzewa), czy też skutek (wtedy umieszczany jest na górze, stanowiąc konar drzewa). Jeżeli trudno jest zakwalifikować problem do jednej z tych kategorii (nie da się określić związków przyczynowo-skutkowych), problem pozostawiany jest na tym samym poziomie. W dalszej kolejności identyfikowane i rysowane są związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy poszczególnymi problemami. W ten sposób zostaje zarysowany główny szkielet drzewa. Kolejne zgłaszane problemy dołączane są w taki sam sposób.

Równie prawdopodobne jest wystąpienie takich problemów, których związki przyczynowo-skutkowe na tyle silnie na siebie wzajemnie oddziałują, że bardzo trudno dokonać oceny, który z nich jest skutkiem, a który przyczyną. W takim przypadku, pomimo świadomości złożoności tej sytuacji, należy zdecydować, który z tych problemów w budowanym drzewie będzie przyczyną, a który skutkiem.

Kiedy zakres sytuacji problemowej jest bardzo szeroki, przed przystąpieniem do dalszych prac można dokonać analizy kilku najważniejszych problemów i na nich skoncentrować swoją pracę.

Kolejnym etapem budowania drzewa jest poszukiwanie przyczyn wskazanych problemów. Tam, gdzie wcześniej udało się zidentyfikować przyczyny występujących problemów (poprzez znalezienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy problemami kluczowymi), należy pogłębić analizę i poszukiwać dalszych przyczyn występowania danego problemu, czyli poszukiwać źródeł problemów, które stanowią przyczyny problemu kluczowego. Z kolei przy tych problemach, dla których nie udało się na wcześniejszym etapie pracy znaleźć związku przyczynowo-skutkowego, który łączyłby je z innymi problemami, należy także poszukiwać ich przyczyn.

Rys. 1. Drzewo przyczynowo-skutkowe.



W celu identyfikacji przyczyn można znowu wykorzystać technikę „burzy mózgów" lub sięgnąć do wyników badań naukowych, które odpowiadają na pytania, jakie mogą być przyczyny określonych zjawisk. W procesie analizy problemu szczególnie istotne jest to, aby docierać do najbardziej pierwotnych przyczyn zdefiniowanych problemów, ponieważ oddziałując na te właśnie przyczyny, można skutecznie przeciwdziałać rozwojowi problemu. Istotne jest także określenie przyczyn, które utrudniają walkę z problemem. Pełne zrozumienie problemu wymaga, aby oprócz poznania przyczyn, zauważyć również skutki, jakie ten problem wywołuje. Dlatego ważne jest, aby rozbudowywać drzewo w różnych kierunkach.

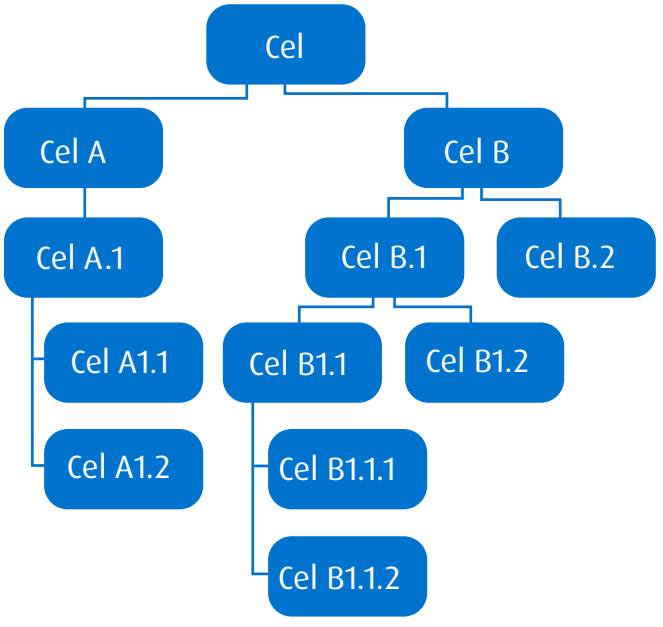
Faza analizy – analiza celów

Fazę analizy celów rozpoczynamy od przekształcenia wcześniej zidentyfikowanych problemów w cele, czyli sytuacji negatywnej w sytuację pożądaną.

