



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii



**Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii**

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII I NARKOTYKOM W POLSCE

ISBN 978-83-938071-7-8

Polska



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii



**Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii**

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII I NARKOTYKOM W POLSCE

Autorzy:

Marta Rychert, Klaudia Palczak, Frank Zobel, Brendan Hughes

Tytuł oryginału:

Drug Policy Poland, ISBN 978-92-9168-735-0 (wersja angielska)

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2014.

Korekta polskiej wersji:

Janina Węgrzecka-Gilurń

Tłumaczenie:

Paweł Nowocień

Podziękowania:

Bogusława Bukowska, Piotr Jabłoński, Krzysztof Krajewski, Artur Malczewski, Jacek Moskalewicz

Skład, druk:

Lapisart Paweł Niemirowicz, www.lapisart.pl

ISBN 978-83-938071-7-8

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest wiarygodnym autorytetem i głównym źródłem informacji w zakresie tematyki narkotyków i narkomanii w Europie. Od ponad 20 lat Centrum zbierało, analizowało i rozpowszechniało naukowo potwierdzone informacje nt. zjawiska narkotyków i narkomanii dostarczając w ten sposób wiarygodnych danych o skali zjawiska na poziomie europejskim.

Publikacje EMCDDA stanowią główne źródło informacji dla szerokiego grona odbiorców takich jak: decydenci i osoby odpowiedzialne za kreowanie polityk antynarkotykowych; specjaliści i naukowcy zajmujący się badaniami zjawiska uzależnień, a także media i opinia publiczna. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii ma swoją siedzibę w Lizbonie i jest jedną z decentralizowanych agencji Unii Europejskiej.

EMCDDA podobne publikacje

I Regional drug strategies across the world, EMCDDA Papers, 2014

I Drug policy profiles — Ireland, 2013

I Drug policy profiles — Portugal, 2011

Powyższa jak i inne publikacje EMCDDA są dostępne na stronie:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications>

Egzemplarz bezpłatny

Wprowadzenie	5
Wczesne lata kontroli narkotyków w Polsce, 1920 - 1975	9
Polska heroina, organizacje pozarządowe i zdrowie publiczne, 1976 -1989	13
Okres przemian, 1989 - 1999	19
W poszukiwaniu zrównoważonego podejścia – rozwój wydarzeń po roku 2000	25
Wnioski	35
Literatura	39

Wprowadzenie

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) wydaje niniejszy przegląd z zamiarem opisu krajowych polityk narkotykowych w Europie i poza jej obrębem. W przeciwieństwie do innych publikacji, nie próbujemy oceniać opisywanych modeli, lecz przedstawić ich rys historyczny oraz główne cechy. Naszym celem jest wsparcie środowiska (od badaczy po twórców strategii) w lepszym zrozumieniu metod kontroli narkotyków stosowanych w różnych krajach oraz opracowaniu działań zaradczych w zakresie zagrożeń oraz problemów społeczno-zdrowotnych związanych z narkotykami.

Krajowe strategie wobec narkotyków i narkomanii są wynikiem interakcji szeregu czynników takich jak struktury polityczno-administracyjne, rola i wpływ interesariuszy, zasoby finansowe, sytuacja narkotyków i narkomanii, inne rozwiązania strategiczne w domenie publicznej (np. ochrona zdrowia, bezpieczeństwo socjalne) oraz umowy międzynarodowe. Nie istnieje model, zgodnie z którym dałoby się połączyć te czynniki i ocenić ich wpływ oraz wzajemne oddziaływanie. Jednak, nie oznacza to, że analitycy powinni rezygnować z badania zmian w zakresie tych czynników, które mogą wpływać na politykę narkotykową w krótkim i długim okresie.

Niniejszy przegląd identyfikuje tego typu zmiany na przestrzeni lat. Podczas gdy niektóre zmiany mogły występować w wielu krajach równolegle z uwagi na te same wyzwania (np. wdrażanie nowych konwencji ONZ, epidemia HIV/AIDS, rozpowszechnienie nowych narkotyków), w prezentowanym przeglądzie każdy kraj poddawany jest analizie, która uwzględni jego własną ewolucję rozwiązań strategicznych w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

Prezentowany przegląd, czwarty w serii, jest pierwszym poświęconym państwu z Europy Środkowo-Wschodniej. Zawiera analizy krajowych strategii i planów działania, kontekst prawny, w jakim one funkcjonują oraz środki przewidziane bądź wydatkowane na ich realizację. Przegląd zawiera również opis instytucji politycznych i mechanizmy ustanowione do koordynowania działań zaradczych, jak również systemów ewaluacji, które mogą pomóc w doskonaleniu przedmiotowej polityki w przyszłości.

Powyższe informacje umieszczone są w odpowiednim kontekście poprzez zarys rozmiaru, zasobności i gospodarki kraju, jak również poprzez spojrzenia na rozwój aktualnej polityki na przestrzeni lat. Należy pamiętać o tym, że dostępność danych i analiza w obszarze redukcji popytu, podobnie jak w przypadku większości badań nad polityką narkotykową, ma dużo większy zasięg niż w przypadku redukcji podaży.

Czym jest polityka narkotykowa?

Odpowiedzi na to pytanie wahają się od „sumy wszystkich działań związanych z nielegalnymi narkotykami” do „zbioru zasad bądź ideologii, która leży u podstaw działań publicznych w tej sferze (np. wojna z narkotykami, redukcja szkód zdrowotnych)”.

W celu uniknięcia modelu zbyt szerokiego lub restrykcyjnego, skorzystamy z definicji Kilpatricka na temat strategii rządowych (<http://www.musc.edu/vawprevention/policy/definition.shtml>): „Ogół praw, regulacji, kierunków działań oraz priorytetów w zakresie finansowania dotyczących (nielegalnych) substancji psychoaktywnych ogłaszanych przez podmiot administracji rządowej bądź jego przedstawicieli”.

Polska w liczbach

		Rok	Polska	EU (27 krajów)
Liczba ludności		2012	38 538 447 ^(p)	503 663 601 ^(p)
Ludność wg wieku	15 - 24	2012	13.2 %	11.7 % ^(p)
	25 - 49		36.5 %	35.4 % ^(p)
	50 - 64		21.4 %	19.5 % ^(p)
Dochód GDP na głowę w PPS ⁽¹⁾		2011	64 ^(p)	100
Całkowity koszt ochrony socjalnej (% of GDP) ⁽²⁾		2010	18.9 %	29.4 % ^(p)
Stopa bezrobocia ⁽³⁾		2012	10.1 %	10.5 %
Stopa bezrobocia w populacji poniżej 25 r.ż.		2012	26.5 %	22.8%
Liczba osób odbywających karę pozbawienia wolności (na 100 000 mieszkańców) ⁽⁴⁾		2011	211.2	
Zagrożenie ubóstwem ⁽⁵⁾		2011	17.7 %	16.9 %
Ustrój polityczny		Scentralizowany ⁽¹⁾		

Źródło: Profil kraju wg EMCDDA - Polska (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/pl>)

^(p) Wstępne dane Eurostatu.

⁽¹⁾. Dochód krajowy brutto (GDP) jest miarą aktywności gospodarczej. Jest to wartość wszystkich generowanych towarów i usług, pomniejszona o wartość towarów i usług użytych w procesie ich produkcji. Indeks GDP na głowę w kategoriach siły nabywczej (PPS) ustalony został w odniesieniu do średniej Unii Europejskiej (EU27) na poziomie 100. Jeśli indeks danego kraju jest wyższy niż 100, poziom GDP na głowę mieszkańca jest wyższy od średniej unijnej i odwrotnie.

⁽²⁾. Wydatki na ochronę socjalną zawierają świadczenia przekazywane gospodarstwom domowym lub pojedynczym osobom w gotówce bądź naturze w celu zredukowania zagrożeń, bądź zaspokojenia potrzeb.

⁽³⁾. Stopa bezrobocia to odsetek osób bezrobotnych w wieku produkcyjnym (15-74), które: (a) są bez pracy w tygodniu odniesienia; (b) są aktualnie dostępne do pracy; (c) aktywnie poszukują pracy.

⁽⁴⁾. Sytuacja w jednostkach penitencjarnych na dzień 1 września 2011 r.

⁽⁵⁾. Udział osób w wieku 0+ z dochodem rozporządzalnym poniżej progu zagrożenia ubóstwem, który określono na poziomie 60% średniego krajowego dochodu rozporządzalnego (po odjęciu składek socjalnych).

Chronologia kluczowych wydarzeń

Wydarzenia w UE i świecie		Wydarzenia w kraju
	1923	Ustawa w przedmiocie Substancji i Przetworów Odurzających
	1951	Ustawa o Środkach Farmaceutycznych i Odurzających oraz Artykułach Sanitarnych
Jednolita Konwencja ONZ o Środkach Odurzających	1961	
Konwencja ONZ o Substancjach Psychotropowych	1971	
	1976	Powstanie „kompotu” – polskiej heroiny
	1978	Pierwsza społeczność terapeutyczna
	1985	Ustawa o Zapobieganiu Narkomanii
Konwencja ONZ o Zwalczaniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i substancjami psychotropowymi	1988	
	1989	Pierwszy program wymiany igieł i strzykawek
Europejski Plan Zwalczania Narkotyków	1990	
Raport na temat Europejskiego Planu Zwalczania Narkotyków	1992	Pierwszy program leczenia substytucyjnego
	1993	Powołanie Biura do spraw Narkomanii (obecnie Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii)
Plan UE w zakresie Zwalczania Narkotyków 1995-1997	1995	
	1997	Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii Powołanie Biura do spraw Narkotyków w Komendzie Głównej Policji
Sesja Zgromadzenia Ogólnego ONZ poświęcona Problemowi Narkotyków na Świecie	1998	
	1999	Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 1999-2001
Strategia UE wobec Narkotyków 2000-2004 Plan Działania UE wobec Narkotyków 2000-2004	2000	Nowelizacja Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii
	2002	Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2002-2005
	2004	Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej
Strategia UE wobec Narkotyków 2005-2012 Plan Działania UE wobec Narkotyków 2005-2008	2005	Nowa Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii
	2006	Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2006-2010
Plan Działania UE wobec Narkotyków 2009-2012	2009	
	2010	Akcja przeciw dopalaczom
	2011	Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016 Nowelizacja Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii (wprowadzenie zasady oportunizmu prawnego)

Wczesne lata kontroli narkotyków w Polsce (lata 1920-1975)

Pierwszy akt prawny w Polsce związany z narkotykami został uchwalony tuż po odzyskaniu niepodległości po 123 latach zaborów ⁽¹⁾. Ustawa w przedmiocie Substancji i Przetworów Odurzających z 22 czerwca 1923 r. wdrażała zapisy Konwencji Haskiej z 1912 r. i była wywiązaniem się Polski ze zobowiązań międzynarodowych. Kwestia narkomanii nie była na tyle ważna, aby zajmować się nią za pomocą regulacji prawnych. Przyjęcie tej krótkiej ustawy miało na celu wzmocnienie pozycji młodego państwa polskiego na arenie międzynarodowej (Abucewicz, 2006).

Wzory używania narkotyków w okresie międzywojennym miały różną postać w zależności od regionu kraju i grupy społecznej. Wśród użytkowników byli weterani Pierwszej Wojny Światowej używający amfetaminy, artyści i członkowie bohemy eksperymentujący z opium i kokainą oraz gospodynie domowe nadużywające proszków od bólu głowy. Szeroko rozpowszechnione w dwóch regionach Polski było picie eteru z uwagi na jego niską cenę i łatwą dostępność, jak również wskutek braku wiedzy na temat związanych z tym zagrożeń ⁽²⁾. Używanie i uzależnienie od morfiny występowały głównie wśród lekarzy (Marcinkowski i Jabłoński, 2008).

Pierwsi narkomani pojawili się w 1921 r. w lecznictwie psychiatrycznym. Do 1928 r. przyjęto jedynie 85 pacjentów. Jednak w następnych pięciu latach liczba przyjęć wzrosła do 210 pacjentów (Marcinkowski i Jabłoński, 2008). W latach 30. zjawisko narkomanii zainteresowało środowisko lekarzy i psychiatrów, którzy zaczęli również tworzyć polską politykę wobec narkotyków. W 1931 r. powołano pierwszy krajowy organ odpowiedzialny za koordynację działań antynarkotykowych – Polski Komitet do spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii. W skład Komitetu wchodził głównie lekarze i farmaceuci, którzy promowali podejście medyczne do leczenia narkomanii (Abucewicz, 2006). Głównym zadaniem Komitetu była koordynacja działań władz centralnych, regionalnych i lokalnych, jak również organizacji pomocowych w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Dzięki działaniom Komitetu wprowadzono też obowiązek leczenia narkomanów przebywających w więzieniach (Marcinkowski i Jabłoński, 2008).

Dyskusje zapoczątkowane we wczesnych latach 30. na temat rozmiaru i zjawiska narkomanii oraz sposobów rozwiązywania tego problemu, zostały przerwane wybuchem Drugiej Wojny Światowej. Pod koniec wojny, kontrolę nad terytorium Polski objęła Armia

¹ W 1795 r. miał miejsce Trzeci Rozbiór Polski, w wyniku którego kraj został podzielony między Rosję, Prusy i Austrię. Pod zaborami wszystkie prawa stanowione były przez zaborców. Przykład prawa narkotykowego można znaleźć w przeglądzie strategii wobec narkotyków EMCDDA poświęconym Austrii (Trinklein i wsp.; 2014). Polska odzyskała niepodległość po zakończeniu Pierwszej Wojny Światowej.

