

## KRAJOWE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA PROBLEMOM ZWIĄZANYM Z NARKOTYKAMI (SZWECJA, DANIA, HISPANIA I WĘGRY)

**Grażyna Świątkiewicz**

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Narkomaniami  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**COUNTRY PROGRAMS COUNTERACTING PROBLEMS CAUSED BY DRUGS (SWEDEN,  
DENMARK, SPAIN AND HUNGARY)**

### **SZWECJA**

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

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

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

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

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

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

## **1. Ograniczenie rekrutacji – prewencja**

Istotnym celem działań zapobiegawczych jest podtrzymanie powszechnych w społeczeństwie negatywnych postaw wobec substancji psychoaktywnych. Działania kształtujące postawy oparte są na założeniu, że największy wpływ na jednostkę ma jej najbliższe otoczenie; rodzice, nauczyciele, przyjaciele. Zgodnie z tym założeniem większość działań profilaktycznych jest podejmowanych na poziomie lokalnym. Instytucje centralne mają za zadanie wspierać inicjatywy lokalne poprzez dostarczanie im wiedzy, inspiracji i pomocy, także finansowej.

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Specjalistyczne oddziały detoksykacyjne i rehabilitacyjne w szpitalach psychiatrycznych.

b. Lecznictwo stacjonarne dla osób z widocznymi zaburzeniami psychicznymi związanymi z uzależnieniem.

c. Oddzielne specjalistyczne instytucje do opieki nad osobami z HIV i AIDS.

d. Około 70 prywatnych oddziałów i fundacji leczenia odwykowego.

e. Młodzieżowe grupy wsparcia dla młodych ludzi z problemami i ich rodzin.

f. Lokalne, finansowane przez opiekę społeczną poradnie dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji, oferujące: poradnictwo motywacyjne, pomoc w wychodzeniu z kryzysu oraz koordynację różnych faz rehabilitacji i leczenia.

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

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

### 3. Ograniczenie podaży substancji – kontrola

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

Wymierzone kary podzielone są na trzy kategorie:

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

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

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

## DANIA

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

### 1. Ogólne cele polityki wobec narkomanii

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

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

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

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

panie zarówno ogólnokrajowe jak i kierowane do konkretnych wąsko zdefiniowanych odbiorców.

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

## 2. Struktura koordynacji działań

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

Kompetencje i obowiązki polityki na poziomie krajowym:

- Formułowanie polityki,
- Przygotowywanie zasad działalności i regulacji prawnych,
- Kontrolowanie podaży poprzez finansowanie policji, więzień i służb celnych,
- Monitorowanie trendów epidemiologicznych, ewaluacja działań i upowszechnianie danych,
- Promowanie badań,
- Pomoc i konsultacja dla instytucji regionalnych,
- Współpraca międzynarodowa,

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

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

## Władze regionalne

Na poziomie regionalnym opracowywane są konkretne plany działań natury zapobiegawczej i dystrybuowane do poszczególnych instytucji. Władze regionalne odpowiedzialne są za opiekę społeczną na ich terenie. Leczenie narkomanów odbywa się w ścisłej współpracy z władzami regionalnymi.

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

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

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

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

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

### 3. Regulacje prawne

Podstawowe regulacje dotyczące narkotyków zawarte są w *Euphorants Act*.

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

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

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

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

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

### 4. Kontrola podaży

Każda z 54 istniejących w Danii rejonowych komend policji ma albo specjalny wydział albo co najmniej oficera ds. narkomanii. W każdej rejonowej komendzie jest ktoś pełniący funkcje oficera łącznikowego, który poza lokalnymi zadaniami ma obowiązek współpracy z innymi regionami, a w szczególności z działaniami prowa-

dzonymi przez policję na poziomie krajowym. Dla poprawy koordynacji działań policji i poprawy jej współpracy z innymi instytucjami powołano Krajowe Centrum Pomocy Śledczej. Centrum zbiera, rejestruje, analizuje i upowszechnia wszelkie dane dotyczące przestępstw związanych z narkotykami zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Rejestry krajowe powstają na podstawie raportów dostarczanych przez komendy regionalne. Zadaniem Centrum jest także współpraca z innymi instytucjami działającymi na polu narkomanii. W regularnie publikowanym przez Centrum rejestrze znajdują się dane na temat: liczby uzależnionych, liczby konfiskat narkotyków oraz zgonów związanych z nadużywaniem narkotyków.