W ten sposób stworzone przez nas wcześniej drzewo problemów staje się drzewem celów. Ewentualne trudności w przekształceniu sytuacji negatywnej w pozytywną mogą wynikać z nieprawidłowego określenia problemu. W przypadku pojawienia się takiej sytuacji, należy wrócić do drzewa problemów i ponownie przeanalizować ten konkretny problem. Dokonując przekształcenia problemów w cele, należy również sprawdzić, czy zostały one sformułowane tak, aby mogły stanowić przesłankę prowadzącą na następny, wyższy poziom. Stosunek przyczynowo-skutkowy musi zostać zamieniony w relację pomiędzy celami i środkami prowadzącymi do ich osiągnięcia.

Podobnie jak drzewo problemów wskazywało związki pomiędzy poszczególnymi problemami, również drzewo celów pokazuje związki pomiędzy poszczególnymi celami. Na samym jego dole znajdują się środki, jakimi będą osiągane cele, a na najwyższych gałęziach korony drzewa – efekty ich stosowania.

Rys.2. Drzewo celów.



Podczas procesu budowania drzewa celów musimy pamiętać o tym, że cele powinny być formułowane zgodnie z zasadą **SMART** (ang. SMART – sprytny):

- **S**pecific (konkretne) – sformułowane tak, żeby każdy wiedział, co ma zostać osiągnięte,

- **M**easurable (mierzalne) – obiektywnie weryfikowalne przy pomocy wskaźników,
- **A**cceptable (akceptowalne) – zgodne z oczekiwaniami beneficjentów programu,
- **R**ealistic (realistyczne) – możliwe do osiągnięcia w założonym czasie i przy określonych zasobach oraz będące w kompetencji osób, które mają je osiągać,
- **T**imed (określone w czasie) – z założonym czasem realizacji.

Faza analizy – analiza drzewa celów

Kolejnym krokiem w procesie budowania strategii jest analiza otrzymanego drzewa celów. W jej trakcie dokonujemy:

- selekcji celów, podczas której eliminujemy cele niezgodne z prawem, nielogiczne i nieadekwatne. Wyszukujemy także cele, które, z uwagi na to, że są nierealistyczne, wymagają przeformułowania,
- agregacji celów tożsamych, podczas której poszukujemy celów identycznych, lecz nazwanych w odmienny sposób oraz celów zbieżnych, dotyczących różnych aspektów tego samego zjawiska, których połączenie spowoduje efekt synergii,
- identyfikacji celów konkurencyjnych, czyli wyszukania takich, które są wzajemnie sprzeczne i takich, które są potencjalnie konkurencyjne.

Faza analizy – analiza strategii

Kolejnym krokiem jest podjęcie decyzji, które cele zostaną włączone do programu, a które pozostaną poza obszarem naszych działań. Nie jest możliwe zajęcie się wszystkimi zidentyfikowanymi problemami i rozpoczęcie działań na wszystkich frontach walki z problemem. Próba rozwiązywania wszystkich zidentyfikowanych problemów, przy – z reguły – ograniczonych środkach rzeczowych i finansowych, skutkować będzie jedynie tym, że podejmowana aktywność ulegnie znacznemu rozproszeniu. Rezultaty takich działań będą nikłe lub całkowicie niewidoczne ze względu na to, iż skala działań będzie zbyt mała, aby doszło do jakiejkolwiek zauważalnej zmiany. Konieczne jest zatem dokonanie wyboru. Jego przedmiotem może być na przykład kolejność, w jakiej będziemy zajmować się zidentyfikowanymi problemami lub wyłonienie jednej, kluczowej przyczyny powstawania problemu i skupienie naszych wysiłków na ograniczeniu jej wpływu na problem. Wybór drogi rozwiązywania problemu nazywany jest wyborem strategii działania.