² Od schyłku XIX w. picie eteru było popularne wśród polskich chłopów na Śląsku i Podkarpaciu. Zostało ono zapoczątkowane przez migrantów z Niemiec i stanowiło istotną konkurencję dla alkoholu przed 1918 r. (Zandberg, 2010). W 1928 r., rozporządzenie Ministra Zdrowia ograniczyło dostępność eteru (Abucewicz, 2006).

Czerwona, a następnie Sowieci przekazali ją polskim komunistom. Powojenny status Polski został usankcjonowany w wyniku konferencji pokojowych w Jałcie, Teheranie i Poczdamie, gdzie pominięto stanowisko niezależnego rządu na uchodźstwie. Powstał nowy rząd komunistyczny, a w 1948 r. Polska Zjednoczona Partia Robotnicza przejęła kontrolę nad krajem na następne 40 lat.

We wczesnych latach 1950. nowe władze, skupione na odbudowie kraju i zaprowadzaniu nowego ładu społeczno-gospodarczego, przyjęły nowe rozwiązania prawne polityki narkotykowej ⁽³⁾. Ustawa z 8 stycznia 1951 r. regulująca produkcję, sprzedaż i kontrolę środków farmaceutycznych, odurzających oraz artykułów sanitarnych zastąpiła akt z 1923 r. Nowa ustawa zawierała bardziej szczegółową listę substancji kontrolowanych takich jak: opium, morfina, konopie indyjskie, eter, morfina, kokaina i heroina. Produkcja, import, eksport, przewóz, przechowywanie i sprzedaż tych substancji bez pozwolenia stanowiły przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności lub grzywny. Za używanie narkotyków bez przepisu lekarza groziła kara do roku więzienia i/lub grzywna w przypadku gdy konsumpcja odbywała się w miejscu publicznym.

W latach 1950. i wczesnych 1960., używanie narkotyków wiązało się najczęściej z nadużywaniem leków. Co roku odnotowywano ok. 100-150 pacjentów uzależnionych od narkotyków, przy czym większość z nich zażywała przez dłuższy okres leki przeciwbólowe przepisane przez lekarza np. morfinę, bądź była zatrudniona w służbie zdrowia i miała łatwy dostęp do tego typu środków (Świątkiewicz, Moskalewicz, Sierosławski, 1998). Na przełomie lat 1960. i 1970., używanie narkotyków uległo istotnej zmianie i zaczęło być coraz częściej postrzegane jako problem społeczny niż medyczny (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1998). Stało się tak dzięki nowemu pokoleniu młodzieży zainspirowanej ruchem hippisowskim i protestującej na ulicach Warszawy, Krakowa oraz innych miast przeciw panującemu układowi społeczno-politycznemu (Sierosławski, Ostrihansky i wsp., 1998). Wśród tego typu osób używanie narkotyków nie było już prywatną sprawą, ale bardziej aktem publicznym i elementem nowej kontrkultury (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1998).

Wbrew temu co działo się w Europie Zachodniej, gdzie młodzi ludzie używali głównie substancje produkowane nielegalnie, młodzi Polacy przyjmowali przede wszystkim leki kradzione z zakładów farmaceutycznych, szpitali i aptek, bądź pozyskiwane na podstawie sfałszowanych recept (Marcinkowski i Jabłoński, 2008)⁽⁴⁾. Były to głównie opioidy (morfina, kodeina) i stymulanty (np. amfetamina, efedryna). Innym popularnym sposobem pozyskiwania narkotyków było wyodrębnianie opioidów z kropeł żołądkowych dostępnych bez recepty (Sierosławski, Ostrihansky i wsp., 1998). Wdychane były również szeroko dostępne substancje lotne, np. chemiczne środki czyszczące.

Zjawisko używania narkotyków wśród młodych ludzi wywołało reakcje środowisk

³ Raport Biura Odszkodowań Wojennych z 1947 r. szacuje, że w czasie wojny zginęło ponad 6 mln obywateli polskich tj. 22% ogółu populacji, natomiast zniszczeniu uległo 65% infrastruktury Warszawy.

⁴ Konopie indyjskie były również dostępne w Polsce (Lagerspetz, M. i Moskalewicz, 2002).

psychologów, nauczycieli oraz prawników, których zaniepokoiły problemy oraz szkody związane z narkotykami. Debaty publiczne na temat używania narkotyków i jego konsekwencji miały jednak bardzo ograniczony zasięg, a do tego władze aktywnie cenzorowały informacje na ten temat⁵). Rząd jasno rozgraniczył nadużywanie leków przez dorosłych, oraz nielegalnych narkotyków przez młodzież. Pierwsze zjawisko było niepożądanym skutkiem pozytywnych wydarzeń np. badań medycznych, rozwijającego się przemysłu farmaceutycznego i bardziej ogólnie nowoczesnego społeczeństwa. Drugie natomiast było kojarzone z kapitalistyczną gospodarką, „zachodnią cywilizacją”, fatalnymi warunkami życia oraz brakiem odpowiednich regulacji prawnych i – w konsekwencji – spotykało się z zaprzeczaniem ze strony polskich władz (Abucewicz, 2006). Używanie narkotyków wśród młodych ludzi było również postrzegane jako zagrożenie dla panującego ładu społeczno-politycznego, co ograniczało debatę publiczną oraz rozwój polityki narkotykowej w latach 1970.

Dostępne dane sugerują, że na początku lat 1970. liczbę osób eksperymentujących z narkotykami lub nadużywających leków szacowano na ok. 50 000 (Marcinkowski i Jabłoński, 2008). W latach 1969-1973, liczba użytkowników narkotyków leczonych w przychodniach psychiatrycznych wzrosła pięciokrotnie, natomiast w szpitalach psychiatrycznych trzykrotnie (Godwod-Sikorska, Bielewicz i Moskaiewicz, 1981). W 1973 r., w szczycie pierwszej fali narkotykowej w Polsce, w przychodniach psychiatrycznych leczyło się 3 000 osób z powodu uzależnienia od narkotyków, a kolejne 700 przebywało w szpitalach psychiatrycznych (Godwod-Sikorska, Bielewicz i Moskaiewicz, 1981). Jedną z pierwszych placówek dla uzależnionych był działający w latach 1971-1976 Oddział Leczenia Toksykomanów przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu pod Wrocławiem. Od roku 1972 dorosłych użytkowników narkotyków przyjmowano również w garwolińskim Sanatorium dla Dzieci i Młodzieży, w którym stosowano nowatorskie modele terapii uzależnień od narkotyków (Marcinkowski i Jabłoński, 2008).

Reakcja rządu na szerzący się problem narkomanii była bardzo ograniczona, nie tylko w obszarze lecznictwa, ale również profilaktyki. Najbardziej istotną zmianą było wprowadzenie w 1973 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej nowych zasad wystawiania recept i sprzedaży niektórych leków. Wprowadzono specjalne blankiety recepturowe oraz zmniejszono liczbę aptek, w których wydawano leki odurzające (Abucewicz, 2006). Wprowadzone ograniczenia przyczyniły się do czasowej stabilizacji trendów w obszarze używania narkotyków. Ponadto, we wprowadzaniu narkotyków na rynek polski przeszkadzały ograniczenia w podróżowaniu, drobiazgowo kontrole na granicach oraz niekorzystne kursy wymiany walut (Świątkiewicz, Moskaiewicz i Sierosławski, 1998). Jednak stabilizacja ta nie trwała długo, ponieważ użytkownicy narkotyków szybko przestawili się na nowe substancje domowej roboty.

⁵ W latach 1970. wyemitowano zaledwie 23 programy telewizyjne poświęcone problematyce narkotyków i narkomanii. Narkomania przypisywana była w tych programach państwu zachodnim i nie było w nich odniesienia do sytuacji w Polsce (Abucewicz, 2006). W prasie, uzależnienie przedstawiane było jako wynik (nieodpowiednich) relacji społecznych wśród hipisów i zdegenerowanego Zachodu (Sierosławski, Ostrihansky i wsp., 1998). Narkomania w krajach kapitalistycznych była szeroko wykorzystywana do celów propagandowych.

Polska heroina, organizacje pozarządowe i zdrowie publiczne, (1976-1989)

Państwo polskie mimo ratyfikowania w 1966 r. Jednolitej Konwencji ONZ o Środkach Odurzających, nie sprawowało kontroli na uprawę maku, który był używany nie tylko do produkcji leków, ale również do celów kulinarnych. Ekspert rządowi stali również na stanowisku, że wyciągi ze słomy makowej uzyskiwane z odmiany maku uprawianej w Polsce nie miały właściwości odurzających (Abucewicz, 2006). Nie była to prawda, ponieważ użytkownicy opracowali metody produkcji narkotyku z odmiany *Papaver somniferum* L., która była uprawiana w całym kraju ⁽⁶⁾. Najbardziej popularne było tzw. „mleczko makowe” przyjmowane dożylnie oraz „herbata makowa” przyjmowana doustnie. Obydwie substancje były dobrze znane w innych krajach regionu np. na Litwie, Ukrainie, w Rosji czy na Węgrzech (Sierosławski, Ostrihansky i wsp., 1998).

W 1976 r. student chemii z Gdańska opracował prostą metodę ekstrakcji alkaloidów ze słomy makowej (Krajewski, 1997). Nowa, łatwa metoda nie wymagała specjalistycznej wiedzy ani sprzętu, a niezbędne odczynniki chemiczne były łatwo dostępne w aptekach i innych sklepach. W efekcie powstał nowy narkotyk nazwany polską heroiną lub „kompotem” (patrz niżej: Kompot: produkcja i właściwości), a jego używanie szybko rozprzestrzeniło się w całym kraju. Substancja ta była przyjmowana głównie w iniekcjach i prawie wyłącznie wytwarzana i rozprowadzana wśród jej użytkowników ⁽⁷⁾. Kompot był kojarzony z nową subkulturą osób uzależnionych od opioidów, wśród których znajdowało się wielu młodych ludzi z wyższym wykształceniem (Moskalewicz i Welbel, 2013).

Kompot: produkcja i właściwości

Kompot otrzymuje się ze słomy makowej oraz kilku odczynników chemicznych. Substancja zawiera heroinę, morfinę, kodeinę oraz inne alkaloidy opium. Dokładny skład jest często nieznany, a różne partie rzadko zawierają ten sam skład. Na ogół kompot zawiera opiaty w ilościach wystarczających, aby wywołać skutki podobne do heroiny, jednak nieco słabsze.

W procesie produkcji następuje również ekstrakcja surowej morfiny oraz innych alkaloidów opium, po czym zamieniane są one w substancję zawierającą heroinę. Heroina oraz inne acetylenowe pochodne morfiny wchodzące w skład kompotu są niestabilne i stopniowo hydrolizują się z powrotem do morfiny w wilgotnym środowisku. Szybkość tego procesu zależy od temperatury i warunków przechowywania (Wodowski, 2004).

Otrzymywany narkotyk ma formę brązowego płynu. Ma gorzki smak i często winny zapach, który powstaje w wyniku dodania bezwodnika octowego w ostatnim etapie produkcji. Kompot jest na ogół przyjmowany dożylnie, rzadko natomiast palony. Ponieważ mięśnie nie są w stanie łatwo przyswoić wysokiego stężenia tłustych płynów wchodzących w skład kompotu, iniekcje są najczęściej wykonywane dożylnie. Iniekcje domięśniowe często wywołują ostre stany ropne bądź infekcje (Wodowski, 2004).

⁶ Szacowany areał upraw maku w połowie lat 1970. wynosił ponad 16 000 ha (Lagerspetz i Moskalewicz, 2002).

⁷ Rynek zorientowany na zysk pojawił się dopiero w późnych latach 1980.

W późnych latach 1970 liczba użytkowników opioidów szacowana była na 8 500 (Godwod-Sikorska, Bielewicz i Moskaiewicz, 1981) natomiast w latach 1978-1979 odnotowano pierwszy wzrost rzędu 27% wśród pacjentów leczenia stacjonarnego (z 332 do 424). Te wydarzenia były często ignorowane przez władze, które wciąż postrzegały zjawisko używania nielegalnych narkotyków jako problem, który występuje jedynie na zachodzie. To nastawienie uległo zmianie wraz z pojawieniem się NSZZ Solidarność w 1980 r., a ogólniej rzecz ujmując z nadejściem odwilży politycznej w Polsce. Destabilizacja systemu komunistycznego pozwoliła na oficjalne uznanie istnienia narkomanii, a następnie umożliwiła debatę publiczną na ten temat (Moskaiewicz i Świątkiewicz, 1999). We wczesnych latach 1980. Pierwsze doniesienia mediów na temat używania narkotyków pozwoliły obywatelom na poznanie zjawiska ⁽⁸⁾. Lekarze i inni specjaliści w zakresie ochrony zdrowia mogli wreszcie publicznie wyrażać swoje poglądy i namawiać do podejmowania działań. Debatę była kontynuowana po wprowadzeniu przez polski rząd stanu wojennego, który trwał od grudnia 1981 do lipca 1983 r. (Krajewski, 2004).