## 5. Lecznictwo

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

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

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

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

## HISZPANIA

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

Narodowa strategia wobec narkotyków jest według autorów dokumentu ciągłym procesem w którym uczestniczą twórcy regionalnych programów zapobiegawczych, organy centralnej administracji państwowej a także organizacje pozarządowe. Aktu-

alnie obowiązująca strategia została zatwierdzona przez Radę Ministrów, a następnie w grudniu 1999 roku uzyskała status Dekretu Królewskiego. Świadczy to o wysokiej randze problemu narkomanii w hiszpańskiej polityce społecznej.

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

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

## **Cele i zadania narodowej strategii wobec substancji psychoaktywnych**

Podstawowe cele zostały sformułowane w 10 punktach:

1. Podtrzymanie i poszerzenie konstruktywnej politycznej debaty na temat narkomanii, która umożliwi współpracę w tej dziedzinie między odmiennymi opcjami politycznymi. Wspólnym celem jest ograniczenie zasięgu używania oraz poprawa sytuacji osób z problemami związanymi z nadużywaniem substancji.

2. Zachęcanie do działań zwiększających społeczną wrażliwość i promowanie udziału w działaniach prywatnych instytucji, grup, stowarzyszeń i prywatnych osób zdających sobie sprawę, że działania zapobiegawcze to sprawa wszystkich.

3. Traktowanie prewencji jako priorytetowej, ogólnej strategii ograniczania problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi z wyraźnym uwzględnieniem rekreacyjnego wzoru spożywania alkoholu i papierosów. Szczególnie istotne są działania skierowane do dzieci i młodzieży zwiększające jej umiejętności życiowe (krytycyzm, poczucie własnej wartości, etc.).

4. Narodowy Program dotyczy wszystkich substancji psychoaktywnych, jednak specjalny nacisk kładzie się na alkohol i papierosy.

5. Dostosowanie systemu pomocy istniejącego w autonomicznych społecznościach do nowych potrzeb, które zostały w ostatnich latach zaobserwowane. Rekomenduje się otwarcie na wszelkie metody terapii i rehabilitacji, których użyteczność została potwierdzona. Współpraca służby zdrowia i pomocy społecznej powinny w codziennej praktyce tworzyć wspólny system działania zaspakajający odmienne potrzeby poszczególnych przypadków.

6. Zachęcanie do tworzenia dla osób z problemami związanymi z nadużywaniem substancji programów, które stwarzają możliwość włączenia się do normalnego ży-

cia społecznego. Jakkolwiek pełna abstynencja, jako cel terapii stanowi tylko jeden z możliwych celów, powinno się do niej zachęcać.

7. Wzmocnienie kontroli nad podażą substancji psychoaktywnych poprzez promowanie zintegrowanych działań różnych instytucji. Postuluje się poprawę ich współpracy.

8. Kontynuowanie stałego procesu uwspółcześniania i adaptacji sieci przepisów i rozwiązań do sytuacji faktycznie istniejącej na poszczególnych obszarach działań.

9. Rozszerzanie współpracy międzynarodowej. Chodzi o uczestniczenie w kompetentnych międzynarodowych organizacjach jak i o bilateralne i multilateralne porozumienia z poszczególnymi krajami i strefami geograficznymi.

10. Wspieranie szeregu komplementarnych obszarów, które mają istotny wpływ na osiągnięcie generalnego celu jakim jest „ograniczenie popytu i bardziej efektywna kontrola podaży”. Szczególnie warto podkreślić konieczność treningów dla ludzi zaangażowanych w różnego rodzaju akcje i działania, ewaluacji realizowanych programów oraz stałe opieranie się na wynikach badań dostarczających wiedzy na temat zjawiska nadużywania substancji a także instrumentów ograniczania tego zjawiska.

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

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

1. Dostarczenie ludności informacji na temat ryzyka związanego z konsumpcją tytoniu, alkoholu i innych substancji, które mogą powodować uzależnienie lub których używanie wiąże się z ryzykiem dla konsumentów.

1.1 W 2003 wszystkie regionalne programy ograniczania używania substancji psychoaktywnych będą zawierały elementy dotyczące tytoniu i alkoholu dostosowane do współczesnych wzorów ich używania. Działania informacyjne muszą być wspomagane innymi działaniami zapobiegawczymi.

1.2 W 2003 roku społeczna percepcja ryzyka zdrowotnego związanego z używaniem substancji psychoaktywnych powinna zwiększyć się o 10%.