Kryteria wyboru strategii działania mogą być różne, ponieważ sytuacja każdej lokalnej społeczności jest odmienna i odmienne są przyjęte w niej priorytety. Ważne jest jednak, aby decyzja wyboru strategii była wynikiem porozumienia wszystkich interesariuszy programu.

Jeżeli drzewo celów zostało prawidłowo skonstruowane, każdy wybrany zbiór celów powinien tworzyć strukturę celów programu składającą się z:

- celu strategicznego (ogólnego) – wspólnego dla wszystkich wyodrębnionych zbiorów,
- celu szczegółowego – odrębnego dla każdego zbioru, połączonego z celem strategicznym w ten sposób, że jego osiągnięcie przybliża osiągnięcie celu strategicznego,
- rezultatów – celów niższego rzędu, mających postać korzyści, jakie będą dostępne dla określonych grup beneficjentów, a których osiągnięcie warunkuje realizację celu szczegółowego.

Faza planowania – konstrukcja założeń programu

Faza planowania to drugi etap działań w metodzie planowania zorientowanej na cele. Jej pierwszym etapem jest konstrukcja matrycy logicznej programu.

Matryca logiczna jest narzędziem, które nie tylko ułatwi zaplanowanie niezbędnych działań, ale może zostać również wykorzystana do zarządzania programem. Narzędzie to pokazuje wewnętrzną logikę interwencji oraz opisuje założenia i ryzyko, które tkwią u jej podstaw. Identyfikuje też wskaźniki wraz ze źródłami ich pozyskania. Dobrze zdefiniowane i zaplanowane wskaźniki służyć będą do monitorowania realizacji i oceny programu. Matryca logiczna stanowi również źródło oceny wykonalności strategii i jest najbardziej skondensowanym opisem przedsięwzięcia.

Przystępując do opracowania matrycy logicznej zakładamy, że podstawową jednostką matrycy jest wiersz, dzielący się na trzy pola: opis (nazwa) celu, rezultatu lub działania, odpowiadające im wskaźniki oraz źródła informacji lub źródła weryfikacji wskaźników. Ilość wierszy w matrycy może być różna i zależy od przyjętego stopnia szczegółowości opisu. Dla celów opracowania strategii rozwiązywania problemów narkotykowych wystarczające będzie przygotowanie matrycy czterowierszowej.

W pierwszej kolumnie matrycy, składającej się z czterech wierszy, w kolejności od góry, umieszczone są pola: celu ogólnego, celu bezpośredniego (celu szczegółowego), rezultatu i działań.

Wersja matrycy logicznej, która umożliwi nam zaplanowanie strategii może wyglądać w sposób następujący:

	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji
Cele ogólne			
Cele szczegółowe			
Rezultaty			
Działania			

Wyjaśnienia wymagają nazwy poszczególnych komórek w wierszach i kolumnach.

- Cel ogólny to nadrzędny cel, jaki chcemy osiągnąć, realizując naszą strategię. Ma on charakter długoterminowy, a osiągnięcie tego celu nie jest możliwe poprzez realizację pojedynczego działania. Realizacja tych pojedynczych działań przybliża nas jedynie do osiągnięcie celu ogólnego.
- Cele szczegółowe to inaczej cele programu wynikające z diagnozy problemu, który stanowił jego podstawę. Cele te powinny zostać osiągnięte w wyniku realizacji działań zaplanowanych w programie.
- Rezultaty to wszystkie dobra i usługi, które będą dostarczane beneficjentom programu. Konieczność ich dostarczenia wynika z głównych przyczyn problemów dotykających beneficjentów.
- Działania to sposoby i środki, przy pomocy których dobra i usługi będą dostarczane beneficjentom.
- Wskaźniki to mierniki, które służyć będą do oceny powodzenia programu.
- Źródła weryfikacji pokazują, gdzie można pozyskać niezbędne dane, pozwalające na sprawdzenie, czy założone wskaźniki zostały osiągnięte. Warto również w tym polu wskazać, w jaki sposób i jak często dane będą zbierane, oraz kto jest odpowiedzialny za ich zebranie.