Problemy związane z używaniem kompotu, substancji, która zawiera wysoce toksyczne związki powstające wskutek prymitywnych procesów produkcyjnych, pogłębiły się gwałtownie we wczesnych latach 1980. Hospitalizacje z powodu uzależnienia od narkotyków potroiły się z 1 000 w 1980 do 3 000 w 1984 r. (Świątkiewicz, Moskaiewicz i Sierosławski, 1998), natomiast liczba zgonów z przedawkowania wzrosła z 18 w 1976 do 102 w 1982 r. (Krajewski, 1997). W profilu socjo-demograficznym użytkowników narkotyków również nastąpiła zmiana. Większość nowych narkomanów rekrutowała się nie z elit społeczeństwa, lecz z rodzin robotniczych. Te wydarzenia spowodowały zmiany w państwowym systemie leczenia, na przykład w 1980 r. w warszawskim szpitalu psychiatrycznym otwarto pierwszy oddział detoksykacji i leczenia uzależnień ⁽⁹⁾. Liczba łóżek w specjalistycznych ośrodkach pozostawała jednak na niskim poziomie. W 1981 r. dostępnych było 90 łóżek, a większość użytkowników narkotyków odbywała leczenie w ramach ogólnej opieki zdrowotnej (Świątkiewicz, Moskaiewicz i Sierosławski, 1998).

Pomimo trudnych warunków rozpoczął się proces głębszej transformacji polskiego systemu leczenia uzależnień od narkotyków. Już we wczesnych latach 1970. pojawiły się próby stosowania nowych metod w leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych, głównie w Sanatorium dla Dzieci i Młodzieży w Garwolinie (Marcinkowski i Jabłoński, 2008). Pod koniec dekady, w sanatorium po raz pierwszy wdrażano metodę społeczności terapeutycznej oraz rehabilitacji długoterminowej, zanim jeszcze w Głoskowie powstał niezależny ośrodek prowadzony przez organizację pozarządową ⁽¹⁰⁾ MONAR ⁽¹¹⁾, utworzoną 1981 r. Jej charyzmatyczny lider, psycholog, Marek Kotański, był pod silnym

⁸ W 1981 r., na temat narkomanii ukazało się ponad 300 artykułów w porównaniu z 40 w całej poprzedniej dekadzie (Abucewicz, 2006).

⁹ Pierwsze specjalistyczne oddziały leczenia uzależnień wśród więźniów utworzono w 1986 r.

¹⁰ Na początku stosowano nazwy organizacja „społeczna” i „ochotnicza”.

¹¹ Młodzieżowy Ruch na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii.

wpływem amerykańskiej metody społeczności terapeutycznej Synanon⁽¹²⁾ (Świątkiewicz, Moskaiewicz i Sierosławski, 1998) (patrz ramka poniżej: Wkład organizacji pozarządowych w politykę narkotykową).

Wkład organizacji pozarządowych w politykę narkotykową

Organizacje pozarządowe od wczesnych lat 1980. poprzez współpracę z sektorem publicznym w istotny sposób wpłynęły na obecny kształt interwencji w obszarze redukcji szkód w Polsce. Organizacje pozarządowe świadczą najwięcej usług i od końca lat 1980. stanowią ok. dwie trzecie ośrodków leczenia uzależnień na poziomie krajowym. Ponad połowa z funkcjonujących ośrodków prowadzonych przez organizacje pozarządowe rozpoczęła działalność przed 1989 r. Są one finansowane głównie ze środków publicznych (Sobiech, 2008).

Wkład organizacji pozarządowych w profilaktykę i leczenie uzależnień od narkotyków miał swój początek pod koniec lat 1970. Pierwszą tego typu organizacją był MONAR, który wciąż uważany jest za najważniejszą organizację w tej dziedzinie. Obecnie MONAR zarządza 70 ośrodkami, w tym 31 społecznościami terapeutycznymi i 37 Poradniami Profilaktyki i Terapii Uzależnień (MONAR, 2012). Pierwszy ośrodek rehabilitacyjny MONARu dla ok. 30 osób został oparty na zasadach społeczności terapeutycznej (Marcinkowski i Jabłoński, 2008), które podkreślały m.in. równość wśród członków społeczności oraz całkowitą abstynencję. Ośrodek ten stał się wzorem dla innych placówek. Społeczności terapeutyczne są zarządzane przez zespoły składające się ze specjalistów z różnych dziedzin, w tym byłych narkomanów, którzy pomyślnie ukończyli terapię i odbyli szkolenie. Ci ostatni stanowili 40% personelu MONARu w 2008 r. (Koczurowska, 2008). Od początku lat 1980. MONAR prowadzi również działania profilaktyczne. W 1985 r. MONAR stworzył Ruch Czystych Serc, projekt promujący wśród młodzieży zdrowy styl życia bez narkotyków.

Inne organizacje pozarządowe świadczące już w latach 1980. i wczesnych 1990. usługi w obszarze przeciwdziałania narkomanii (profilaktyka, poradnictwo, infolinie, detoksykacja itp.) to m.in. Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii (1983), Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych – Powrót z U (1985), Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym „Kuźnia” (1987) oraz Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN (1992).

W kolejnych latach nastąpił gwałtowny wzrost liczby organizacji pozarządowych i ośrodków leczenia opartych głównie na modelu społeczności terapeutycznej w Głuskowie

¹² Synanon był organizacją świadczącą usługi rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od narkotyków. Organizacja, utworzona w Kalifornii w 1958 r., wdrażała nowe modele w terapii grupowej (Batiste i wsp., 1971). Została formalnie rozwiązana w 1991 r. po serii kontrowersji dotyczących stosowanych metod i działalności zarobkowej. W Niemczech nadal funkcjonuje jej oddział.

(Marcinkowski i Jabłoński, 2008). Dzięki temu oferta lecznicza uległa rozszerzeniu. Z jednej strony realizowano podejście psychiatryczne w publicznej służbie zdrowia. Z drugiej natomiast organizacje pozarządowe proponowały we własnych ośrodkach leczenie zorientowane socjoterapeutycznie (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1998). W nowym systemie głównymi prowadzącymi leczenie byli psycholodzy i psychiatry, zatrudnieni także w systemie państwowym, którzy chcieli, wspólnie z pacjentami, opracowywać nowe metody alternatywne dla istniejącej oferty w ramach publicznej ochrony zdrowia psychicznego ⁽¹³⁾. Próby te znajdowały odzwierciedlenie w debacie publicznej na temat narkotyków, w której MONAR, dla przykładu, głośno domagał się rozwoju wyspecjalizowanych usług dla osób uzależnionych od narkotyków ⁽¹⁴⁾. Rząd nie sprzeciwiał się tego typu działaniom, ponieważ nie był winiony przez głównych aktorów za zjawisko narkomanii (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999). Taka sytuacja pozwalała również na odwrócenie uwagi od innych problemów jak alkoholizm czy braki podstawowych produktów w sklepach, w tym żywnościowych. Decydenci więc zaczęli stopniowo odchodzić od ideologicznej definicji narkomanii związanej z kryzysem społeczeństwa kapitalistycznego na rzecz definicji o charakterze klinicznym (Abucewicz, 2006) z naciskiem na konflikt międzypokoleniowy.

Przebiegająca transformacja znalazła swoje odzwierciedlenie w nowej Ustawie ze stycznia 1985 r. o Zapobieganiu Narkomanii. Zarówno komisja ekspertów, która opracowała projekt jak i komisja parlamentarna, która projekt przyjęła, zadbały o to, by Ustawa kładła silny nacisk na zdrowie publiczne. Ustawa była dość niezwykła biorąc pod uwagę represyjne nastawienie władz komunistycznych i wydawała się dość liberalna, według dzisiejszych standardów (Krajewski, 2004). Sankcje karne wprowadzono jedynie w obszarze podaży narkotyków, a także rozgraniczono podaż mniejszej wagi (zagrożoną karą pozbawienia wolności do lat 3) oraz podaż w celach osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej (zagrożoną karą do 10 lat pozbawienia wolności). Użytkownicy narkotyków podlegali jedynie sankcjom administracyjnym (konfiskata narkotyków) bez względu na przechwyconą ilość (Krajewski, 2007). Nowe prawo kładło podwaliny pod system ochrony społeczno-zdrowotnej. Leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna użytkowników narkotyków miały być świadczone przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej przy wsparciu organizacji pozarządowych a także organizacji kościelnych, co było partnerstwem dość nieoczekiwanym jak na kraj komunistyczny. Ustawa stanowiła również, że leczenie powinno odbywać się za dobrowolną zgodą użytkownika narkotyków. Leczenie przymusowe mogło być prowadzone jedynie na podstawie nakazu sądowego w dwóch sytuacjach ⁽¹⁵⁾. Okres leczenia nie mógł trwać dłużej niż dwa lata.

¹³ W ciągu kilku lat, MONAR stworzył 14 ośrodków rehabilitacyjnych, głównie na terenach wiejskich (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1998).

¹⁴ Działania MONARu stały się inspiracją dla innych grup społecznych. W 1981 r., grupa 1570 uczniów warszawskich szkół podpisała list otwarty zatytułowany Apel Młodzieży, skierowany do władz państwowych za pośrednictwem głównych gazet. Domagano się w nim stworzenia rozbudowanej sieci usług pomocowych dla użytkowników narkotyków w oparciu o realizowany przez MONAR model społeczności terapeutycznej.

¹⁵ W przypadku osób nieletnich (poniżej 18 r.ż.) skierowanych na leczenie przez sąd rodzinny na wniosek rodziców bądź przedstawiciela ustawowego, jak również w przypadku osób dorosłych odbywających karę więzienia. Jeśli wyrok nie został zawieszony, sąd może wydać decyzję o umieszczeniu skazanego w zamkniętym ośrodku leczniczym przed rozpoczęciem odbywania kary. Oba przepisy w zmienionej nieco formie istnieją do dzisiaj.

Ustawa z 1985 r. zawierała również działania kontrolne dotyczące uprawy maku. Od tej pory wymagane było zezwolenie od władz lokalnych oraz umowa na sprzedaż słomy makowej firmom państwowym (Sierosławski, Ostrihansky i wsp., 1998). Za złamanie tych przepisów groziła kara do dwóch lat więzienia, prac społecznych lub grzywny. W efekcie całkowity areal upraw maku zmniejszył się z 20 000 do 4 000 ha (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999), co ograniczyło podaż surowca do produkcji kompotu. Rolnicy, nieświadomi nowych przepisów, dalej uprawiali mak, co sprawiło, że byli oni odpowiedzialni za 70% przestępstw przeciwko Ustawie przez kilka lat po 1985 r. (Krajewski, 2001). Używanie polskiej heroiny domowej roboty było szeroko rozpowszechnione przez następną dekadę ⁽¹⁶⁾, gdyż użytkownicy wciąż potrafili produkować narkotyk na potrzeby własne i znajomych (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999). Działania kontrolne w efekcie doprowadziły jednak do pojawienia się czarnego rynku (Krajewski, 1997).

Ustawa z 1985 r. sankcjonowała finansowanie badań nad problematyką narkomanii, jak również tworzyła centralny organ koordynujący – Komisję do spraw Zapobiegania Narkomanii. W jej skład wchodził przedstawiciele instytucji państwowych, organizacji pozarządowych, kościelnych oraz placówek badawczych. Głównym zadaniem Komisji było opracowanie projektu rocznego programu zapobiegania narkomanii oraz koordynowanie jego realizacji. Środki na finansowanie programów miały pochodzić ze specjalnego funduszu zarządzanego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Jednakże, na skutek konfliktu interesów między ministerstwami, Komisja nie powstała, jak również żaden program aż do 1993 r. (Osiecka, 1995). Brak koordynacji na centralnym szczeblu w późnych latach 80. utrudnił realizację zadań powierzonych władzom lokalnym, takich jak współfinansowanie leczenia medycznego, zapobieganie czy edukacja w szkołach publicznych. W konsekwencji, w późnych latach 80. zwiększyła się aktywność organizacji pozarządowych.

Dostępne dane wskazują, że rozpowszechnienie używania narkotyków ustabilizowało się lub nawet zmalało po roku 1985 (Moskalewicz i Welbel, 2013). Jednocześnie wzrosła dostępność oferty leczniczej do 55 ośrodków ambulatoryjnych, w tym 30 ośrodków leczniczych w ramach państwowej służby zdrowia i 25 poradni prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Usługi stacjonarne obejmowały 100 łóżek na oddziałach detoksykacyjnych w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego. Ponadto w 30 ośrodkach stacjonarnych prowadzonych po części przez państwo a po części przez organizacje pozarządowe (głównie MONAR), leczenie mogło podjąć w sumie 900 pacjentów (Świątkiewicz, Moskalewicz i Sierosławski, 1998).

Pierwszy przypadek zakażenia wirusem HIV wśród użytkowników narkotyków odnotowano w Warszawie w sierpniu 1987 r. ⁽¹⁷⁾ (Marcinkowski i Jabłoński, 2008). W ciągu 18 miesięcy, liczba nowych zakażeń zwiększyła się do ponad 500 (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999). Pomysł stworzenia programów wymiany strzykawek w celu

¹⁶ W 1996 r., ponad 70% pacjentów ośrodków stacjonarnych było uzależnionych od opioidów, w większości od kompotu. Substancja ta wciąż jest produkowana i używana w Polsce.