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

Plany operacyjne dla pozostałych obszarów składających się na narodową strategię wobec substancji psychoaktywnych są sformułowane wedle tej samej zasady. Ich szczegółowe omówienie nie mieści się w ramach tego opracowania. Przytaczam je-

dynie wybrane z różnych obszarów cele, które wydają się ciekawymi i nieznanymi w naszym kraju pomysłami.

W obszarze profilaktyki:

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

W obszarze ograniczania szkód:

„Do 2003 wszyscy narkomani mający kontakt z systemami pomocy otrzymają szczepienia przeciw tężcowi i żółtacze typu C. Do 2003 roku liczba związanych z alkoholem wypadków samochodowych zmniejszy się o co najmniej 15%”.

W obszarze integrowania narkomanów ze społeczeństwem:

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

## WĘGRY

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

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

Szczegółowy opis celów i zadań węgierskiej strategii jest poprzedzony bardzo krytyczną analizą działań dotychczasowych. Na Węgrzech myślenie o potrzebie wypracowania jakiejś polityki wobec narkomanii rozpoczęło się pod koniec lat 80. Wtedy to zaczęła docierać tam informacja o rekomendacjach organizacji międzynarodowych. W końcu lat 80. zainicjowano pierwsze prace nad zwerbalizowaniem spójnej polityki. Jednak, jak piszą autorzy raportu, mnogość pomysłów i idei, jakie zrodziły się od tamtego czasu nigdy nie złożyła się w jeden efektywny system.

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

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

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

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

## 1. Cel ogólny narodowej strategii walki z narkotykami:

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

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

Tak sformułowany cel ogólny zawiera cztery podstawowe cele strategiczne:

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

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

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

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

- Szerokie grupy obywateli i ich lokalnych społeczności, wolontariuszy, instytucje państwowe i lokalne,
  - Współpracę ekspertów i licznych instytucji,
  - Szeroki społeczny konsens,
  - Komitet ds. Koordynacji Działań w Zakresie Narkomanii. Ciałem to powinno nadać kwestii narkomanii wymiar polityczny, koordynować pracę poszczególnych departamentów, pilnować i upewniać się, czy Węgry wypełniają wszystkie zobowiązania międzynarodowe.
- Eksperti – ich zadaniem jest wypracowanie odpowiednich metod działania i podjęcie odpowiedzialności za upowszechnianie wypracowanych programów.

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

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

## PRÓBA PODSUMOWANIA

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

- Podkreśla się, że w działania skierowane na ograniczenie narkomanii winny angażować się władze zarówno na poziomie kraju, regionu jak i lokalnym. Kluczem do sukcesu jest jasne sformułowanie kompetencji poszczególnych szczebli i stała koor-

dynacja pracy wszystkich sektorów, instytucji i organizacji pozarządowych. Wątek ten jest szczególnie wyrażenie eksponowany w Danii, gdzie kompetencje i obowiązki władz krajowych, regionalnych i lokalnych zostały precyzyjnie zdefiniowane.

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

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

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

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

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

- W dokumentach, szczególnie duńskim, podkreśla się, że proces tworzenia i realizowania strategii ograniczających zjawisko narkomanii powinien być zgodny z regułami demokracji. Aby te reguły mogły zaistnieć w rzeczywistości w Danii funkcjonują stowarzyszenia regionalnych i lokalnych doradców. Stowarzyszenia oprócz regularnej współpracy i wymiany doświadczeń między regionami i społecznościami mają za zadanie chronić interesy regionów i społeczności w relacjach z wyższymi władzami. Dotyczy to zwłaszcza regulacji prawnych.

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

## WYKORZYSTANE DOKUMENTY

- A Preventive Strategy. Swedish Drug Policy in the 1990s. The Swedish National Institute of Public Health 1998:21, Stockholm 1998.

- Drug Policy the Swedish Experience. The Swedish National Institute of Public Health, Stockholm 1995.

- National Drugs Strategy 2000 – 2008. Spain, National Plan on Drugs (Plan Nacional Sobre Drogas), Ministerio Del Interior 1999.

- National Report on the State of the Drugs Problem in Denmark 2000. National Board of Health, December 2000.

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

- National Strategy to Combat the Drug Problem. Conceptual Framework of the Hungarian Government's Anti-drug Strategy. Ministry for Youth and Sports, 1999.

- Vägvalet. Den narkotikapolitiska utmaningen. SOU 2000:126. Slutbetänkande av Narkotikakommissionen.