Faza planowania – zasady konstruowania matrycy logicznej

Metoda matrycy logicznej zakłada, że pomiędzy poszczególnymi jej polami istnieją stałe związki logiczne, zarówno w układzie pionowym, jak i poziomym.

W układzie pionowym występuje związek przyczynowo-skutkowy, opisujący, w jaki sposób działania realizowane w ramach programu prowadzą do uzyskania konkretnych rezultatów i jaki jest ich wpływ na osiągnięcie celów szczegółowych i celu ogólnego.

Układ poziomy tworzy podstawy systemu monitoringu i ewaluacji programu. Definiuje wskaźniki pokazujące, czy zakładane działania zostały wykonane, czy rezultat został otrzymany, a cele osiągnięte. Identyfikuje też źródła danych służących do weryfikacji wskaźników.

Pełna struktura przyczynowo-skutkowa matrycy wygląda w sposób następujący:

- Wykonanie działań, potwierdzone odpowiednimi wartościami wskaźników, prowadzi do uzyskania zakładanego rezultatu.
- Uzyskanie rezultatu, potwierdzone odpowiednimi wartościami wskaźników, pozwala osiągnąć cel bezpośredni.
- Osiągnięcie celu bezpośredniego, potwierdzone odpowiednimi wartościami wskaźników, może przybliżyć osiągnięcie celu ogólnego.

Podstawą, od której rozpoczynamy budowę matrycy, jest opracowana w czasie fazy analizy problemu, struktura celów (cel ogólny, cel szczegółowy, rezultaty). Każdy zbiór celów (rezultatów) połączony wspólnym celem szczegółowym powinien zostać opisany w formie odrębnej tabeli. W ten sposób stworzonych zostanie kilka matryc, opisujących sposób osiągania poszczególnych celów szczegółowych. W każdą z nich będzie wpisany ten sam cel strategiczny (ogólny), gdyż każdy z osiągniętych celów szczegółowych ma prowadzić do osiągnięcia celu ogólnego.

Następnie należy doprecyzować cele, określić ich realizację w czasie oraz sposób, w jaki będą mierzone (wskaźnik) i skąd będą czerpane dane do przyjętych wskaźników. Wskazane jest, aby na każdym poziomie struktury celów przyjąć konkretne wartości liczbowe, jakie mają zostać osiągnięte. Ułatwi to bowiem ocenę stopnia ich osiągnięcia i pozwoli adekwatnie planować skalę działań, służących do osiągnięcia zakładanych rezultatów.

Jeżeli nie ma możliwości, aby w sposób odpowiedzialny podać konkretne wartości celów (np. gdy strategia jest opracowywana po raz pierwszy), wystarczy precyzyjnie określić sposób pomiaru: podać wskaźniki i źródła, z których będą pozyskiwane dane.

Faza planowania – zasady konstruowania wskaźników

W trakcie opracowywania programu konieczne jest dokładne opracowanie wskaźników. Wskaźniki należy opracować zarówno dla działań, jak i celów. Wskaźniki mogą przyjmować wartość liczbową lub procentową. Przy konstruowaniu wskaźników należy pamiętać o następujących zasadach:

- wskaźniki muszą być trafne, czyli dostosowane do charakteru projektu oraz zakładanych rezultatów,
- wskaźniki muszą być mierzalne, czyli wyrażone w wartościach liczbowych, procentowych lub binarnie (TAK-NIE),
- wskaźniki muszą być wiarygodne, czyli niezależne i obiektywne,
- wskaźniki muszą być dostępne, czyli łatwe do uzyskania.