¹⁷ Niektóre artykuły podają, że pierwszy przypadek został wykryty w sierpniu 1988 r.

zapobiegania rozprzestrzenianiu się HIV/AIDS był przedmiotem dyskusji w latach 1986-1987. Nie został jednak zrealizowany z różnych przyczyn, m.in. z powodu braku jednorazowych strzykawek. Sytuacja zmieniła się po wykryciu pierwszego zakażenia. W efekcie, w latach 1988-1989 rozpoczęto realizację programów wymiany strzykawek (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999) – najpierw w przychodniach MONARu, a następnie w przychodniach publicznych (Moskalewicz i Welbel, 2013) ⁽¹⁸⁾. MONAR rozpoczął również rozdawnictwo strzykawek w miejscach publicznych gdzie spotykali się użytkownicy narkotyków. Wcześniej MONAR otworzył również w Zbicku koło Opola specjalny ośrodek dla osób uzależnionych, zakażonych wirusem HIV. Projekt jednak okazał się fiaskiem, ponieważ, począwszy od 1988 r., osoby zakażone mogły znaleźć miejsce w każdej placówce MONARu oraz większości ośrodków innych organizacji (Marcinkowski i Jabłoński, 2008).

¹⁸ Problemy z dostępnością strzykawek nadal się utrzymywały i do realizacji własnych programów MONAR korzystał z datków pozyskiwanych od aptek i organizacji międzynarodowych. Szacuje się, że we wczesnych latach funkcjonowania programów wymiany strzykawek rocznie dystrybuowano w Polsce ok. 10 000 zestawów do iniekcji (Kulka i Moskalewicz, 1998).

Okres przemian (1989-1999)

Upadek żelaznej kurtyny w 1989 r. wywarł istotny wpływ na sytuację dotyczącą narkotyków i narkomanii w Polsce. Podobnie jak w innych krajach postkomunistycznych, Polska stała się krajem tranzytowym w przemyśle narkotyków do Europy Zachodniej (Krajewski, 2007). Liczba dostępnych rodzajów substancji uległa zwiększeniu. W wyniku tych zmian szybko wzrosła popularność amfetaminy i konopi indyjskich. Inne substancje takie jak LSD czy ecstasy były używane głównie w największych miastach takich jak Warszawa, Poznań czy Gdańsk (Lagerspetz i Moskalewicz, 2002). Dostępność kokainy i heroiny była początkowo ograniczona z uwagi na względnie wysoką cenę.

W polskim społeczeństwie zaczęło dochodzić do co raz większego zróżnicowania w zakresie wzorów używania narkotyków. Starzy narkomani i osoby najbardziej dotknięte i marginalizowane w wyniku przemian społeczno-gospodarczych we wczesnych latach 1990. ⁽¹⁹⁾, nie zmieniały dotychczasowych wzorów używania i dalej stosowały w iniekcjach heroinę domowej roboty (Sierosławski, Ostrihansky i wsp., 1998). Z kolei, młodzi ludzie w efekcie zetknięcia z międzynarodową kulturą młodzieżową zaczęli używać nowe substancje. Wyniki badań ESPAD pokazują, że 9% uczniów w wieku 15-16 użyło konopi indyjskich co najmniej raz w 1995 r., natomiast cztery lata później odsetek ten wzrósł dwukrotnie do 18% (Lagerspetz i Moskalewicz, 2002). Podczas, gdy w 1995 r. syntetyczne narkotyki takie jak amfetamina i ecstasy były praktycznie nieznane, cztery lata później 7% uczniów deklaroowało kontakty z amfetaminą (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999).

Sytuacja ta była spowodowana faktem, że Polska stała się głównym producentem nielegalnej amfetaminy. Zjawisko to było już znane w późnych latach 1980., jednak przybrało znacznie na sile we wczesnych latach 1990. W roku 1992, liczbę nielegalnych wytwórni amfetaminy szacowano na 200 (Lagerspetz i Moskalewicz, 2002), a w połowie lat 1990. szacowano, że 10-25% amfetaminy sprzedawanej w Europie pochodziło z Polski (Krajewski, 2001). Do rozwoju tego zjawiska przyczyniły się głównie następujące czynniki: krótkie szlaki przemysłowe do Europy Zachodniej, siły policyjne niedoświadczone w walce z produkcją i handlem narkotykami, brak kontroli nad prekursorami takimi jak BMK oraz wysoce wykwalifikowani, jednak często źle opłacani, chemicy (Krajewski, 2001).

Rosnąca dostępność narkotyków i rozpowszechnienie ich używania w Polsce było związane z rosnącym zjawiskiem narkomanii ⁽²⁰⁾. Po raz pierwszy od połowy lat 1980, hospitalizacje na skutek uzależnienia od narkotyków wzrosły w roku 1990 i 1991 kolejno o 14% i 26%. (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999), podczas gdy liczba zgonów związanych z narkotykami osiągnęła liczbę 167 w 1992 r. (Krajewski, 1997). Przez kolejną dekadę całkowita liczba użytkowników narkotyków w lecznictwie stacjonarnym potroiła się

¹⁹ Bezrobocie w Polsce, które w czasach PRL było bardzo niskie, urosło do 6.6% pod koniec 1990 r. a następnie do 17% w 1994 r.

²⁰ Po 1989 r. spożycie alkoholu i związane z tym problemy rosły jeszcze gwałtowniej (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999).

z 2 803 w 1990 r. do 8 590 w roku 2000 (Sierosławski, 2002). Jednocześnie zwiększała się liczba pierwszorazowych pacjentów z 45% (1 260) w 1990 r. do prawie 60% (5 075) w roku 2000.

Społeczny odbiór narkomanii zmienił się również z nadejściem epidemii HIV/AIDS. Około 70% wszystkich zdiagnozowanych zakażeń HIV rejestrowano wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy stanowili największą grupę ryzyka (Szata, 1994). To zjawisko stało się źródłem dużych napięć w społeczeństwie ⁽²¹⁾, m.in. z uwagi na brak wiedzy na temat dróg zakażenia (Sierosławski, Ostrihansky i wsp., 1998). W efekcie, uruchomiono szereg kampanii edukacyjno-profilaktycznych, a w Konstancinie i Piastowie otwarto w 1991 r. nowe ośrodki dla osób zakażonych HIV/AIDS (Marcinkowski i Jabłoński, 2008). Edukacja i redukcja szkód również przyczyniły się do zmniejszenia liczby nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków z ok. 600 w 1990 r. do 300 w 1992 r., a następnie mniej niż 200 w 1993 r.

Polska była pierwszym krajem byłego bloku wschodniego, który w 1992 r. rozpoczął realizację programów metadonowych (Marcinkowski i Jabłoński, 2008). Z tej formy leczenia, w ramach projektu badawczego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, skorzystało 60 pacjentów uzależnionych od heroiny (Karakiewicz, Zubczewska-Ślósarek, Kozielec, Rotter, 2004; Moskaiewicz i Welbel, 2013). W roku 1997, leczenie substytucyjne oparte na metadonie zostało formalnie uznane jako świadczenie lecznicze finansowane ze środków publicznych ⁽²²⁾. Nowe prawo określało kryteria kwalifikacyjne do udziału w programie a także stanowiło, że programy substytucyjne mogą być prowadzone jedynie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej w ramach specjalnego zezwolenia wydawanego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. To ograniczenie było surowo krytykowane jako przeszkoda w rozwoju programów metadonowych w kolejnych latach, zwłaszcza w kontekście permanentnie niedofinansowanej państwowej służby zdrowia (Krajewski, 2004). Ponadto, kryteria dostępu i korzystania z tej formy leczenia były nadmiernie wymagające. Czynniki te spowalniały rozwój leczenia substytucyjnego w Polsce. W roku 1999 funkcjonowało zaledwie 8 programów świadczących usługi dla 550 pacjentów. Tego roku przyjęcie restrykcyjnego rozporządzenia na temat opioidowej terapii substytucyjnej jeszcze bardziej spowolniło proces powstawania nowych programów (Moskaiewicz i Welbel, 2013). [Patrz ramka: Opioidowe leczenie substytucyjne w Polsce]

W latach 1990. rozwinęło się lecznictwo ambulatoryjne i poradnictwo dla użytkowników narkotyków. w 1998 r. liczba poradni świadczących usługi w przedmiotowym zakresie zwiększyła się do 34. Reforma lecnictwa stacjonarnego w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Narkomanii zaplanowana na 1993 r. zakładała, że należy utrzymać jedynie 40% istniejących długoterminowych ośrodków stacjonarnych (programy 2-letnie) oraz, że reszta ośrodków powinna świadczyć leczenia krótkoterminowe (do 1 roku). Jednakże,

²¹ Na przykład, w Głogowie doszło do protestów mieszkańców, którzy domagali się zamknięcia pierwszego ośrodka terapeutycznego MONARu.

²² Do roku 1997, wszystkie programy miały status badań naukowych.

w roku 1997 dwie trzecie ośrodków dalej realizowało programy 2-letnie (Świątkiewicz, Moskalewicz, Sierosławski, 1998). W roku 1999 liczbę łóżek w tym sektorze szacowano na poziomie 1 600 (Marcinkowski i Jabłoński, 2008). Rozwijane były również nowe rodzaje usług, takie jak pośredniczące ośrodki lecznicze, w tym ośrodki dzienne. Od 1996 r. w większych miastach realizowano też programy redukcji szkód, prowadzone głównie przez organizacje pozarządowe (Reitox National Focal Point, 2011).

Transformacja rynku narkotykowego i pogłębiające się problemy związane z narkotykami przyspieszyły debatę na temat polityki narkotykowej w post-komunistycznej Polsce. Rozwój nastawionego na zys czarnego rynku, zdominowanego przez organizacje przestępcze, przyczynił się do stopniowego przekładania akcentów z ochrony zdrowia – na kwestie dotyczące prawa i porządku (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999). Przepisy prawne w zakresie posiadania narkotyków na własny użytek były coraz częściej krytykowane w debacie publicznej i wielu interesariuszy wzywało do kryminalizacji posiadania. W opinii policji miało to pomóc w rozwiązaniu problemów z podażą, politycy zwracali uwagę na aspekty wychowawcze, a niektóre organizacje pozarządowe stały na stanowisku, że zmniejszyłoby to rozpowszechnienie używania narkotyków (Krajewski, 2004). Postanowienia Ustawy z 1985 r. były również kojarzone z poprzednim ustrojem i w konsekwencji zostały odrzucone (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1999). W przeciwieństwie do debat z lat 1980., na tematykę dyskusji miały wpływ zagadnienia międzynarodowe, a w szczególności ratyfikacja w 1994 r. przez Polskę Konwencji ONZ z 1988 r. o Zwalczaniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi. Zwolennicy kryminalizacji posiadania narkotyków na własny użytek podkreślali, że Artykuł 3(2) przedmiotowej konwencji nakładał na państwa sygnatariusze taki obowiązek. Argument ten odegrał istotną rolę w procesie tworzenia nowej ustawy narkotykowej (Krajewski, 2004).

Nowa Ustawa z 24 kwietnia 1997 r. o Przeciwdziałaniu Narkomanii została uchwalona przez Sejm zdecydowaną większością głosów przy ponadpartyjnym poparciu. Ustawa kryminalizowała posiadanie jakiegokolwiek ilości nielegalnej substancji psychoaktywnej, jednakże wprowadzała zapis mówiący o tym, że posiadanie nieznacznej ilości na własny użytek nie może być karane inaczej niż konfiskatą substancji (Krajewski, 2004). Odstąpienie od wymierzenia kary było obligatoryjne i zależało od decyzji prokuratury czy sądu²³). Zamysł polegał na tym, aby ścigać dilerów przyłapanych na posiadaniu nieznacznych ilości narkotyków, a nie jeszcze bardziej marginalizować problemowych użytkowników narkotyków. Później przedstawiano to jako podejście zdroworozsądkowe zachowujące równowagę między represją a pomocą i leczeniem, jak również, które pozwalało organom ścigania zwalczać przede wszystkim podaż narkotyków (Krajewski, 2004).

Nowa Ustawa wzmacniała także model przeciwdziałania narkomanii za pośrednictwem

²³ „Nieznaczna ilość” nie została jednak sprecyzowana. Zapis ten miał na celu uelastyczenie działań. Jednak, w praktyce, stanowił dla policji i prokuratury problem i, w efekcie, został wykreślony trzy lata później (Krajewski, 2004).

publicznej służby zdrowia. Oferta lecznicza dla uzależnionych przestępców jako alternatywy dla karania została rozszerzona, a prokurator mógł zawiesić postępowanie przygotowawcze, w tym dochodzenie, o ile sprawca podda się leczeniu ⁽²⁴⁾. Sankcje kryminalne stosowane były zatem jako narzędzie motywujące użytkowników narkotyków do podejmowania leczenia niż jako środek represji (Krajewski, 2008). Nowa Ustawa umożliwiała również rozwój programów wymiany igieł i strzykawek, które w poprzednich ośmiu latach prowadzone były głównie przez organizacje pozarządowe. Podstawa prawna dla tego typu programów została jeszcze bardziej wzmocniona nowelizacją w roku 2001, przy głównym nacisku na działania z zakresu redukcji szkód pośród zadań w obszarze przeciwdziałania narkomanii (Krajewski, 2004).

Koordinacja polityki narkotykowej w Polsce

Pierwszą instytucją koordynującą politykę narkotykową w postkomunistycznej Polsce było Biuro do spraw Narkomanii powołane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1993 r. Placówka koordynowała działania instytucji publicznych i organizacji pozarządowych w obszarze redukcji popytu. Jednym z głównych efektów pracy Biura było opracowanie w 1993 r. Krajowego Programu Zapobiegania Narkomanii.

W roku 1999 przyjęto pierwszy kompleksowy Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, który swoim zasięgiem obejmował również działania z zakresu redukcji podaży. Następnie Biuro do spraw Narkomanii zostało przemianowane na Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii a jego mandat został rozszerzony o koordynację, implementację i monitoring Krajowych Programów, które od roku 2006 zyskały status prawny. Bieżący Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 podzielono na pięć obszarów: profilaktyka; leczenie, rehabilitacja, redukcja szkód i reintegracja społeczna; ograniczenie podaży; współpraca międzynarodowa; badania i monitoring ⁽²⁵⁾.

Od 2001 r. o wysoką jakość koordynacji polityki narkotykowej w Polsce dba Rada do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, która skupia podsekretarzy stanu w ministerstwach Zdrowia, Sprawiedliwości, Opieki Społecznej, Obrony Narodowej, Rolnictwa, Edukacji, Finansów Publicznych, Spraw Zagranicznych oraz Nauki. Przewodniczącym Rady jest podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, natomiast jej sekretarzem – dyrektor Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. W skład Rady wchodzi cztery zespoły robocze pracujące w następujących obszarach: prekursorsy narkotykowe; współpraca międzynarodowa; monitorowanie wdrażania i realizacji Krajowego Programu; nowe substancje psychoaktywne.

²⁴ W przypadku przestępstwa zagrożonego ustawowo karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, prokurator może zawiesić postępowanie, jeśli osoba uzależniona, której zarzucono popełnienie danego czynu zdecyduje się podjąć leczenie. Jeśli leczenie zakończy się powodzeniem sprawca może liczyć na tzw. warunkowe umorzenie postępowania. Taki mechanizm stosuje sąd na wniosek prokuratury. W efekcie sprawca podlega okresowi próbnemu od 1 do 2 lat. Po skończeniu tego okresu informacja o karze zostaje usunięta z rejestru.

²⁵ Władze krajowe szacują koszt realizacji programu na blisko 70 mln euro (294 mln zł).

Samorządy lokalne i wojewódzkie zaczęły uczestniczyć w realizacji polityki narkotykowej od 1999 r., tj. reformy administracyjnej państwa ustanawiającej 16 województw, 314 powiatów i 2 417 gmin. Reforma, która przesunęła niektóre kompetencje ze szczebla centralnego na lokalny w obszarze narkotyków, stała się skuteczna dopiero w roku 2005, kiedy to nowa Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii wskazała źródła finansowania zdecentralizowanych działań oraz jasno określiła zadania samorządów lokalnych i wojewódzkich. Dotyczą one w głównej mierze finansowania działań profilaktycznych oraz, w mniejszym zakresie, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Samorządy lokalne i wojewódzkie są również odpowiedzialne za realizację gminnych i wojewódzkich programów, które muszą być zgodne z Krajowym Programem. Samorządy wojewódzkie powołują wojewódzkich ekspertów do spraw informacji o narkotykach i narkomanii, których zadaniem jest zbieranie i wymiana informacji w przedmiotowym zakresie.

Liczba przestępstw przeciwko Ustawie wzrosła gwałtownie w latach 1990., ze 1 105 w 1990 r. do 15 628 w 1999 r., przy czym znaczący wzrost odnotowano po uchwaleniu nowej ustawy w 1997 r. (Reitox National Focal Point, 2002). Liczba przestępstw dotyczących handlu narkotykami wzrosła ze 121 w 1990 r. do 10 350 w 1999 r. Potrójny wzrost przestępstw dotyczących handlu narkotykami zarejestrowano po przyjęciu nowej ustawy, z 3 507 w 1997 r. do 10 762 w 1998 r. Sugerowano, że nowe prawo osiągnęło zamierzony cel w tym obszarze. Całkowity wzrost zarejestrowanych przestępstw narkotykowych należy jednak zawdzięczać doskonalszym technikom operacyjnym policji, w tym technikom inwazyjnym, takim jak podsłuch elektroniczny, zakupy i przesyłki kontrolowane, bądź też działaniom z zakresu ochrony świadków (świadek anonimowy czy koronny ⁽²⁶⁾) (Krajewski, 2004). W drugiej połowie lat 1990., w strukturach komend wojewódzkich policji, utworzono specjalne zespoły do spraw narkotyków. Natomiast na poziomie krajowym swoją działalność operacyjną rozpoczęło nowo utworzone Biuro do spraw Narkotyków ⁽²⁷⁾. Organy ścigania przyjęły bardziej aktywną postawę wobec zwalczania detalicznego handlu narkotykami.

²⁶ Ustawa o Świadku Koronnym została uchwalona 25 czerwca 1997 r. Daje ona możliwość przestępcy działania jako świadek w zorganizowanej grupie przestępczej. Zeznania przeciwko współsprawcom zapewniają świadkowi koronnemu specjalną ochronę, w tym uniknięcie odpowiedzialności karnej.

²⁷ Biuro ds. Narkotyków funkcjonowało od 1997 r. jako jednostka specjalna w strukturach Komendy Głównej Policji. W kwietniu 2000 r. zostało połączone z Biurem do Walki z Przestępczością Zorganizowaną (powstałym w 1994 r.) i stało się częścią nowo utworzonego Centralnego Biura Śledczego.

W poszukiwaniu zrównoważonego podejścia

Pod koniec lat 1990. dożylne używanie kompotu było wciąż główną przyczyną narkomanii w Polsce. Jednak dane z Warszawy wskazywały na stopniowy rozwój używania importowanej heroiny, zarówno poprzez palenie, jak i wstrzykiwanie (Lagerspetz i Moskalewicz, 2002). Konfiskaty tego narkotyku wzrosły również pod koniec wieku, natomiast liczba zgonów, głównie na skutek używania opioidów, wzrosła z 235 w 1998 r. do 324 w 2002 r.

Wyniki ankiety przeprowadzonej w roku 2000 pokazały, że w opinii 21% Polaków narkomania była jednym z trzech najważniejszych problemów społecznych w porównaniu z 14% w roku 1994 (Lagerspetz i Moskalewicz, 2002). Wzrost liczby przestępstw związanych z podażą narkotyków był również interpretowany przez niektóre media i polityków jako dowód na dramatyczny wzrost sprzedaży ulicznej (Krajewski, 2004), podczas gdy policja uskarżała się, że w ramach Ustawy z 1997 r. dilerzy przyłapani na posiadaniu nieznacznej ilości narkotyku nie mogli być skutecznie ścigani bez dowodów przeprowadzenia transakcji.

Po zmianie rządu w 1997 r., grupa posłów przygotowała projekt nowelizacji Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii. Chodziło o usunięcie Artykułu 48(4), w którym posiadanie nieznacznej ilości narkotyków na własny użytek nie podlega karze. Celem tej zmiany było zniechęcenie do używania narkotyków, zwłaszcza wśród młodych ludzi, a także poprawa wykrywalności i ścigania przestępczości związanej ze sprzedażą detaliczną. Projekt otrzymał wsparcie zarówno konserwatywno-liberalnej koalicji rządowej, jak i socjaldemokratycznej opozycji (Krajewski, 2004). Nowelizacja weszła w życie w grudniu 2000 r. wprowadzając penalizację posiadania jakiegokolwiek ilości narkotyków, w tym na własny użytek (Krajewski, 2008). Od tamtej pory niemal każdy przypadek posiadania narkotyków jest przedmiotem aktywnej postawy organów ścigania (Krajewski, 2013).

W ciągu kolejnej dekady, używanie kompotu oraz importowanej heroiny stanowiło problem numer jeden polskiej narkomanii, mimo iż heroina była głównie palona, a nie przyjmowana w iniekcjach – jak sądzono. Dane z programów wymiany igieł i strzykawek również wskazywały na stopniową redukcję używania opioidów, w szczególności kompotu, pod koniec dekady (Malczewski, 2013). Używanie amfetaminy, zwłaszcza dożylne, rozwijało się głównie wśród problemowych użytkowników narkotyków w pierwszej dekadzie XXI w. Jednocześnie w Polsce, w latach 2000/2001 pojawiła się nowa silna substancja o nazwie PMMA ⁽²⁸⁾, której spożycie doprowadziło do kilku przypadków śmiertelnych. Kolejną substancją stymulującą był Mefedron, który stał się popularny po roku 2008, nie tylko wśród rekreacyjnych użytkowników, ale również wśród użytkowników iniekcyjnych.

Polska, po wstąpieniu w maju 2004 r. do Unii Europejskiej, podjęła dodatkowe działania

²⁸ parametoksymfetamina

w celu opracowania własnego systemu monitorowania narkotyków i narkomanii, a także dostosowania własnego prawa narkotykowego do dorobku prawnego UE. W lipcu 2005 r. uchwalono nową Ustawę o Przeciwdziałaniu Narkomanii. Ustawa uporządkowała zadania i kompetencje samorządów lokalnych i wojewódzkich w obszarze narkotyków, a także umożliwiła władzom lokalnym korzystanie z dochodów, z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu, w celu realizacji działań profilaktycznych. Ustawa porządkowała również inne kwestie. Wprowadziła nową definicję i podział prekursorów narkotyków ⁽²⁹⁾, jak również nowe środki wzmacniające leczenie uzależnienia od narkotyków za pośrednictwem publicznej służby zdrowia np. możliwość podejmowania leczenia przez rekreacyjnych użytkowników narkotyków z grup wysokiego ryzyka w zamian za uniknięcie kary ⁽³⁰⁾.

Nowa Ustawa rozszerzała również wachlarz instytucji uprawnionych do prowadzenia opioidowego leczenia substytucyjnego na wszystkie zakłady opieki zdrowotnej posiadające zezwolenie władz samorządowych. Jednakże, wbrew oczekiwaniom, prywatni świadczeniodawcy nie byli skory do uruchamiania nowych programów, argumentując to skomplikowanymi przepisami, procedurami oraz praktykami w zakresie finansowania (Moskalewicz i Welbel, 2013). W roku 2009, Rada do spraw Przeciwdziałania Narkomanii odnotowała, że zaledwie 7% problemowych użytkowników opioidów (1 900) w Polsce korzystało z leczenia substytucyjnego, podczas gdy założenia wskazywały na średnią krajową na poziomie 20% (Reitox National Focal Point Report, 2010). Rada wezwała do zwiększenia wydatków przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jednak wydatki na ten cel nie zmieniły się w 2010 r., a w 2011 r. spadły o 23%, by w 2012 r. nieznacznie wzrosnąć (5,3%)(³¹). W 2010 r. obniżono progi kwalifikacyjne dla potencjalnych klientów programów substytucyjnych. Każdy dorosły użytkownik opioidów mógł więc z nich korzystać bez konieczności uprzedniego uczestnictwa w innych programach leczenia oraz bez względu na okres uzależnienia (wcześniej okres ten wynosił 3 lata). W roku 2011, funkcjonowały 32 programy (w tym 7 programów więziennych (³²)), które świadczyły usługi dla 2 200 pacjentów. [Patrz ramka: Opioidowe leczenie substytucyjne w Polsce].

Leczenie uzależnień od narkotyków w Polsce jest bezpłatne i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również przez gminy i/lub powiaty. Usługi lecznicze, w tym w placówkach detoksykacyjnych, ośrodkach rehabilitacyjnych stacjonarnych i ambulatoryjnych, rozwijały się dalej po roku 2000. Dostępne dane wskazują, że liczba stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych wzrosła z ok. 50 we wczesnych latach 2000. (Reitox National Focal Point, 2005) do ponad 80 w roku 2011 (Reitox National Focal Point, 2012). Liczbę łóżek szacowano na 2 500 a większość ośrodków nadal oferowało

²⁹ Zgodnie z wymogiem Rozporządzenia (WE) Nr 273/2004 w sprawie prekursorów narkotykowych.

³⁰ Do roku 2005, zawieszenie postępowania karnego na czas leczenia sprawcy było dostępne jedynie dla osób uzależnionych od narkotyków. Zawieszenie postępowania w przypadku użytkowników rekreacyjnych uzależnionych jest od uczestnictwa w programie profilaktyczno-leczniczym.

³¹ Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie substytucyjne wzrastały stopniowo od roku 2006 (3 081 215 PLN (ok. 734.000 EUR)) do roku 2009 (16 798 181 PLN (ok. 3 978 000 EUR)). W roku 2010, wydatki na ten cel były podobne do poprzedniego roku (16 536 143 PLN (ok. 3 937 000 EUR)), a następnie znacznie zmalały w roku 2011 (12 677 060 PLN (ok. 3 018 000 EUR)).

³² Pierwszy program metadonowy w warunkach więziennych otwarto w Krakowie w 2003 r.

leczenie długoterminowe trwające od roku do dwóch lat, w zależności od stosowanego modelu społeczności terapeutycznej³³). Ograniczenia finansowe oraz zmiany profilów użytkowników narkotyków, przy mniejszym udziale użytkowników opioidów, najprawdopodobniej przyczyniły się do najnowszych trendów polegających na skracaniu okresu leczenia (Reitox National Focal Point, 2012). Liczba placówek detoksykacyjnych wynosiła w 2011 r. 19 przy łącznej liczbie łóżek na poziomie 200 (Bukowska, 2013).

Zjawiskiem powiązanim w latach 2000. była profesjonalizacja pozamedycznego sektora leczenia uzależnień od narkotyków poprzez system szkoleń i certyfikacji. Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zlecił zespołowi ekspertów opracowanie zaleceń stanowiących podstawę systemu certyfikacji, co było zgodne z nowymi zapisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które nakładały na terapeutów uzależnień obowiązek posiadania odpowiedniego certyfikatu (Bukowska, 2008). Szkolenia rozpoczęły się w roku 2002. Były one realizowane dwutorowo w zależności od doświadczenia i wykształcenia terapeuty. Do roku 2013, w ramach systemu, przeszkolono i nadano odpowiedni certyfikat niemal 1 200 profesjonalistom (Bukowska, 2013). Dwuletnie kursy są prowadzone przez niezależne instytucje takie jak: ośrodki badawcze, uniwersytety czy organizacje pozarządowe.

Obecnie w Polsce funkcjonuje ponad 200 ośrodków stacjonarnych i poradni leczenia uzależnień od narkotyków³⁴). Placówki te świadczą szereg usług – od terapii grupowej przez post-rehabilitację, pomoc społeczną po szkolenia (NFP Report, 2012). Oferta różni się w zależności od świadczeniodawcy, liczby personelu, kwalifikacji oraz preferowanego modelu leczenia (Bukowska, 2013). Pojawiły się również nowe modele takie jak „FreD goes net” – program wczesnej interwencji kierowany do młodych użytkowników narkotyków i alkoholu (14-21), realizowany od 2007 r. w 50 miastach w Polsce. Program FreD opiera się na krótkiej interwencji i dialogu motywującym, których celem jest uchronienie młodzieży przed uzależnieniem. Innym programem jest realizowany od 2011 r. CANDIS – program o sprawdzonej skuteczności kierowany do użytkowników konopi indyjskich. Tego typu modele działań zaradczych odpowiadają na zmiany profilu użytkowników narkotyków, przy problemach związanych z używaniem *cannabis*, jako zmiana zasadnicza.

W roku 2002 w 23 miastach funkcjonowało 21 programów wymiany igieł i strzykawek. Za ich pośrednictwem rozdano 668 000 igieł i strzykawek, co stanowi 10-krotny wzrost w porównaniu do roku 1998 (Reitox National Focal Point, 2012). Mimo iż w roku 2004 ilość rozdyskrebowanych igieł i strzykawek osiągnęła najwyższy poziom (731 000 sztuk), to jednak liczba programów i miast, w których te programy działały, uległa zmniejszeniu począwszy od roku 2002. W 2011 r. liczba programów prowadzonych również w punktach dziennego pobytu dla osób uzależnionych (ang. drop-in centres) spadła do 12 w 9 miastach. Rozdano wówczas 335 000 igieł i strzykawek. Liczba klientów

³³ 70 z 79 ośrodków prowadzonych przez służby publiczne i organizacje pozarządowe deklaruje korzystanie z modelu społeczności terapeutycznej (Reitox National Focal Point, 2012).

³⁴ Dane na temat dystrybucji ośrodków rehabilitacyjnych i poradni leczenia uzależnień są trudne do wygenerowania. Jednak szacuje się, że ich liczby są do siebie podobne.

programów wymiany igieł i strzykawek również zaczęła spadać z 5 000 w 2005 r. do 2 100 w roku 2011 (Reitox National Focal Point, 2012) ⁽³⁵⁾.

Podjęto działania zmierzające do poprawy jakości profilaktyki w Polsce. W roku 2010, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z kluczowymi instytucjami w przedmiotowym obszarze wprowadziło system rekomendacji programów profilaktycznych, którego zadaniem jest podniesienie jakości i promocja najlepszych praktyk. Wewnętrzny przegląd procesu realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 wskazał jednak na silne dysproporcje między realizacją działań profilaktycznych w gminach miejskich i wiejskich oraz większy nacisk na zadania z obszaru profilaktyki uniwersalnej niż selektywnej czy wskazującej.

Istotną zmianą na polskim rynku narkotykowym było pojawienie się w sierpniu 2008 r. w Łodzi pierwszego sklepu sprzedającego dopalacze (tzw. nowe substancje psychoaktywne). Pod koniec roku liczba tego typu sklepów urosła do 40. Wiele z nich funkcjonowało na podstawie umowy franczyzy z właścicielem pierwszego sklepu. Otwarcie nowego sklepu wymagało niewielkich nakładów inwestycyjnych przy wysokich szansach na zyski, co tłumaczy gwałtowny wzrost liczby tych podmiotów. W roku 2010, u szczytu zjawiska, w całym kraju działało 1 400 sklepów z dopalaczami (Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN, 2011). Problem ten wywołał obawy zdrowotne a następnie debatę publiczną na temat polityki narkotykowej. W konsekwencji, rząd przygotował szereg zmian do prawa narkotykowego [Patrz ramka: Reakcja na nowe substancje psychoaktywne oraz rosnącą liczbę sklepów z dopalaczami].

Reakcja na nowe substancje psychoaktywne oraz rosnącą liczbę sklepów z dopalaczami

W odpowiedzi na gwałtownie rosnącą liczbę sklepów z dopalaczami, wprowadzono do prawa narkotykowego trzy zmiany. Pierwsze dwie, w marcu 2009 i lipcu 2010 r., wydłużały listę substancji kontrolowanych – najpierw o 18, a następnie o 10. Te z kolei zostały szybko zastąpione nowymi a sieć sklepów nadal się rozrastała. Badania ankietowe wśród uczniów w wieku 18-19 lat również wskazały na znaczny wzrost używania dopalaczy w kategorii „kiedykolwiek w życiu” z 3,5% w 2008 r. do 11,4% w 2010 r. Liczba zatruć wskutek używania dopalaczy także dynamicznie rosła. W sierpniu 2010 r. odnotowano 70 przypadków, natomiast we wrześniu tego roku już 123.

2 października 2010 r., Główny Inspektor Sanitarny wydał decyzję o zamknięciu wszystkich 1 378 sklepów z dopalaczami na okres 30 dni. Kilka dni później, kilkuset inspektorów sanitarnych oraz ok. 3 000 funkcjonariuszy policji przez jeden weekend dokonało inspekcji niemal 1 000 sklepów i hurtowni, z których 900 natychmiast zamknięto (Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, 2011). W tym samym czasie, nowelizacja prawa wprowadzała

³⁵ Po części spadek można wytłumaczyć czynnikami zewnętrznymi, w tym redukcją iniekcyjnego używania oraz dostępem do tanich strzykawek w aptekach.

nową definicję środka zastępczego ⁽³⁶⁾, a także nakładała na producentów i sprzedawców zakaz wyrobu i sprzedaży tego typu substancji pod karą grzywny od 20 000 EUR do 1 miliona EUR. Wprowadzono również zmiany do przepisów o bezpieczeństwie żywności w Ustawie o Inspekcji Sanitarnej. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, właściwy inspektor sanitarny otrzymał prawo wycofania produktu z obrotu na okres do 18 miesięcy w celu przeprowadzenia oceny jego bezpieczeństwa. Ponadto, podjęto konkretne działania profilaktyczne, szczególnie wobec młodzieży. Powstała infolinia telefoniczna, strona internetowa (www.dopalaczainfo.pl) a także nowe materiały informacyjne (Reitox National Focal Point, 2012).

Zmiany prawne uzyskały szerokie poparcie jednak napotkały również na krytykę, zwłaszcza co do szerokiej definicji środka zastępczego oraz braku odpowiednich procedur oraz kryteriów oceny nowych produktów (Kapka-Skrzypczak i wsp., 2011). Pomimo tych obaw, zmiany zostały wprowadzone w życie a ich realizacja przyczyniła się do szybkiego spadku liczby zatruc z 258 przypadków w październiku 2008 do 60 w kolejnym miesiącu. Nowe substancje psychoaktywne są jednak wciąż reklamowane w Internecie. W 2013 r. w mediach pojawiły się doniesienia o ich dostępności w wypożyczalniach DVD, lombardach a także sklepach spożywczych.

Jak już wspomniano, po nowelizacji w 2000 r. Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii penalizującej posiadanie narkotyków na własny użytek nastąpił gwałtowny wzrost przestępstw przeciwko Ustawie. Ich liczba wzrosła z 19 649 w roku 2000 do 57 382 w 2008 r. przy czym większość czynów dotyczyła posiadania nieznacznych ilości narkotyków (Kuźmicz, 2011). Takie zjawisko wzbudziło krytykę przepisów kryminalizujących i penalizujących posiadanie narkotyków na własny użytek. Zarówno eksperci niezależni jak i rządowi podkreślali negatywne skutki uboczne oraz brak skuteczności takiego podejścia. Zamiast zapobiegać narkomanii powstała nowa kategoria przestępców (tj. użytkownicy narkotyków). Ponadto, policja, zamiast poważnymi, musiała zajmować się drobnymi przestępstwami, co generowało dodatkowe koszty w wysokości 20 mln EUR rocznie (Kuźmicz, Bielecka-Kubień, Wiszejko-Wierzbicka, 2009).

Pod przewodnictwem Ministerstwa Sprawiedliwości, zespół ekspertów przygotował w 2011 r. projekt kolejnej nowelizacji Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii. Projekt wprowadzał Artykuł 62a, który dawał możliwość umorzenia postępowania karnego w przypadku konfiskaty nieznacznej ilości narkotyków na własny użytek ⁽³⁷⁾. W przeciwieństwie do zapisów Ustawy z 1997 r., nowe podejście polega na daniu szansy, co w tym przypadku oznacza, że umorzenie postępowania zależy wyłącznie od decyzji prokuratora bądź sędziego. Według statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości, nowy

³⁶ „Substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, lub produkt, roślina, grzyb albo ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej, lub w takich samych celach jak środek odurzający albo substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych”.

³⁷ Niektóre źródła twierdzą, że umarzanie postępowania karnego przez prokuratora było możliwe przed 2011 r. powołując się na definicję przestępstwa, które w myśl polskiego Kodeksu Karnego takowym nie jest, jeśli popełnienie danego czynu nie wiąże się ze znaczną szkodliwością społeczną. Jednakże, stosowanie tego artykułu pozostaje problematyczne i prokuratorzy niechętnie się na niego powołują w konkretnych sprawach o posiadanie narkotyków.

artykuł został zastosowany przez prokuratorów w 2 305 przypadkach w ciągu pierwszego roku obowiązywania. Stanowi to 12% wszystkich zarejestrowanych w 2012 r. przestępstw dotyczących posiadania narkotyków (18 441). Nowelizacja Ustawy z 2011 r. zapewniała również większą możliwość umarzania postępowań w zamian za podejmowanie przez sprawców leczenia ⁽³⁸⁾, a także umożliwiała udzielenie przerwy w odbywaniu kary pozbawienia wolności celem odbycia leczenia poza więzieniem ⁽³⁹⁾.

Sytuacja narkotykowa w Polsce

Najnowsze badania populacji ogólnej na temat rozpowszechnienia używania narkotyków w Polsce wskazują wartości często przekraczające średnią europejską. Dane te należy jednak traktować ostrożnie, ponieważ wskazują one na znaczny wzrost konsumpcji narkotyków w latach 2006-2010, co może świadczyć o trudnościach w szacowaniu na początku bądź na końcu okresu. Używanie przetworów konopi indyjskich w grupie wiekowej 15-34 w ostatnich 12 miesiącach było w 2010 r. na poziomie 17,1% czyli powyżej średniej europejskiej wynoszącej 11,7%. Poziom używania kokainy w ostatnim roku w tej grupie wiekowej wynosił w 2010 r. 1,3% w porównaniu do średniej europejskiej (1,9%). W przypadku pochodnych amfetaminy wartość uzyskana w Polsce wynosiła 3,9%, czyli była trzykrotnie wyższa od średniej europejskiej (1,3%). W 2011 r. niemal co czwarty uczeń (23%) polskiej szkoły w wieku 15-16 lat używał przetworów konopi co najmniej raz w życiu. Należy również zaznaczyć, że trend ten ma tendencję wzrostową w porównaniu do ostatniego badania z 2007 r. (16%) (ESPAD ref.)

Najnowsze badania szacunkowe (2009) na temat liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce miały środkową wartość na poziomie 79 500, co w odniesieniu do populacji ogólnej w wieku 15-64 lat daje wartość 2,9 na tysiąc mieszkańców. Jest to poniżej średniej europejskiej dotyczącej problemowych użytkowników opioidów wynoszącej 4,2. Najnowszy raport na temat liczby zgonów w Polsce wskutek przedawkowania narkotyków mówi o 261 przypadkach w roku 2010, z których 232 dotyczyło osób w wieku 15-64. W przeliczeniu na milion mieszkańców w tej grupie wiekowej otrzymujemy wartość 8,4 przypadków śmiertelnych przy średniej europejskiej na poziomie 18 przypadków. Należy jednak zaznaczyć, że polskie dane nie odpowiadają w pełni definicji EMCDDA. Liczba nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV wśród użytkowników narkotyków (1,2 na milion mieszkańców w 2011 r.) jest również niższa od średniej europejskiej (3,03), lecz większość nowych zakażeń w Polsce nie ma sprecyzowanej drogi zakażenia, stąd podana wartość może być niedoszacowana.

³⁸ Zgodnie z Artykułem 66 Kodeksu Karnego umorzenie postępowania jest możliwe jedynie w przypadku sprawców niekaranych za przestępstwo umyślne. Taki zapis wykluczał większość problemowych użytkowników narkotyków. Ograniczenie to zostało zniesione przepisem znoszącym to kryterium, w szczególności w odniesieniu do sprawców używających narkotyków.

³⁹ Warunki, jakie należy spełnić, by móc skorzystać z przerwy w odbywaniu kary więzienia reguluje Ustawa: sprawca musi mieć zagwarantowane miejsce leczenia lub rehabilitacji w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej i skazanemu do końca kary pozbawienia wolności pozostało nie więcej niż 2 lata.

Co roku polskie organy ścigania konfiskują znaczne ilości przetworów konopi indyjskich. W 2011 r. było to 59 kg haszyszu, 1 265 kg marihuany oraz 53 000 roślin⁽⁴⁰⁾. Konfiskaty kokainy (78 kg) i heroiny (51 kg) utrzymują się na względnie niskim poziomie w porównaniu do amfetaminy (395 kg), narkotyku, który jest wytwarzany w Polsce. W celu uzyskania dodatkowych informacji patrz: Biuletyn Statystyczny EMCDDA.

Główne akty prawne regulujące kwestie narkotykowe w Polsce

Głównym aktem prawnym jest ustawa z 29 lipca 2006 r. o Przeciwdziałaniu Narkomanii wraz z późniejszymi zmianami. Ustawa nie penalizuje konsumpcji narkotyków, jednak posiadanie jakiegokolwiek ilości narkotyków stanowi czyn karalny. Przepisy przeciw Ustawie mają różną wagę w zależności od ilości narkotyków. Podstawowa kategoria przestępstwa za posiadanie narkotyków zagrożona jest karą do 3 lat więzienia, natomiast w przypadku znacznych ilości kara może wynosić od roku do 10 lat pozbawienia wolności. Przepisy mniejszej wagi zagrożone są karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku. Od roku 2011, posiadanie narkotyków na własny użytek nie musi być karane, jednak jest to uzależnione od decyzji prokuratora i sędziego.

Z zasady, uczestnictwo w programach leczniczych, rehabilitacyjnych i reintegracyjnych jest dobrowolne. Ustawa mówi o leczeniu przymusowym jedynie w szczególnych przypadkach osób niepełnoletnich i uzależnionych, skazanych bez zawieszenia kary. Tego typu osoby mogą być kierowane przez sąd na leczenie przed rozpoczęciem odbywania kary. Ustawa pozwala również na przerwy w odbywaniu kary w celu podjęcia leczenia.

Ustawa rozróżnia kilka typów przestępstw związanych z podażą narkotyków, w zależności od ww. czynników jak również zamiaru osiągnięcia korzyści osobistej lub majątkowej, a także tego czy narkotyk udzielany był osobie małoletniej. Przywóz, wywóz oraz przewóz narkotyków zagrożone są karą do 5 lat pozbawienia wolności (do roku za przestępstwa mniejszej wagi, co najmniej 3 lat w przypadku znacznej ilości narkotyków). Wprowadzanie narkotyków do obrotu (tj. uczestniczenie w procesie produkcji na każdym poziomie, z wyjątkiem dostarczania do finalnego odbiorcy) zagrożone jest karą od 6 miesięcy do 8 lat więzienia (do roku w przypadku przestępstwa mniejszej wagi oraz od 2 do 12 lat w przypadku znacznej ilości narkotyków). Sprzedaż uliczna, zdefiniowana w Ustawie jako udzielanie narkotyków w celu osiągnięcia korzyści osobistej lub majątkowej, zagrożona jest karą od roku do 10 lat pozbawienia wolności (do 2 lat w przypadku przestępstw mniejszej wagi oraz co najmniej 3 lat w przypadku udzielania narkotyków osobie małoletniej). Wprowadzono również zapis o udzielaniu narkotyków bez odniesienia o zamiarze osiągnięcia korzyści, za co grozi kara do 3 lat pozbawienia wolności (do 5 lat za udzielanie narkotyków osobie małoletniej lub innej w znacznych ilościach).

Substancje kontrolowane wyszczególniono w dwóch załącznikach do Ustawy. Pierwszy załącznik zawiera wykaz środków odurzających, natomiast drugi – substancji psychotropowych. Oba wykazy podzielono na cztery podgrupy zgodnie z międzynarodową klasyfikacją

⁴⁰ W ostatnich latach wzrasta liczba konfiskowanych upraw konopi indyjskich. W 2011 r. skonfiskowano uprawy o łącznej powierzchni 10 593 m² (REITOX National Focal Point Report, 2012).

substancji kontrolowanych. Po roku 2004, tj. wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej, usunięto wykaz prekursorów i wprowadzono w Ustawie bezpośrednie odniesienie do Rozporządzenia (WE) Nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w przedmiotowym zakresie.

Polityka alkoholowa i tytoniowa

Polityki narkotykowa, alkoholowa i tytoniowa rozwijały się w Polsce odrębnie, przy czym na poziomie lokalnym istnieje związek między podejściem do alkoholu i narkotyków. Zgodnie z Ustawą o Przeciwdziałaniu Narkomanii, gminy mają prawo do korzystania z wpływów z zezwoleń na sprzedaż alkoholu celem realizacji działań profilaktycznych w zakresie alkoholizmu i narkomanii. Ponadto, ostatnio pojawił się trend dotyczący leczenia uzależnienia od konopi indyjskich w ośrodkach i poradniach zajmujących się leczeniem alkoholizmu. Uzależnienia behawioralne, w tym od hazardu, Internetu i zakupów stały się w roku 2010 przedmiotem działalności Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które w tej sferze stało się dysponentem specjalnego funduszu.

Ustawa z 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi główne narzędzie legislacyjne regulujące podaż alkoholu. Minimalny wiek, w którym można dokonywać zakupu napojów alkoholowych (piwo/wino/alkohol wysokoprocentowy) to 18 lat. Nie istnieją ograniczenia co do godzin i dni sprzedaży alkoholu, jednak jego konsumpcja w miejscach publicznych, które określa Ustawa (np. ulice, place, parki, transport publiczny), jest niedozwolona. Roczne spożycie czystego alkoholu w Polsce w przeliczeniu na jednego dorosłego mieszkańca (15+) wynosi 9,6 litra, co plasuje Polskę na dziesiątym miejscu wśród 28 krajów członkowskich UE. Najczęściej spożywanymi napojami alkoholowymi są piwo i alkohole wysokoprocentowe (WHO, 2011). W 1983 r. powołano do życia Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Instytucja ta odpowiada za koordynację polityki alkoholowej na poziomie centralnym, wojewódzkim i gminnym. Główne zadania w tym obszarze są zdefiniowane w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

Polityka w obszarze wyrobów tytoniowych została zdefiniowana w Ustawie z 1995 r. o Ochronie Zdrowia Przed Następstwami Używania Tytoniu i Wyrobów Tytoniowych. Główne zadania dotyczące profilaktyki zdefiniowano w Programie Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu na lata 2010-2013. Za realizację i koordynację Programu odpowiada Główny Inspektor Sanitarny, który działa w imieniu Ministra Zdrowia. Minimalny wiek nabywania wyrobów tytoniowych to 18 lat. O ile Polska była jednym z pierwszych krajów na świecie, które wprowadziły zakaz reklamy wyrobów tytoniowych (Zatoński, Mańczuk, Sulkowska, 2011), to na skali oceny działań kontrolnych związanych z tytoniem (ang. tobacco control scale) znalazła się w 2010 r. na 19 miejscu wśród 31 krajów europejskich. Skala badała politykę cenową dotyczącą wyrobów tytoniowych, zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych, kampanie informacyjne, zakaz reklamowania, ostrzeżenia zdrowotne na opakowaniach oraz świadczenie usług leczniczych dla uzależnionych palaczy (Joossens i Raw, 2011).

Opioidowe leczenie substytucyjne w Polsce

Polska była pierwszym krajem w Europie Środkowo-Wschodniej, który wprowadził opioidowe leczenie substytucyjne w 1992 r. Jednakże, podobnie jak w kilku innych krajach regionu, oferta ta rozwijała się powoli. W 2011 r. skorzystało z niej 2 200 pacjentów. Obecnie na przeszkodzie do rozwoju leczenia substytucyjnego stoją: ograniczona dostępność i nieefektywne zarządzanie funduszami publicznymi, wyłączenie lekarzy rodzinnych jako świadczeniodawców leczenia, skomplikowane przepisy i procedury oraz ekspansja modelu abstynencyjnego w Polsce (Sieniawska, Charmast, 2011), a także wpływ Kościoła katolickiego (Moskalewicz i Welbel, 2001).

Początkowe sprzeciwy wobec tworzenia lecznictwa opioidowego wiązały się z przekonaniem, że leczenie uzależnienia od narkotyków wymaga abstynencji i przebywania w zamkniętym ośrodku. Specjaliści od ochrony zdrowia również byli przeciwni twierdząc, że w ten sposób jedno uzależnienie zastępuje się drugim, zwłaszcza w przypadku gdy nie istniały w tej kwestii jasne ramy prawne (Beniowski, 2008). Prawne usankcjonowanie leczenia substytucyjnego w 1997 r. spowodowało jego stopniowy rozwój na poziomie co najmniej jednego nowego programu prowadzonego rocznie w kolejnym mieście (1998 – Zgorzelec, Szczecin, 1999 – Lublin, 2000 – Kraków, 2001 – Poznań). Znaczące przyspieszenie nastąpiło w latach 1995-2000 (Malczewski, 2007). Jednakże niedofinansowanie polskiej służby zdrowia (leczenie substytucyjne możliwe było jedynie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej) spowolniło ten proces. Taka sytuacja przyczyniła się w 2005 r. do zmiany prawa, która pozwoliła nowym podmiotom na prowadzenie programów leczenia substytucyjnego. Wskutek skomplikowanych procedur i rozwiązań finansowych zmiana ta nie spowodowała spodziewanego wzrostu dostępności tego typu programów (Moskalewicz i Welbel, 2013).

W Polsce funkcjonują jedynie wysokoprogowe programy leczenia substytucyjnego ⁽⁴¹⁾. Większość pacjentów przyjmuje metadon, chociaż obecnie dostępny jest też Suboxone (kombinacja buprenorfiny i naloxone'u). W roku 2010, częściowo obniżono progi dla programów substytucyjnych, co spotkało się ze sprzeciwem ze strony niektórych najstarszych organizacji pozarządowych, które tworzyły w Polsce ofertę leczenia opartego na abstynencji i wciąż odgrywają istotną rolę w kreowaniu polityki narkotykowej (patrz ramka: Wkład organizacji pozarządowych w politykę narkotykową). Sprzeciw ten, mimo utraty na sile na przestrzeni lat, pozostaje wciąż jednym z czynników utrudniających reformę polskiego systemu leczenia (Świątkiewicz, Moskalewicz, Sierosławski, 1998).

⁴¹ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2013 r., udział w programie leczenia substytucyjnego możliwy jest jeśli pacjent: (1) uzależniony od opioidów, (2) skończył 18 lat, (3) wyraził zgodę na podjęcie leczenia w ramach programu i przestrzeganie jego wymagań. Decyzję o wyłączeniu pacjenta z programu podejmuje kierownik programu, w szczególności gdy trzykrotne kolejne badania moczu potwierdzają stosowanie innych niż dotąd w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych, pacjent odmawia poddania się badaniom moczu, pacjent przekazuje środek substytucyjny innym osobom. Na ogół, środki substytucyjne przyjmowane są w dziennych dawkach w obecności personelu medycznego. W szczególnych przypadkach środek substytucyjny może być wydany na okres nie dłuższy niż 7 dni w celu przyjmowania poza ośrodkiem leczniczym bez obecności personelu medycznego pod warunkiem, że pacjent uczestniczy w programie co najmniej 6 miesięcy.

Wnioski

Niniejszy zarys przedstawia politykę narkotykową jednego z byłych krajów komunistycznych, które wstąpiły do Unii Europejskiej w roku 2004 i 2007. O ile Polska jest największym z tych krajów, nie należy jej sytuacji uogólniać na pozostałe kraje. Zarys polskiej polityki narkotykowej pozwala jednak uzyskać podstawowy wgląd w specyfikę podejścia do narkotyków i narkomanii w Europie Środkowo-Wschodniej zarówno przed jak i po roku 1989.

Jednym z pierwszych wniosków płynących z niniejszej publikacji jest, z całą pewnością, ilość podobieństw między używaniem narkotyków i polityką narkotykową w Polsce i w krajach po drugiej stronie żelaznej kurtyny m. in. wzrost rozpowszechnienia używania narkotyków wśród młodych ludzi w latach 1960. na tle protestów młodzieżowych i zjawisk kontrkulturowych; ekspansja używania opiatów w drugiej połowie lat 1970.; rozwój w późnych latach 1970. społeczności terapeutycznych jako alternatywy dla leczenia psychiatrycznego; zdefiniowanie polityki narkotykowej w oparciu o publiczną służbę zdrowia w latach 1980.; stworzenie programów wymiany igieł i strzykawek w późnych latach 1980. Można więc stwierdzić, że Europa nie była tak zróżnicowana, a żelazna kurtyna nie okazała się na tyle skuteczna jak spodziewaliby się tego jej konstruktorzy.

Jednakże, przy analizie szczegółów, natychmiast wyłaniają się różnice. Polscy hipisi najczęściej używali podrabianych leków; opiaty używane w Polsce to nie heroina z Azji, lecz domowej produkcji substancja wytwarzana przez samych użytkowników; rozwój społeczności terapeutycznych należy zawdzięczać rozwojowi organizacji pozarządowych, zjawisku dość nieoczekiwanemu jak na kraj komunistyczny; polityka narkotykowa zorientowana na zdrowie publiczne mogła się rozwijać m.in. dzięki brakowi rynków narkotykowych zdominowanych przez grupy przestępcze; wymiana igieł i strzykawek była głównie zabiegiem technicznym. Wschód i Zachód, zgodnie z nomenklaturą stosowaną do 1989 r., miały ze sobą więcej wspólnego niż się wydawało. Jednak problemy związane z narkotykami i działania zaradcze miały też inny charakter wskutek znaczących różnic w ustrojach gospodarczych i politycznych.

Wracając do sytuacji w Polsce, niniejszy raport jasno pokazuje, że świadomość rozwoju wydarzeń przed 1989 r. ma fundamentalne znaczenie w zrozumieniu aktualnej polityki narkotykowej. Używanie kompotu od 1976 r. jest wciąż elementem składowym narkomanii w Polsce. Organizacje pozarządowe powstałe w latach 1980. nadal odgrywają wiodącą rolę w tworzeniu polityki narkotykowej, a stosowany przez nie model społeczności terapeutycznej opartej na całkowitej abstynencji, to wciąż podstawowe podejście do leczenia uzależnień od narkotyków (Reitox National Focal Point, 2012). Są one również ważnym dysponentem środków publicznych (Sobiech, 2008). Ponadto, sformułowane w Ustawie z 1985 r. podejście do narkotyków i narkomanii zorientowane na zdrowie publiczne, stało się, z wyjątkiem kryminalizacji posiadania narkotyków na własny użytek, fundamentem, na którym rozwijana była polska polityka narkotykowa w kolejnych latach (Krajewski, 2004).

Zmiany ustrojowe po roku 1989 przyniosły szereg nowych wyzwań, ale i szans na rozwój polityki narkotykowej. Zmianie legł rynek narkotyków. Pojawiło się więcej substancji oraz graczy (ekspansja sklepów z dopalaczami). Rozpoczęła się również produkcja i wywóz narkotyków do innych krajów. W celu zahamowania tendencji wzrostowych w używaniu i podaży narkotyków zaczęto wdrażać nowe uregulowania prawne polegające na stopniowym zwracaniu się w stronę rozwiązań represyjnych, co nie zawsze przynosiło spodziewane rezultaty. Powstanie nowego systemu publicznej służby zdrowia a także nowych służb ścigania, współpraca międzynarodowa oraz wstąpienie do UE stały się szansą na profesjonalizację i rozszerzenia działań zaradczych wobec narkotyków i narkomanii. Można stwierdzić, że polska polityka narkotykowa jest obecnie połączeniem starego i nowego i nadal zmierza w kierunku znalezienia odpowiedniej równowagi (Krajewski, 2004).

Jednym ze wskaźników rozwoju, choć czasami powolnego, polskiej polityki narkotykowej jest z całą pewnością stworzenie oferty opioidowego leczenia substytucyjnego. Polska była pierwszym krajem w regionie, który wprowadził substytucję metadonową w 1992 r. Prawie 20 lat później, liczba pacjentów programów substytucyjnych (2 200) była wciąż niższa od liczby łóżek oferowanych przez społeczności terapeutyczne (2 500), które uznawane są za model droższy i dużo rzadziej weryfikowany pod kątem skuteczności niż substytucja lekowa. Istnieje wiele powiązanych ze sobą powodów powolnego rozwoju tej formy leczenia nawet w bardzo zasadniczych obszarach na szczęblu rządowym. Wysokie wymagania stawiane zarówno świadczeniodawcom jak i pacjentom, a także nie zawsze skuteczne rozwiązania w zakresie finansowania należą do najczęściej występujących. Mogą być one jednocześnie wyrazem siły niektórych przeciwników leczenia substytucyjnego, głównie organizacji pozarządowych działających w sferze terapii abstynencyjnej, Kościoła katolickiego i konserwatywnych polityków bądź też słabości jego zwolenników (Moskalewicz i Welbel, 2013). Należy również pamiętać, że epidemia HIV/AIDS w Polsce jest traktowana jako problem sanitarno-techniczny, a działania takie jak programy wymiany igieł i strzykawek były wprowadzane przez organizacje pozarządowe wierne modelowi leczenia opartego na abstynencji. Przebieg wydarzeń w tym obszarze miał odmienny charakter w innych krajach europejskich, gdzie epidemia HIV/AIDS doprowadziła do głębokiego przeformułowania polityki narkotykowej. W ten sposób można wytłumaczyć ograniczony rozwój innych działań z zakresu redukcji szkód.

Do wczesnych lat 2000. Polska mogła być postrzegana w pewien sposób jako wschodzący rynek narkotykowy (Krajewski, 2013), który wymaga działań sprawdzonych w innych krajach. W ostatnich latach, Polska stała się jednak krajem poważnie dotkniętym zjawiskiem nowych substancji psychoaktywnych, zwanych dopalaczami. Doszło do niekontrolowanego rozprzestrzenienia się sklepów z dopalaczami, używania tych substancji oraz związanych z tym problemów zdrowotnych. W konsekwencji, przeanalizowano mocne i słabe strony niektórych rozwiązań prawnych. Polska stała się również promotorem własnego podejścia do przedmiotowego problemu na forum Unii Europejskiej. Zjawisko nowych substancji psychoaktywnych z całą pewnością nie zostało rozwiązane, a w najbliższych latach spodziewane są nowe wyzwania. Według najnowszych informacji, Polska może być dalej areną nowych trendów oraz strategicznych działań zaradczych w tym obszarze.

Na koniec, należy podkreślić, że Polska szeroko rozwija instrumentarium w zakresie monitoringu narkotyków i narkomanii, a także dysponuje zaawansowanym systemem kontroli i ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Rokrocznie Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii opracowuje raport z realizacji Programu, który następnie jest przyjmowany przez rząd i parlament. Narzędzia dotyczące monitoringu i ewaluacji są niezbędne do dalszego rozwoju polskiej polityki narkotykowej zarówno na szczeblu krajowym, jak i lokalnym.

Literatura

Abucewicz, M. (2006), *Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej, praca doktorska w czterech częściach, Alkoholizm i narkomania* Tom 18: nr 3, 79-107; Tom 19: nr 1, 71-85; Tom 19: nr 2, 183-202; Tom 19: nr 3, 285-304, Instytut of Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Batiste, CG., Yablonsy, L. Synanon: *A Therapeutic Life Style*, The Western Journal of Medicine, 114, May 1971, pp.90-94.

Bukowska, B. (2008), *Refleksje na temat systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków*, Serwis Informacyjny Narkomania, Wydanie Specjalne 2008, nr 5 (44), Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Bukowska, B. (2013), *Leczenie osób uzależnionych od narkotyków w Polsce*, w: Peter M. Miller (ed.) *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Godwod-Sikorska, C., Bielewicz, A. i Moskalewicz, J. (1981), *Uzależnienia lekowe w Polsce. Rozpowszechnienie i działania zapobiegawcze*. (fragmenty raportu, kwiecień 1981), w: Siemiński, M. *Po tej stronie granicy. Zapis stanu świadomości o polskich narkomanach i narkomanii w pierwszej połowie roku 1981*. Wydawnictwa Radia i Telewizji, Warsaw.

Centrum Informacji o narkotykach i Narkomanii (2011), *Dopalacze – charakterystyka zjawiska oraz odpowiedź instytucjonalna*. Dostęp pod adresem: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=104937>. Stan na 17 lipca 2013 r.

Joossens, L. and Raw, M. (2011), *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Dostęp po adresem: http://www.ensp.org/sites/default/files/TCS_2010_in_Europe_FINAL.pdf

Kapka-Skrzypczak, L., Kulpa, P., Sawicki, K., Cyranka, M., Wojtyła, A., and M.Kruszewski (2011), *Legal highs – legal aspects and legislative solutions*, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, vol 18, No 2, pp. 304-309.

Karakiewicz, Zubczewska-Slosarek, Kozielec, Rotter, (2004), *Methadone substitution treatment programmes in Poland*, *International Journal of Drug Policy* 15 (2004), pp. 217-218.

Koczurowska, J. (2008), *Monarowski model przeciwdziałania narkomanii*, Serwis Informacyjny Narkomania, Wydanie Specjalne 2008, nr 5 (44), Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Krajewski, K. (1997), *Recent developments in drug policies in Poland*, in: L. Büllinger (ed.), *Cannabis Science. From prohibition to human right*, Peter Lang, Frankfurt.

Krajewski, K. (2001), *Drug trafficking in Poland*, in: Van Duyne, P.C., Ruggiero V., Scheinost M and Valkenburg, W. (eds.) *Cross-border crime in a changing Europe*, pp. 75-89, Nova Science Publishers, New York.

Krajewski, K. (2004), *Polish drug policies: between "hard" and "soft" prohibition*, *Journal of Drug Issues*, vol. 34, pp. 587-621.

Krajewski, K. (2007), *Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii: ustawodawstwo polskie na tle modeli regulacji dotyczących narkotyków*, *Alkoholizm i narkomania* Tom 20: nr 4, 425-437. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Krajewski, K. (2008), *Przestępstwo posiadania narkotyków oraz środki stosowane wobec jego sprawców w świetle badań aktowych*, *Alkoholizm i narkomania* Tom 21: nr 3, 221-234. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Krajewski, K. (2013), *The Tale of Two Drug Policy Approaches. Polish and Portuguese Drug Policies During 2000s and Their Effects*, in: (Kuhn at al, eds.) *Criminology, Criminal Policy and Criminal Law in an International Perspective: Essays in Honor of Martin Killias*. Stampfli Verlag, Zurich.

Kuźmicz, E., Bielecka-Kubień, Z., Wiszejko-Wierzbicka, D. (2009), *Karanie za posiadanie*. Artykuł 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

Kuźmicz, E. (2011), *Polityka narkotykowa w Polsce – czas na reformę*, Instytut Spraw Publicznych, Raport nr 115, Dostęp po adresem: <http://www.isp.org.pl/uploads/analyses/125343621.pdf>. Stan na 26 czerwca 2013 r.

Lagerspetz, M. and Moskalewicz (2002), *J. Drugs in the Postsocialist Transitions of Estonia, Latvia, Lithuania and Poland*, *European Addiction Research* 8, pp 177-183.

Malczewski A., Kidawa, M (2009), *Używanie substancji psychoaktywnych w populacji generalnej – wyniki badania z 2009 r.*, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dostęp pod adresem: www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=258735. Stan na 17 lipca 2013 r.

Malczewski, A. (2013), *Odbiorcy programów igieł i strzykawek w 2012 r. – wyniki badań*, *Serwis Informacyjny Narkomania*, Nr 2 (62)/2013, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Marcinkowski, J.T. i Jabłoński, P. (2008), *Zarys historii terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*, *Serwis Informacyjny Narkomania*, Wydanie Specjalne 2008, nr 5 (44), 18-25, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

MONAR (2012), *Roczne sprawozdanie finansowe i merytoryczne z działalności, zatwierdzone przez Zarząd Główny*. Dostęp pod adresem: <http://www.monar.org/czytelnia/raporty-i-sprawozdania>. Stan na 8 sierpnia 2013 r.

Moskalewicz, J. and Swiatkiewicz, G. (1999), *Construction of a National Drug Policy In Poland*, in: Derks, J., Kalmthout, A. and Albrecht, H.J. (eds.) *Current and Future Drug Policy Studies in Europe. Problems, Prospects and Research Methods*, pp. 167-180, Max-Planck-Institute for Foreign and International Penal Law, Freiburg.

Moskalewicz and Welbel (2013), *Walking Through Mud; History of the Polish Methadone Maintenance Treatment From Its Stakeholders' Perspective, Substance Use and Misuse*, No 48, pp. 977-996.

Muszyński, M., Sypniewski, P. i Rak, K. (2007), *Sprawozdanie w przedmiocie strat i szkód wojennych Polski w latach 1939-1945*, Fundacja Polsko-Niemieckie Pojednanie, Warszawa.

OECD (2012), *Health Data 2012*, WHO Global Information System on Alcohol and Health. Dostęp pod adresem: <http://www.oecd-ilibrary.org>. Stan na: 20 sierpnia 2013 r.

Osiecka, J. (1995), *Profilaktyka narkomanii*, Biuro Studiów i Ekspertyz, nr 343, Kancelaria Sejmu, Warszawa.

Reitox National Focal Point (2002), *National Report (2001 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. National Bureau for Drug Prevention, Warsaw.

Reitox National Focal Point (2012), *National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues, National Bureau for Drug Prevention, Warsaw.

Sobiech, R. (2008), *Ciągłość i zmiana. Polski system redukcji popytu na narkotyki*. Serwis Informacyjny Narkomania, Wydanie Specjalne 2008, nr 5 (44), 30-35, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Sierosławski, J. (2002), *Narkomania w Polsce w 2000 r.* Dane leczenia stacjonarnego, W: Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1 (17), 28-45, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Sieroslawski, J., Ostrihansky, R. and others (1998), *National Report Poland*, Phare Project on Drug Information Systems, Final Phase, eesv MSDP, Amsterdam.

Swiatkiewicz, G., Moskalewicz, J. and Sieroslawski, J. 1998, *Therapeutic communities as a major response to drug abuse in Poland*, in H. Klingemann and G. Hunt (eds), *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents*, Sage Publications, Thousand Oaks, London and New Delhi, pp. 124-132.

Szata, W. (1996), *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 1996 r.*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

World Health Organization (2011) *Global status report on alcohol and health*. Dostęp pod adresem: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf. Stan na 26 czerwca 2013 r.

Zandberg, A. (2010), *Short Article Villages ... Reek of Ether Vapours: Ether Drinking in Silesia before 1939*. Dostęp pod adresem: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2890321>. Stan na 7 czerwca 2013 r.

Zatoński, W., Mańczuk, M., Sulkowska, U., *Wyrównywanie różnic zdrowotnych w Unii Europejskiej. Czynniki ryzyka: palenie tytoniu*. HEM Project. Dostęp pod adresem: <http://www.hem.waw.pl/wz/img/Wyrownywanie%20-%20palenie.pdf>. Stan na 17 lipca 2013 r.

Egzemplarz bezpłatny