Harmonogram realizacji programu

W czasie planowania, a następnie realizacji programu przeciwdziałania narkomanii kluczowe jest prawidłowe określenie czasu realizacji poszczególnych działań programu. Czas pełni bowiem rolę zasobu o specyficznych właściwościach – nie jesteśmy w stanie zgromadzić go na zapas, nie możemy go otrzymać w dowolnej ilości, ani ponownie użyć czasu już wykorzystanego. Należy także pamiętać, że zaplanowane przez nas w programie działania musimy realizować równolegle do innych codziennych, rutynowych zadań, które są wykonywane w toku bieżącej pracy organu samorządowego.

Zarządzanie czasem w przypadku realizacji rozbudowanego programu należy analizować na dwóch płaszczyznach: po pierwsze, musimy wiedzieć, jak będzie przebiegała w czasie realizacja całego programu, a po drugie, ważne jest, szczególnie dla realizatorów poszczególnych zadań, dokładne zaplanowanie w czasie poszczególnych elementów składających się na program.

Najbardziej popularnymi instrumentami, które stosowane są do zarządzania czasem są harmonogramy. Opracowanie harmonogramu pozwala na określenie możliwości jego wdrożenia w konkretnych (czasem narzuconych) ramach czasowych oraz umożliwia jak najlepsze przygotowanie jego realizacji. W praktyce związanej z zarządzaniem projektami najpopularniejszym rodzajem harmonogramu jest tzw. harmonogram Gantta. Przedstawia on działania, zależności pomiędzy nimi oraz czasy ich trwania. Zależności te zamieszczone są na osi czasu.

Harmonogram Gantta przyjmuje najczęściej postać tabeli, w której poszczególnym działaniom przypisuje się na skali czasu okres ich trwania, wykorzystując do tego prostą metodę zacieniowania pól lub zastosowania ustalonych symboli i linii.

Poniżej przedstawiono przykładową tabelę z harmonogramem Gantta.

	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu
Działanie A								
Działanie B								
Działanie C								
Działanie D								
Działanie E								

Aby prawidłowo przygotować harmonogram działań, wymagane jest wykonanie następujących czynności:

1. Określenie zasadniczych działań w ramach programu (dokonywane na etapie budowania matrycy logicznej).
2. Ustalenie zależności pomiędzy poszczególnymi działaniami i ustalenie kolejności ich realizacji.
3. Określenia czasu realizacji poszczególnych działań.
4. Przeniesienie powyższych założeń do tabeli – budowa harmonogramu.

Ad. 1. Określenie zasadniczych działań w ramach programu

Zasadnicze działania to określony zestaw czynności (zadań), których realizacja jest konieczna, aby program został zrealizowany. Działania te powinny mieć precyzyjnie określony początek i zakończenie oraz wskazaną osobę (osoby) odpowiedzialną za ich realizację. Stopień szczegółowości zaplanowanych działań zależy od specyfiki programu. Przy określaniu stopnia szczegółowości harmonogramu warto pamiętać o tym, iż przedsięwzięcia o małym stopniu złożoności nie wymagają szczegółowych harmonogramów, zaś przedsięwzięcia trudne i złożone powinny mieć harmonogramy znacznie bardziej szczegółowe, a tym samym odpowiednie do stopnia trudności projektu. Warto również konstruować na tyle szczegółowy harmonogram, aby na etapie realizacji programu stanowił on użyteczne narzędzie monitoringu. Jeśli harmonogram będzie zbyt ogólny – możliwości monitorowania i kontroli realizacji programu będą mocno ograniczone; jeśli natomiast będzie on zbyt szczegółowy – jego stosowanie będzie dla monitorującego trudne i czasochłonne.

Ad. 2. Ustalenie kolejności działań

Ustalenie kolejności działań powinno wynikać z dwóch przesłanek:

- logicznych związków pomiędzy poszczególnymi działaniami programu oraz
- naszych decyzji co do sposobu realizacji zadań.

Pierwszy element ma zdecydowanie obiektywny charakter. Zadaniem osoby sporządzającej harmonogram jest więc wychwycenie istniejących zależności pomiędzy zadaniami. Dokonując ustalenia kolejności działań, należy zidentyfikować faktyczne zależności pomiędzy działaniami lub określić, że takie zależności nie występują. Metodą, która ułatwia określenie zależności pomiędzy działaniami, jest metoda tzw. bezpośrednich poprzedników. Jej zastosowanie polega na wykorzystaniu prostej tabeli, zawierającej zestawienie wcześniej zidentyfikowanych działań oznaczonych ustalonymi symbolami i zapisanych w dowolnej kolejności oraz kolumny bezpośrednich poprzedników. Na poziomie zdefiniowanych działań, w kolumnie bezpośrednich poprzedników wpisuje się symbol działania, które musi zostać zrealizowane (zakończone), aby dane działanie można było rozpocząć. W przypadku, gdy nie stwierdzamy tego typu zależności, dane działanie może być realizowane równolegle z innymi.

Ad. 3. Określenie czasu realizacji działań

Podczas określania niezbędnego czasu trwania zidentyfikowanych działań należy korzystać ze swoich dotychczasowych doświadczeń w realizacji podobnych projektów, z doświadczeń innych osób oraz ze standardów wypracowanych w trakcie realizacji innych tego typu przedsięwzięć. Wybór jednostki czasu zależny jest od rozmiaru programu i przewidywanego całkowitego czasu jego trwania. Jednostkami czasu stosowanymi w harmonogramie mogą być zarówno dni, tygodnie, miesiące, kwartały, jak i lata. Należy pamiętać o realistycznym oszacowaniu okresów wykonywania poszczególnych zadań. Narzucenie nierealnych ram czasowych może bowiem uniemożliwić prawidłową realizację zaplanowanych przedsięwzięć.

Ad. 4. Budowa harmonogramu

Po wykonaniu wszystkich powyższych czynności można rozpocząć budowę właściwego harmonogramu. Należy oczywiście pamiętać, że w celu stworzenia optymalnej kolejności wykonywania działań musimy wziąć pod uwagę również inne, nie tylko czasowe zasoby, jakimi w danym momencie dysponuje podmiot odpowiedzialny za realizację programu. W związku z tym, iż cały zaplanowany program obejmuje przeważnie kilka innych, mniejszych i niezależnych od siebie projektów, prawdopodobnie nie będzie występowało w nim zbyt wiele działań zależnych. Tym samym większość zadań programu może być realizowana w dowolnej kolejności lub równocześnie.

Kluczowe elementy strategii – tworzenie dokumentów strategicznych

Po przeprowadzeniu wszystkich powyższych czynności uzyskujemy dwa ważne dokumenty. Pierwszy z nich, wypracowany w trakcie fazy analizy, pokazuje nam istniejącą sytuację związaną z omawianym problemem. Drugi, który powstał przy użyciu metody matrycy logicznej, jest próbą odpowiedzi na zdiagnozowane problemy.

Społeczności lokalne (samorządy) mogą posiadać także inne opracowania i diagnozy dotyczące analizowanego przez nas problemu.

Wszystkie te dokumenty stanowią podstawę do wypracowania jednego strategicznego dokumentu. Dokument ten powinien zawierać dokładną diagnozę problemu (np. problemu narkomanii lub alkoholizmu), a w swojej drugiej części powinien zawierać cel strategiczny oraz cele szczegółowe wraz z odpowiadającymi im działaniami oraz precyzyjnie określonymi wskaźnikami.

W dokumencie należy także zawrzeć harmonogram zaplanowanych działań. Harmonogram ten powinien uwzględniać czas, w jakim planujemy osiągnąć zamierzone cele, zaplanowane działania (ich rodzaj i rozłożenie w czasie) oraz posiadane zasoby osobowe, rzeczowe i finansowe.

Wskazane jest, aby dokument taki miał charakter wiążącego aktu prawnego, np. uchwały rady miejskiej lub lokalnego sejmiku (lokalnego parlamentu). Takie rozwiązanie zwiększy prawdopodobieństwo realizacji zawartych w dokumencie działań i przybliży do osiągnięcia założonego przez nas celu strategicznego.

Budżet i finansowanie programu

Ważnym aspektem projektowania lokalnej strategii jest właściwe i zgodne z obowiązującym przepisami prawnymi zaplanowanie budżetu programu.

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, każda gmina dysponuje środkami na realizację zadań określonych w gminnych programach przeciwdziałania narkomanii. Środki te pochodzą z opłat, które gminy pobierają od przedsiębiorców z tytułu zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Wysokość tych środków jest uzależniona w każdej gminie od liczby punktów sprzedaży (liczby wydanych zezwoleń) oraz wielkości sprzedaży w poszczególnych punktach.

Dochody gminy z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych mogą być przeznaczane tylko i wyłącznie na realizację:

1. gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
2. zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Oznacza to, że środki te nie mogą być przeznaczane na żadne cele, które nie są zawarte w powyższych programach. Oczywiście w programie mogą się znaleźć (a tym samym być finansowane) jedynie te działania, które są związane z przeciwdziałaniem narkomanii. Potrzeba realizacji tych zadań powinna natomiast wynikać z lokalnej diagnozy problemów narkotykowych.

Ustawodawca wskazał także katalog zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii, który gminy muszą realizować jako zadania własne. Do katalogu tego należą w szczególności:

1. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem,
2. udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej,
3. prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
4. wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii,
5. pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Przy planowaniu budżetu należy pamiętać, że zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, środki finansowe pochodzące z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych mogą być przeznaczane tylko na zadania określone w gminnych programach. Oznacza to, że niewydatkowane w roku budżetowym powyższe środki nie mogą

zostać wydatkowane na inne cele i powinny zostać wykorzystane w kolejnym roku budżetowym na zadania określone w gminnym programie przeciwdziałania narkomanii (gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych).

Ewaluacja Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii

Ewaluację można traktować jako ocenę wartości programu w odniesieniu do wcześniej zdefiniowanych kryteriów i w oparciu o odpowiednie informacje. Tym samym dzięki przeprowadzonej ewaluacji możliwe jest stwierdzenie, czy program okazał się skuteczny, zakończył się sukcesem, był efektywny, jego efekty są trwałe i zgodne z oczekiwaniami, a jego koszty miarodajne do rezultatów itp. Przystępując zatem do ewaluacji programu rozważa się ocenę w kategoriach skuteczności i efektywności/wydajności. Ewaluacja będzie miała zatem na celu określenie, w sposób jak najbardziej niezależny, efektów programu oraz czynników, które miały na nie wpływ.

Wyróżnia się kilka rodzajów ewaluacji. Jednym z kryteriów podziału jest umiejscowienie ewaluacji w czasie trwania programu. Można zatem przeprowadzać:

- ewaluację wstępną (inaczej ex-ante, ocena programu pod kątem gwarancji osiągnięcia najlepszych efektów, określenie spójności działań, stwierdzenie, czy są one odpowiednie),
- ewaluację okresową (np. mid-term, czyli ewaluacja realizowana w połowie wdrażania strategii czy też przeprowadzana w trakcie programu, pozwalająca na ocenę wstępnych wyników),
- ewaluację końcową (inaczej ex-post, ocena wyników po zakończeniu programu).

Planując ewaluację, należy odpowiedzieć sobie na następujące pytania: jaki rodzaj ewaluacji zostanie przeprowadzony, jakie będą cele ewaluacji i pytania ewaluacyjne, jakie metody zostaną zastosowane i jak będzie wyglądał harmonogram tych działań.

Biorąc pod uwagę realizatora ewaluacji, wyróżnia się dwa podejścia:

- ewaluacja wewnętrzna – prowadzona przez osoby przygotowujące, realizujące program lub prowadzące monitoring działań,
- ewaluacja zewnętrzna – prowadzona przez ekspertów zewnętrznych niezwiązanych z opracowywaniem, przygotowywaniem czy realizowaniem programu.

Ewaluację rozpoczyna się poprzez określenie pytań ewaluacyjnych, które mogą odnosić się do przykładowych kategorii w zależności od kryteriów ewaluacji:

- zasadność/trafność programu,
- skuteczność,
- wydajność,
- użyteczność (zestawienie potrzeb i faktycznych osiągnięć programu),
- trwałość zmian,
- wpływ (oddziaływanie),
- adekwatność (zgodność celów programu z potrzebami).

Pytania ewaluacyjne stanowią podstawę do formułowania pytań badawczych, a w konsekwencji do wyłonienia planu ewaluacji i wyboru metod badawczych. W ramach ewaluacji wykorzystać można dane z monitoringu np.

z wywiadów indywidualnych, badań kwestionariuszowych, wywiadów grupowych i innych. W tym aspekcie monitorowanie stanowi element wspierający proces ewaluacji.

Głównym oczekiwaniem, jakie stawiamy wobec ewaluacji programu (strategii), jest odpowiedź na pytanie o skuteczność i wpływ naszej polityki lub programu, o jej (jego) jakość oraz o jej (jego) trwałość.

W lokalnych programach i strategiach dokonujemy najczęściej dwóch rodzajów ewaluacji: ewaluacji wyniku i ewaluacji procesu.

Ewaluacja wyniku jest oceną, czy określony cel został osiągnięty i pokazuje, w jaki sposób nasze działanie zmieniło rzeczywistość. Do realizacji tego typu ewaluacji najczęściej wykorzystujemy następujące techniki badawcze:

- przegląd dokumentów,
- kwestionariusze, ankiety,
- wywiady,
- studium przypadku,
- obserwacje,
- testy porównawcze.

Ewaluacja wyniku mówi nam o tym, „czy robimy dobre rzeczy" – czy nasze działania przynoszą oczekiwany efekt.

Drugim rodzajem ewaluacji, zdecydowanie częściej spotykanym w procesie oceny lokalnych strategii, jest ewaluacja procesu. Ewaluacja procesu dotyczy pracy wykonywanej w projekcie i działań, jakie są w nim realizowane, a nie wyniku tego projektu. Nie służy ona do oceny sukcesu projektu pod względem osiągnięcia jego celów, lecz określa, czy projekt został wdrożony zgodnie z planem. W założeniu ma służyć do dostosowania i wzmocnienia interwencji poprzez zapewnienie informacji zwrotnych zainteresowanym stronom oraz dzięki ujawnieniu mocnych i słabych strony projektu. Ewaluacja procesu mówi nam o tym, czy robimy dobrze zaplanowane w naszej strategii rzeczy.

Dzięki ewaluacji, przeprowadzanej najczęściej przy pomocy zewnętrznego podmiotu, posiadającego odpowiednie przygotowanie, jesteśmy w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy prawidłowo (zgodnie z założeniami) zrealizowaliśmy naszą strategię, oraz czy osiągnęliśmy cele w niej założone.

PRZECIW UZALEŻNIENIOM – SKUTECZNY SAMORZĄD

FUNDACJA PRAESTERNO

pozytywna profilaktyka
Fundacja Pozytywnej Profilaktyki

Zadanie publiczne zostało zrealizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia i było współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Ministerstwo Zdrowia

NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii