

RAPORT KOŃCOWY
PROJEKTU BADAWCZEGO

**„SZYBKA OCENA PRAWA I POLITYKI WOBEC NARKOTYKÓW ORAZ
ODPOWIEDŹ W KRAJACH BYŁEGO ZWIĄZKU RADZIECKIEGO
ORAZ W KRAJACH CENTRALNEJ I WSCHODNIEJ EUROPY”**

Justyna Sobeyko
Magdalena Leszczyszyn-Pynka
Tatiana Duklas
Miłosz Parczewski
Piotr Bejnarowicz

Szczecin 2006



*RAPORT KOŃCOWY
PROJEKTU BADAWCZEGO*

*„SZYBKA OCENA PRAWA I POLITYKI WOBEC NARKOTYKÓW ORAZ
ODPOWIEDŹ W KRAJACH BYŁEGO ZWIĄZKU RADZIECKIEGO
ORAZ W KRAJACH CENTRALNEJ I WSCHODNIEJ EUROPY”*

Zespół badawczy RPAR składa gorące podziękowania:

*Zastępcy Prezydenta Miasta Szczecina, Pani Doktor Annie Nowak,
Prezesowi Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Chorobom Zakaźnym,
Pani Profesor Annie Boroń-Kaczmarskiej,
Członkom Regionalnego Gremium Doradczego,
Uczestnikom projektu badawczego oraz wszystkim tym osobom,
których życzliwość i wsparcie umożliwiły przeprowadzenie niniejszego projektu.*

*Projekt zrealizowany przez Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Chorobom Zakaźnym
Pod patronatem Prezydenta Miasta Szczecina.*

Wyjaśnienie pojęć i skrótów:

CAD	Regionalne Gremium Doradcze (Community Action Bard)
Informator S&I	Informatorzy systemowi i interakcyjni - osoby, które z racji wykonywanego zawodu posiadają ogólną wiedzę i doświadczenie w zakresie funkcjonowania systemu prawnego, zdrowotnego, pomocy socjalnej (informator systemu) oraz osoby, które mają codzienny bezpośredni kontakt z osobami uzależnionymi z racji wykonywanego zawodu lub prowadzonej działalności w ramach ochrony zdrowia, pomocy społecznej, funkcjonowania w ramach organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości i służb penitencjarnych (informator interakcyjny)
Informator IDU	osoba używająca środków odurzających lub substancji psychotropowych w drodze iniekcji (injection drug user)
NGO	Organizacja pozarządowa (Non-governmental organization)
RPAR	Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz krajach Centralnej i Wschodniej Europy (Rapid Assessment of Drug Law & Policy in the Former Soviet Union & Central Eastern Europe; w skrócie Rapid Policy Assessment and Response - RP AR)
Uopn z 1997 r.	ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku
Uopn z 2005 r.	ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku
Uozn z 1985 r.	ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku

Spis treści

Streszczenie	8
Wprowadzenie	13
1.1. Ogólne założenia projektu	13
1.2. Cel projektu	14
1.3. Przedmiot projektu	14
2. Metodologia	19
2.1. Wstępny etap projektu – <i>pre-RPAR period</i>	19
2.2. Etap właściwych badań projektu RPAR – metodologia	21
2.3. Dane ilościowe (istniejące dane) – <i>Existing Data</i>	21
2.3.1. Prawo w książkach (prawo pisane) – <i>Law on the books</i>	21
2.3.2. Dane organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości – <i>Criminal Justice Data</i>	23
2.3.3. Dane epidemiologiczne – choroby zakaźne	25
2.3.4. Dane epidemiologiczne – narkomania iniekcyjna	25
2.3.5. Dane epidemiologiczne – opis działań przeprowadzonych przez zespół badawczy	25
2.4. Regionalne Gremium Doradcze (Community Action Board – CAB)	27
2.5. Grupy Fokusowe (Focus Groups)	34
2.6. Wywiady	35
2.6.1. Wywiady systemowe i interakcyjne (<i>System & Interactor Interviews</i>)	35
2.6.2. Wywiady z osobami przyjmującymi narkotyki w drodze iniekcji (wywiady IDU – <i>IDU Interviews</i>)	37
2.7. Analiza zgromadzonych danych oraz sformułowanie Planu Działania	38
3. Rezultaty - Istniejące dane – dane ilościowe (<i>existing data – quantitative data</i>)	39
3.1. Ustawodawstwo (Law on the books)	39
3.1.1. Przepisy dotyczące podaży narkotyków	39
3.1.2. Przestępstwo ułatwiania lub umożliwiania użycia narkotyku a problematyka redukcji szkód	40
3.1.3. Posiadanie narkotyków w świetle polskiego ustawodawstwa	42
3.1.4. Postępowanie lecznicze, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych	42
3.1.5. Środki terapeutyczne stosowane wobec osób popełniających przestępstwa związane z używaniem narkotyków	54

3.1.6. Przepisy dotyczące prostytucji	56
3.1.7. Narażenie na zakażenie HIV lub inną chorobą zakaźną	57
3.1.8. Przepisy postępowania karnego wpływające na sytuację osób uzależnionych od narkotyków w procesie karnym	57
3.1.9. Prawo do opieki medycznej	60
3.2. Dane policji i wymiaru sprawiedliwości	62
3.2.1. Dane ze statystyk policyjnych	62
3.2.2. Dane wymiaru sprawiedliwości	66
3.3. Epidemiologia	75
3.3.1. HIV/AIDS	76
3.3.2. Oporność HIV na leki antyretrowirusowe	79
3.3.3. Gruźlica i dane o oporności prątków gruźlicy na leki	80
3.3.4. Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C	80
3.3.5. Kiła – Polska i region zachodniopomorski.	82
3.3.6. Szacunkowe dane o ilości osób uzależnionych od narkotyków pozostających pod opieką organizacji pozarządowych i instytucji terapeutycznych w Szczecinie	83
4. Rezultaty – dane jakościowe (<i>qualitative data</i>)	85
4.1. Podejście organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości do użytkowników narkotyków	85
4.1.1. Postawa organów ścigania wobec użytkowników narkotyków	85
4.1.2. Stosowanie przez prokuratorów i sądy środków leczniczych wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku	86
4.1.3. Kara ograniczenia wolności	89
4.1.4. Terapia w zakładach karnych	89
4.1.5. Rola pełnomocnika procesowego w sprawach o narkotyki	91
4.2. Używanie narkotyków w Szczecinie i mniejszych miejscowościach Regionu	92
4.3. Wiedza i przekonania na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków	97
4.3.1. Wiedza na temat HIV i zachowania ryzykowne w zakładach karnych	97
4.3.2. Zachowania ryzykowne osób używających narkotyki w drodze iniekcji	98

4.4. Terapia uzależnień i reintegracja społeczna osób uzależnionych od narkotyków	100
4.4.1. Terapia uzależnień	100
4.4.2. Reintegracja społeczna byłych uzależnionych	103
4.5. Współpraca instytucji i organizacji pozarządowych na terenie Szczecina oraz w regionie zachodniopomorskim	104
5. Dyskusja	105
5.1. Prokuratorzy i sędziowie w zbyt małym zakresie stosują alternatywy lecznicze z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii	105
5.2. Niewielkie wykorzystanie kary ograniczenia wolności w praktyce	110
5.3. Brak diagnozy wzorów używania narkotyków w małych miastach i wsiach	113
5.4. Niedostateczna wiedza w małych miastach i wsiach na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków	119
5.5. Ryzykowne zachowania użytkowników narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji w małych miejscowościach	126
5.6. Brak przepływu informacji na temat możliwości pomocy terapeutycznej między instytucjami (policja, prokuratura, sądy, itd.)	130
5.7. Nieznajomość prawa wśród użytkowników narkotyków; brak dostępu do bezpłatnej pomocy prawnej	135
5.8. Trudności w znalezieniu pracy, niewielkie szanse byłych uzależnionych na rynku pracy	137
6. Plan Działania	139
6.1. Umieszczenie w budżecie gminy – miasta Szczecin działu zatytułowanego „Przeciwdziałanie narkomanii”	139
6.2. Rozwiązania adresowane do małych miejscowości (diagnoza wzorów używania narkotyków, uruchomienie pracy w zagrożonych środowiskach w oparciu o <i>outreach</i> , otwarcie programów redukcji szkód, w tym wymiany igieł i strzykawek)	139
6.3. Seminaria dla sędziów i prokuratorów	141
6.4. Działania związane z „promowaniem” kary ograniczenia wolności	142
6.5. Informator o placówkach pomocowych	142
6.6. Bezpłatna pomoc prawna	143

6.7.	Doradztwo zawodowe	143
7.	Podsumowanie i wnioski	144

Streszczenie

Celem projektu badawczego „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków oraz odpowiedź w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz w krajach Centralnej i Wschodniej Europy (RPAR)” prowadzonego w Szczecinie była identyfikacja przeszkód i barier (oraz ich przyczyn) w realizacji polityki przeciwdziałania narkomanii w Szczecinie i regionie zachodniopomorskim.

Realizacja projektu polegała na:

1. zebraniu i analizie danych ilościowych oraz jakościowych (dotyczących prawodawstwa i jego stosowania w praktyce, skali problemu narkomanii w mieście i województwie, sytuacji epidemiologicznej chorób związanych ze zjawiskiem narkomanii iniekcyjnej);
2. prowadzeniu wywiadów indywidualnych i zbiorowych z osobami, które:
 - a) są konsumentami narkotyków,
 - b) z racji wykonywanego zawodu lub zajęcia zajmują się uzależnionymi (reprezentanci służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości i więziennictwa, organizacji pozarządowych),
3. powołaniu i współpracy z Regionalnym Gremium Doradczym, składającym się z osób, mogących mieć istotny wpływ na kreowanie lokalnej polityki związanej z problemem narkomanii w aspektach zdrowotnym, prawnym i społecznym.

Regionalne Gremium Doradcze miało za zadanie przeanalizować dane zebrane przez zespół badawczy, zidentyfikować kluczowe problemy, poszukiwać rozwiązań i pomóc w opracowaniu planu działania dla likwidacji barier w realizacji lokalnej polityki przeciwdziałania narkomanii.

Poniżej przedstawiono zidentyfikowane w trakcie realizacji projektu RPAR problemy, których rozwiązanie zostało uznane przez Regionalne Gremium Doradcze za możliwe i priorytetowe:

1. Sporadyczne stosowanie mechanizmów oddziaływania leczniczego z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Pomimo istniejących możliwości prawnych (niekiedy wręcz nakazów) stosowania **oddziaływań/środków** terapeutycznych wynikających z uopn, prokuratorzy i sędziowie

rzadko wprowadzają w życie odrębne procedury uwzględniające specyfikę przestępczości osób uzależnionych.

Obowiązek prowadzenia statystyk przez sędziów i prokuratorów skutkuje dążeniem do jak najszybszego i skutecznego zakończenia postępowania. Stosowanie alternatyw leczniczych kojarzone jest z koniecznością prowadzenia dodatkowej dokumentacji, nie jest też traktowane jako szybkie i ostateczne zakończenie sprawy. Pojawia się potrzeba „pamiętania o sprawie”, nadzorowania stosowania się sprawcy do poleceń prokuratora czy sędziego, itd.

2. Niewielkie wykorzystanie kary ograniczenia wolności w praktyce.

Sądy rzadko stosują karę ograniczenia wolności, nawet jeśli ustawa przewiduje tę karę jako jedną z opcji. Regionalne Gremium Doradcze uznało, że stosowanie tej kary w stosunku do osób popełniających przestępstwa z związku z używaniem narkotyków – w zakresie określonym przez ustawę – stanowiłoby dobre rozwiązanie, zwłaszcza jeśli miejscem wykonywania kary byłyby instytucje zajmujące się pomocą osobom uzależnionym.

Sędziowie skazując na karę ograniczenia wolności, kierują osoby skazane do jej odbycia w zakładach pracy lub w instytucjach, które figurują na listach posiadanych przez sądy. Do rozwiązania pozostaje problem organizacyjny bieżącego przepływu informacji do sądów o rzeczywistych potrzebach pracodawców, który zniechęca do orzekania kary ograniczenia wolności.

3. Brak diagnozy wzorów używania narkotyków w małych miastach i wsiach.

Wzorce używania narkotyków w małych miastach i wsiach różnią się od wzorców używania narkotyków w dużych miastach. O wiele więcej osób przyjmuje narkotyki w drodze iniekcji w małych miastach, a narkotykiem przyjmowanym w ten sposób jest amfetamina. Osoby dokonujące iniekcji praktykują dzielenie się sprzętem iniekcyjnym, jednak nie łączą tej praktyki z możliwością zakażenia się HIV i wirusami zapalenia wątroby B i C.

W małych miastach i wsiach nie istnieją programy wymiany igieł i strzykawek, nie jest też łatwo nabyć sterylny sprzęt iniekcyjny w aptekach. Instytucje odpowiedzialne za kreowanie bądź realizację polityki w zakresie przeciwdziałania narkomanii (władze samorządowe, lokalni terapeuci) nie posiadają wiedzy na temat sytuacji dotyczącej wzorców przyjmowania narkotyków w małych miastach i wsiach. Brak powyższej wiedzy uniemożliwia kreowanie programów profilaktycznych i terapeutycznych adekwatnych do rzeczywistych potrzeb użytkowników narkotyków z regionów małych miast i wsi.

4. Niedostateczna wiedza w małych miastach i wsiach na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków.

Wielu użytkowników narkotyków z małych miejscowości nie posiada podstawowej wiedzy na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym narkotyków w drodze iniekcji. Za niewystarczającą wiedzą idą ryzykowne zachowania – regułą jest korzystanie z jednego zestawu sprzętu iniekcyjnego, zwłaszcza przez młodych ludzi. W małych miastach i wsiach nie działają organizacje pozarządowe zajmujące się problemem narkomanii, których pracownicy zajmowałiby się edukacją zdrowotną użytkowników narkotyków oraz potencjalnych użytkowników narkotyków.

Działania edukacyjne prowadzone są przez osoby nie posiadające dostatecznej wiedzy o specyfice uzależnienia od środków psychoaktywnych, zagrożeniach z tym związanych oraz o sytuacji na „scenie narkotkowej” danego terenu. Edukacja w szkołach najczęściej dociera do osób, które inicjację narkotykową mają już za sobą.

Ogólnopolskie kampanie edukacyjne nie cieszą się dużą popularnością w obszarach małomiasteczkowych i wiejskich. Przyczyn tego zjawiska można między innymi upatrywać w powszechnym przekonaniu, że problem narkotyków nie dotyczy środowisk małych miast i wsi, a więc w braku rzetelnej oceny zjawiska.

5. Ryzykowne zachowania użytkowników narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji w małych miejscowościach.

Wiele osób, które przyjmują amfetaminę w sposób iniekcyjny jest przekonanych o swoim bezpieczeństwie. Uważają one, że ryzyko zakażenia związane jest z rodzajem narkotyku (polska heroina, czyli kompot), a nie ze sposobem przyjmowania (iniekcja). Nakładają się na to ograniczony dostęp do sterylного sprzętu iniekcyjnego, jak również brak punktów wymiany igieł i strzykawek. Nigdzie poza Szczecinem nie prowadzi się wymiany igieł i strzykawek, ani w formie stacjonarnej, ani w oparciu o *outreach*.

6. Brak przepływu informacji na temat możliwości pomocy terapeutycznej między instytucjami (policja, prokuratura, sądy, ośrodki terapeutyczne, organizacje pozarządowe).

Osoba uzależniona od narkotyków jest przedmiotem zainteresowania zarówno polityki zdrowotnej, społecznej jak i karnej. Często zdarza się, że osoby uzależnione wchodzi w kontakt z instytucjami, które nie mają wiedzy na temat dostępnych możliwości terapeutycznych. Chodzi tu przede wszystkim o instytucje powołane do egzekwowania

prawa, mające jednak różne potencjalne możliwości motywowania i kierowania osób uzależnionych do leczenia. Policja, prokuratura i sądy nie posiadają wystarczających informacji w zakresie możliwości pomocy osobom uzależnionym.

Brak przepływu informacji na temat opcji terapeutycznych dotyczy również instytucji spoza organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Regionalne Gremium Doradcze zaleca kierowanie osoby uzależnionej na leczenie w konkretne miejsce - rodzi to swoiste poczucie osobistej odpowiedzialności za daną osobę i jej losy, powoduje pewnego rodzaju personifikację problemu. Dlatego Regionalne Gremium Doradcze podkreśliło potrzebę usprawnienia przepływu informacji pomiędzy instytucjami dla stworzenia systemu opieki holistycznej nad osobami uzależnionymi.

7. Nieznajomość prawa wśród użytkowników narkotyków; brak dostępu do bezpłatnej pomocy prawnej.

Użytkownicy narkotyków z reguły popadają w konflikt z prawem. W toku postępowania karnego, jako oskarżeni mają prawo do obrońcy. Gdy biegły uzna, że zachodzą wątpliwości co do poczytalności takiej osoby, otrzymuje ona obrońcę z urzędu, jednak badania wskazują, że są to sytuacje bardzo rzadkie. Podstawą do uzyskania obrońcy z urzędu jest też zła sytuacja majątkowa oskarżonego. Przyznanie obrońcy z urzędu na tej podstawie wymaga jednak złożenia wniosku, o czym z reguły oskarżeni nie wiedzą.

Użytkownicy narkotyków doświadczają całego szeregu trudności związanych z nieznajomością innych dziedzin prawa, takich jak prawo pracy czy prawo administracyjne. I tu także sytuacja finansowa uzależnionego nie pozwala na skorzystanie z fachowej pomocy.

8. Trudności w znalezieniu pracy, niewielkie szanse na zatrudnienie byłych uzależnionych.

Podjęcie pracy przez osoby wychodzące z uzależnienia jest bardzo ważnym elementem terapii. To samo dotyczy osób uzależnionych, które odbyły karę pozbawienia wolności i w zakładzie karnym przeszły terapię. Należałoby umożliwić korzystanie z doradztwa zawodowego w miejscu, do którego nie obawialiby się pójść, np. w siedzibie którejś z organizacji pozarządowych, znanych uzależnionym i byłym uzależnionym, np. MONAR, TADA. Doradztwo zawodowe mogłoby być prowadzone przez doradców Urzędu Pracy, z tym, że w ramach tego rozwiązania, osoby te świadczyłyby pomoc w siedzibie organizacji.

Raport końcowy badania RPAR zawiera propozycje działań mających na celu pomóc w rozwiązaniu zidentyfikowanych problemów:

- umieszczenie w budżecie gminy – miasto Szczecin zadania zatytułowanego „Przeciwdziałanie narkomanii”;
- opracowanie (i wdrożenie) rozwiązań adresowanych do małych miejscowości – diagnoza wzorów używania narkotyków, uruchomienie pracy w zagrożonych środowiskach w oparciu o *outreach*, otwarcie programów redukcji szkód (w tym wymiany igieł i strzykawek) – z pomocą utworzonych „małych” Regionalnych Gremiów Doradczych działających na terenie i dla potrzeb gminy;
- organizacja seminariów dla sędziów i prokuratorów obejmujących problem narkomanii;
- inicjacja działań związanych z „promowaniem” kary ograniczenia wolności;
- wydanie informatora o placówkach „pomocowych”;
- organizacja bezpłatnej pomocy prawnej i doradztwa zawodowego dla uzależnionych i byłych uzależnionych;
- opracowanie programu edukacyjnego i profilaktycznego dla więziennictwa w celu redukcji zagrożenia zakażeniami HIV i wirusami zapalenia wątroby B i C.

1. Wprowadzenie

1.1. Ogólne założenia projektu

Projekt „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków oraz odpowiedź w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz w krajach Centralnej i Wschodniej Europy (RPAR)” został zrealizowany dzięki grantowi z Narodowego Instytutu Zdrowia Stanów Zjednoczonych (National Institute of Health; NIDA); grant #5R01-DA17002-01, CFDA #93.279, pod nazwą **“Rapid Assessment of Drug Law & Policy in the FSU & CEE”**). Kierownikiem projektu (głównym badaczem) jest dr nauk prawnych, Zita Lazzarini (Associate professor, University of Connecticut, USA); natomiast kierownikiem tematu badawczego w Polsce jest dr nauk prawnych Justyna Sobeyko (absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach). Realizacji Projektu w Szczecinie podjęło się Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Chorobom Zakaźnym na Pomorzu Zachodnim z siedzibą w Szczecinie, przy ul. Arkońskiej 4 (Prezes: prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarek). Badanie zostało zaopiniowane przez Komisję Bioetyczną Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Zespół badawczy w Polsce składał się z 5 osób:

Justyna Sobeyko – absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, dr n. prawnych, specjalizująca się w prawie dotyczącym narkotyków i narkomanii, kierownik tematu badawczego w Polsce

Magdalena Leszczyszyn-Pynka – specjalista chorób zakaźnych, dr n. med., adiunkt w Klinice Chorób Zakaźnych Pomorskiej Akademii Medycznej,

Tatiana Duklas – socjolog, pracownik Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Szczecinie, przewodnicząca Stowarzyszenia na Rzecz Promocji Zdrowia i Prewencji Zagrożeń Społecznych „TADA”

Miłosz Parczewski – lekarz, rezydent w Klinice Chorób Zakaźnych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie; doktorant Pomorskiej Akademii Medycznej,

Piotr Bejnarowicz – prawnik.

1.2. Cel projektu

Celem projektu „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków oraz odpowiedź w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz w krajach Centralnej i Wschodniej Europy (RPAR)” jest kompleksowa ocena sytuacji prawnej i polityki dotyczącej narkotyków i osób ich używających oraz znalezienie podstawowych przeszkód w zapobieganiu zakażeniom HIV i innymi wirusami wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji.

W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie projekt przewidywał wzięcie w nim udziału osób będących przedstawicielami zarówno polityki zdrowotnej i społecznej jak i polityki karnej. Dokonywana wspólnie analiza zebranych przez zespół badawczy danych oraz wspólne poszukiwanie rozwiązań pojawiających się problemów, pozwoliły na wypracowanie najbardziej optymalnej strategii wobec narkotyków i narkomanii w regionie. Dla uniknięcia stronniczości w realizacji projektu, zespół badawczy w Polsce składa się z dwóch prawników, dwóch lekarzy i jednego socjologa. Taki skład zespołu zapewnia obiektywizm przy zbieraniu i ocenianiu danych oraz w opracowywaniu regionalnej strategii działania.

1.3. Przedmiot projektu

Przedmiotem projektu „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków oraz odpowiedź w Centralnej i Wschodniej Europie oraz w krajach byłego Związku Radzieckiego (RPAR)” jest całościowe zbadanie istniejącego stanu prawnego, dotyczącego narkotyków i narkomanii oraz realizowanej w oparciu o przepisy prawa polityki wobec osób przyjmujących środki odurzające drogą dożylną.

Środki odurzające i substancje psychoaktywne, różną się między sobą składem, pochodzeniem, sposobem konsumpcji oraz efektami, jakie wywołują. Zawsze jednak używanie narkotyków związane jest z ryzykiem wystąpienia szkód zdrowotnych, które można podzielić na szkody pierwotne i szkody wtórne.

Szkody pierwotne są wywoływane przez farmakologiczne działanie przyjmowanych substancji. Najważniejszą konsekwencją używania narkotyków jest uzależnienie, które może mieć charakter fizyczny, co oznacza, że dany narkotyk po pewnym czasie stosowania staje się integralnym elementem procesów metabolicznych w organizmie, zaś jego odstawienie prowadzi do szeregu negatywnych objawów zwanych zespołem abstynencyjnym.

Uzależnienie psychiczne wywoływane przez niektóre środki odurzające powoduje bardzo silne przyzwyczajenie, wyrażające się w silnym psychicznym dążeniu do konsumpcji danego środka.

Szkody wtórne natomiast stanowią dalsze konsekwencje używania narkotyków. Pojęcie szkód wtórnych jest bardzo szerokie, zalicza się do nich szkody o charakterze zdrowotnym, społecznym, a także ekonomicznym.

Do najpoważniejszych szkód zdrowotnych należy **zakażenie wirusem HIV**. Do zakażenia tym wirusem u osób przyjmujących narkotyki dochodzi najczęściej w wyniku dzielenia się sprzętem iniekcyjnym (igły, strzykawki) lub stosowania dożylnie narkotyków zawierających aktywne cząstki wirusa (np. w wyniku wcześniejszego zanieczyszczenia podczas procesu produkcji/dystrybucji). Wirus może być także przenoszony przez ryzykowne kontakty hetero- i homoseksualne. Takie kontakty bardzo często stanowią wtórną konsekwencję używania narkotyków. Ryzykowne zachowania seksualne sprzyjają też zakażeniu innymi **chorobami przenoszonymi drogą płciową** – kiłą, rzeżączką, nierzężączkowymi zapaleniami cewki moczowej czy opryszczką narządów płciowych. Używanie narkotyków w drodze iniekcji związane jest także z ryzykiem zakażenia **wirusami zapalenia wątroby typu B i C**. Nieumiejętnie dokonywana iniekcja może powodować u użytkowników także różne choroby skóry. Używanie narkotyków wiąże się też z **ryzykiem zatrucia**, wynikającym z tego, że przyjmowana substancja nie zawsze odpowiada składem temu, za co jest uważana przez konsumenta. Narkotyki dostępne na czarnym rynku, których produkcja nie podlega żadnym kontrolom jakości, mogą zawierać różne substancje zmieniające ich podstawowe działanie, natomiast mające zasadniczy wpływ na zdrowie ich konsumentów. Zarówno przypadkowe zanieczyszczenia jak i celowo dodane domieszki mogą skutkować zatruciami, reakcjami nadwrażliwości, poważnymi uszkodzeniami narządów wewnętrznych a nawet śmiercią. To ryzyko dotyczy wszystkich narkotyków, jednak jest szczególnie wysokie w przypadku heroiny produkowanej domowymi metodami (tzw. polskiego kompotu), a także narkotyków syntetycznych, czyli tzw. „ekstazy” czyli **MDMA (3,4-methylenedioxyamfetamine)**.

Szkody społeczne wynikające z używania narkotyków są różne w zależności od rodzaju stosowanego środka i częstotliwości jego stosowania. Najwięcej spustoszeń w życiu społecznym powoduje używanie narkotyków przez osoby uzależnione, u których uzależnienie wyklucza świadome regulowanie popytu na te substancje. Stałe dążenie do zaspokojenia

potrzeby użycia środka odurzającego staje się motywem wiodącym w życiu takiej osoby. Pojawia się konieczność poszukiwania coraz to nowych źródeł finansowania zakupu narkotyku. Równocześnie osoba taka przestaje być zdolna do normalnego wykonywania wielu funkcji społecznych, takich jak wykonywanie pracy czy udział w życiu rodzinnym. Z kolei negatywne nastawienie społeczne wobec osób uzależnionych od narkotyków przyspiesza ich wykluczenie z normalnego życia. Najbardziej stygmatyzującą społecznie formą przyjmowania narkotyków jest przyjmowanie ich w drodze iniekcji. Osoby takie naznaczone są syndromem ćpuna (*junkie syndrom*), utożsamianego z czymś brudnym, bezużytecznym i niebezpiecznym w kontekście możliwości zakażenia HIV i innymi chorobami zakaźnymi. Ponadto w opinii społecznej uzależnieni rozprzestrzeniają narkomanię, kradną i zajmują się żebractwem – jako podstawową formą organizowania funduszy na zakup narkotyku.

Szkody ekonomiczne związane z używaniem narkotyków wynikają z nakładów finansowych ponoszonych na „naprawianie” wyżej wymienionych szkód zdrowotnych i społecznych. Terapia HIV/AIDS jest bardzo kosztowna, podobnie jak terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C. Z kolei szkody społeczne powodują, że osoba uzależniona, która, gdyby nie uzależnienie, wykonywałaby pracę, staje się beneficjentem różnych świadczeń socjalnych.

Byłoby idealnie, gdyby ludzie w ogóle nie sięgali po narkotyki, ponieważ pozwoliłoby to na wyeliminowanie zarówno pierwotnych jak i wtórnych negatywnych konsekwencji wynikających z używania tych substancji. Jednak mimo wielu lat starań nie wypracowano dotąd żadnej skutecznej metody, która pozwoliłaby na pełną eliminację z życia społecznego substancji zmieniających świadomość. Równocześnie konsumpcja narkotyków pociąga za sobą skutki, które często są groźniejsze aniżeli samo farmakologiczne działanie substancji psychoaktywnych. Dlatego polityka wobec narkotyków wielu państw, nie rezygnując z wysiłków profilaktycznych, mających na celu zapobieganie używaniu tych substancji w ogóle, koncentruje się także na zapobieganiu negatywnym konsekwencjom wynikającym z używania narkotyków. Takie działania noszą nazwę redukcji szkód. Do działań z zakresu redukcji szkód należą m. in.: programy wymiany sprzętu iniekcyjnego, w ramach których uzależnieni oddają zużyte igły i strzykawki, a w zamian otrzymują sterylne sprzęt, rozdawanie prezerwatyw, organizowanie pomieszczeń higienicznych, w których uzależnieni w sterylnych warunkach i sterylnym sprzętem mogą dokonać iniekcji. Wiele krajów do

swojej oferty pomocy uzależnionym włączyło substytucyjną terapię podtrzymującą, której istotą jest podawanie osobom uzależnionym od opiatów pod ścisłą kontrolą lekarską syntetycznego środka narkotycznego działającego na receptory opioidowe. W kilku krajach Europy Zachodniej (Szwajcaria, Holandia, Niemcy) terapia podtrzymująca przybrała jeszcze bardziej zaawansowaną formę, gdyż w ramach eksperymentu medycznego podaje się tam pacjentom uzależnionym od opioidów, również pod nadzorem medycznym, czystą heroinę w indywidualnie dobranych dawkach.

Lata praktyki pokazują, że wysiłki skierowane na zahamowanie rozmiarów szkód wywołanych używaniem narkotyków przyjmowanych iniekcyjnie są skuteczne, czego najlepszym dowodem jest zdecydowany spadek zakażeń wirusem HIV wśród populacji osób przyjmujących narkotyki tą drogą. Substytucyjna terapia podtrzymująca pozwala uniknąć całego szeregu negatywnych szkód społecznych, ponieważ osoby w niej uczestniczące mają możliwość powrotu do życia społecznego: podjęcia pracy, normalizacji życia rodzinnego, itd. Koncentrowanie wysiłków na ograniczaniu szkód wynikających z używania narkotyków jest również opłacalne z ekonomicznego punktu widzenia. Pieniądze wydane na tego rodzaju pomoc uzależnionym oznaczają ogromne oszczędności w sektorze opieki zdrowotnej związane ze znacznym spadkiem zakażeń HIV czy WZW C. Oszczędności dotyczą także sektora polityki społecznej, gdyż normalizacja życia uzależnionych związana z udziałem w substytucyjnej terapii podtrzymującej umożliwia pacjentom na podjęcie pracy, co eliminuje konieczność korzystania z opieki społecznej.

Jednak funkcjonowanie i skuteczność takiej pomocy uzależnionym wymaga istnienia odpowiednich regulacji prawnych. Tradycyjnie ustawodawstwa karne koncentrują się na zupełnej eliminacji narkotyków z życia społecznego, co starają się osiągnąć za pomocą restrykcyjnych przepisów dotyczących zarówno ich podaży jak i popytu. O ile prohibicyjna polityka dotycząca podaży narkotyków nie budzi większych zastrzeżeń, o tyle rola prawa karnego w ograniczaniu konsumpcji narkotyków coraz częściej stanowi przedmiot kontrowersji. Pojawia się bowiem pytanie, w kompetencjach której polityki – karnej czy zdrowotnej, powinno znajdować się uzależnienie, będące jednostką chorobową według klasyfikacji WHO? Restrykcyjne przepisy prawa karnego, kryminalizujące takie zachowania jak posiadanie czy używanie narkotyków powodują, że osoby uzależnione stają się przestępcami, co zwiększa ich stygmatyzację społeczną i powoduje, że stają się oni tzw. ukrytą populacją, do której trudno jest dotrzeć pracownikom opieki zdrowotnej czy

społecznej. Ponadto kryminalizowane zachowań konsumenckich utrudnia lub wręcz uniemożliwia prowadzenie działań w ramach redukcji szkód wynikających z używania narkotyków. Redukcja szkód wymaga bowiem przynajmniej tymczasowego zaakceptowania faktu używania narkotyków przez osoby uzależnione, dąży natomiast do ograniczenia szkodliwości związanej ze sposobem ich przyjmowania. To podejście stoi w sprzeczności z przepisami, które kryminalizują takie zachowania, jak: posiadanie narkotyków, używanie narkotyków czy też ułatwianie lub umożliwianie ich użycia. Pojawia się nieuchronny konflikt interesów pomiędzy polityką karną a polityką zdrowotną. Osoba uzależniona, przyjmująca narkotyki jest z jednej strony obiektem zainteresowania ze strony opieki zdrowotnej i społecznej jako osoba chora, potrzebująca pomocy, a z drugiej – organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości i więziennictwa jako osoba popełniająca przestępstwa pozostające w związku z posiadaniem i używaniem narkotyków. Ten konflikt interesów pomiędzy polityką zdrowotną a wymiarem sprawiedliwości często utrudnia wypracowanie skutecznych mechanizmów przeciwdziałania narkomanii.

2. Metodologia

Badanie wymagało zastosowanie metody – Szybka Ocena Polityki i Odpowiedź (*Rapid Policy Assessment and Resoponse* - RPAR) w celu zebrania:

- danych na temat istniejących przepisów prawnych,
- danych z zakresu praktyki wymiaru sprawiedliwości
- danych epidemiologicznych.

Metoda ta przewiduje:

- utworzenie Regionalnego Gremium Doradczego (*Community Action Board* – CAB),
- zorganizowanie 3 grup fokusowych będących formą wywiadów zbiorowych
- przeprowadzenie wywiadów indywidualnych z Kluczowymi Informatorami.

Zebrane w ten sposób dane są następnie przedmiotem opracowania i analizy. Efektem końcowym projektu jest publikacja rezultatów badań oraz wniosków w formie Raportu Końcowego. Czas realizacji projektu przewidziany został na 36 tygodni.

Warunkiem przystąpienia do realizacji projektu w Polsce było uzyskanie opinii Komisji Bioetycznej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie o projekcie. Wniosek o zaopiniowanie projektu został złożony w marcu 2004 roku. Ponieważ polskie ustawodawstwo wymaga opinii Komisji Bioetycznej jedynie dla projektów o charakterze medycznym, zaś projekt RPAR jest projektem prawno-socjologicznym, uzyskanie opinii było czasochłonne i oprócz dokumentów składanych zgodnie z procedurą wraz z wnioskiem, wymagało wielu dodatkowych opinii. Dzięki temu projekt został zaopiniowany również przez Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dopiero po otrzymaniu tych dodatkowych opinii, Komisja Bioetyczna Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie dokonała zaopiniowania projektu, co nastąpiło w październiku 2004 roku.

2.1. Wstępny etap projektu – *pre-RPAR period*

Podczas wstępnego etapu projektu (czerwiec – październik 2004) wyłoniony został zespół badawczy oraz dokonano wstępnej identyfikacji kluczowych osób zajmujących się problematyką narkotyków i narkomanii w regionie, zarówno z punktu widzenia polityki zdrowotnej i społecznej, jak i polityki karnej. W październiku 2004 roku z inicjatywy kierownika tematu badawczego w Polsce, Justyny Sobeyko i dwóch późniejszych członków

zespołu badawczego, Tatiany Duklas i Magdaleny Leszczyszyn-Pynki, została zorganizowana konferencja poświęcona tematyce narkotyków i narkomanii, która odbyła się w Urzędzie Miejskim w Szczecinie. Do wzięcia udziału w konferencji zostali zaproszeni przedstawiciele organizacji i instytucji, zidentyfikowani jako osoby ważne dla regionalnej polityki dotyczącej narkotyków. W konferencji tej udział wzięli między innymi: terapeuta z nowo otwartego oddziału terapii uzależnienia od narkotyków w zakładzie karnym w Nowogardzie, lekarz psychiatra, kierownik oddziału detoksykacyjnego, ZOZ Zdroje, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, oficer Wydziału Kryminalnego Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie, adwokat, nauczyciel akademicki Katedry Prawa Karnego i Kryminologii Uniwersytetu Szczecińskiego, a także przedstawiciele organizacji pozarządowych zajmujących się problemem uzależnień oraz profilaktyką zakażeń HIV i pracą z osobami uzależnionymi. W konferencji tej wzięli również udział badacze ze Stanów Zjednoczonych (Zita Lazzarini, Patricia L. Case i Scott Burris). Kierownik tematu badawczego w Polsce, Justyna Sobeyko, dokonała prezentacji podstawowych założeń oraz celów projektu RPAR. Następnie przystąpiono do wspólnej dyskusji nad problemem narkomanii w regionie.

W grudniu 2004 roku doszło do skompletowania ostatecznego składu zespołu badawczego. Wszyscy członkowie zespołu wzięli udział w szkoleniu prowadzonym przez zespół badaczy ze Stanów Zjednoczonych, które odbyło się na początku stycznia 2005 roku.

Przed wzięciem udziału w szkoleniu, polski zespół badawczy został zobowiązany do zapoznania się z treścią materiałów szkoleniowych, przygotowanych przez zespół amerykański. Materiały szkoleniowe składały się z 5 modułów. Każdy z modułów poświęcony jest odrębnemu etapowi realizacji projektu.

- Moduł I dotyczy zasad sformowania i przeprowadzania kolejnych spotkań Regionalnego Gremium Doradczego (*Community Action Board* – CAB),
- Moduł II zawiera informacje na temat rodzaju i sposobu gromadzenia przez zespół badawczy danych ilościowych (prawnych, wymiaru sprawiedliwości kryminalnej i epidemiologicznych),
- Moduł III dotyczy zbierania danych jakościowych, uzyskiwanych poprzez zorganizowanie 3 grup fokusowych oraz przeprowadzenie 40 indywidualnych wywiadów, w tym 26 z tzw. informatorami systemowymi i interakcyjnymi oraz 14 wywiadów z osobami przyjmującymi narkotyki w drodze iniekcji.

- Moduł IV zawiera wskazówki dotyczące opracowania Planu Działania przez Regionalne Gremium Doradcze (*Community Action Board* - CAB).
- Moduł V poświęcony jest etyce badań, szczególny nacisk kładzie się na sposób uzyskiwania świadomej i swobodnej zgody od wszystkich podmiotów włączonych w badanie.

Zgodnie z wymogami sponsora badań, wszyscy członkowie zespołu badawczego ukończyli kurs ***Human Participants Protection Education for Research Teams*** przygotowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Stanów Zjednoczonych, co zostało potwierdzone stosownym certyfikatem.

2.2. Etap właściwych badań projektu RPAR - metodologia

Po przeszkoleniu przez badaczy ze Stanów Zjednoczonych, polski zespół badawczy przystąpił do zbierania danych ilościowych (*quantitative data*), zgodnie z instrukcjami zawartymi w Module II. Zgodnie z metodologią projektu, tydzień następujący po szkoleniu to tydzień 1. realizacji projektu. Na tym etapie gromadzone były przepisy prawa mające wpływ na status osoby uzależnionej od narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji. Zespół badawczy zebrał też dostępne dane pochodzące ze statystyk policyjnych i wymiaru sprawiedliwości. Ponadto pozyskano dane epidemiologiczne dotyczące zakażenia HIV, AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową i gruźlicy. Wszystkie zebrane dane zostały uporządkowane w odpowiednich formularzach, zgodnie z metodologią zawartą w module II.

Wraz z rozpoczęciem zbierania danych ilościowych, zespół badawczy przystąpił do wyłonienia członków Regionalnego Gremium Doradczego (*Community Action Board* – CAB).

2.3. Dane ilościowe (istniejące dane) – *Existing data*

2.3.1 Prawo w książkach (Prawo pisane) – *Law on the books*

Zawarty w module II formularz dotyczący przepisów prawa wymagał zebrania i zanalizowania przepisów dotyczących:

1. **Problemu narkotyków i narkomanii:** używania, posiadania, ułatwiania użycia, wytwarzania i sprzedaży narkotyków, środków leczniczych mających zastosowanie zamiast lub obok kary kryminalnej, regulacji dotyczących leczenia uzależnień, w tym

substytucyjnej terapii zastępczej, dostępności do leczenia, statusu programów redukcji szkód w polskim ustawodawstwie.

2. **Prostytucji:** oferowania seksu komercyjnego, zmuszania do prostytucji, stręczycielstwa i sutenerstwa.
3. **Zachowań homoseksualnych.**
4. **Zakażenia wirusem HIV:** świadomego narażenia na zakażenie innej osoby, ewentualnych innych regulacji związanych z HIV/AIDS.
5. **Procedury karnej:** przeszukania, zatrzymania, tymczasowego aresztowania, możliwości zwolnienia za poręczeniem majątkowym, prawa do posiadania obrońcy, w tym obrońcy z urzędu, możliwości odwołania się od niekorzystnego wyroku.
6. **Prawa do opieki zdrowotnej:** ogólnych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności zasad funkcjonowania i dostępności terapii HIV/AIDS
7. **Obowiązku zgłaszania przypadków nowych zakażeń chorobami zakaźnymi i zachorowań na te choroby:** podmioty zobowiązane do zgłaszania, podmioty prowadzące rejestry zgłoszonych przypadków,
8. **Problematyki testowania na obecność wirusa HIV:** dobrowolności testowania, anonimowości, podmiotów mających dostęp do wyników testów, dostępności testowania, procedur związanych z testowaniem (poradnictwo przed i po teście)
9. **Poufności informacji medycznych:** ochrony danych medycznych, kręgu osób mających dostęp do danych, ze szczególnym uwzględnieniem regulacji dotyczących danych na temat zakażeń HIV
10. **Zakazu dyskryminacji,** w szczególności dyskryminacji osób zakażonych wirusem HIV i dyskryminacji osób niepełnosprawnych.
11. **Praw człowieka** wynikających z umów międzynarodowych.
12. **Reglamentacji obrotu narkotykami,** wynikającej z umów międzynarodowych.

Zebrane przepisy zostały wprowadzone do formularza organizacji danych „**Istniejące dane – Prawo w książkach – Existing data – Law on the books**”. Każdy przepis został wprowadzony do oddzielnej tabelki, podzielonej na rubryki: Podstawa prawna – *Citation* (1); Rodzaj przepisu – *Type of provision* (2); Treść przepisu – *Text of the law* (3); Streszczenie opisowe – *Narrative summary* (4); Zagadnienia praktyczne – *Question for practice* (5).

Zabranie i zanalizowanie wymaganych przepisów prawa zostało ukończone w kwietniu 2005 roku. Ponieważ jednak w lipcu 2005 roku polski Sejm uchwalił nową ustawę o

przeciwdziałaniu narkomanii, wyniknęła konieczność aktualizacji odpowiednich sekcji formularza.

2.3.2. Dane organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości – *Criminal Justice Data*

Równolegle zespół dokonał zebrania danych ze statystyk policyjnych i statystyk wymiaru sprawiedliwości. Przedmiotem analizy były następujące dane pochodzące z Komendy Głównej Policji w Warszawie;

1. Liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych w latach 1997-2003
2. Liczba stwierdzonych przestępstw udzielania i posiadania narkotyków w latach 1997-2002
3. Liczba stwierdzonych przestępstw wprowadzania do obrotu środków psychoaktywnych w latach 1999-2002
4. Liczba stwierdzonych przestępstw posiadania narkotyków w latach 1998-2002.

Zbieranie i analiza powyższych danych zostały ukończone pod koniec marca 2005 roku. Dane te zostały wprowadzone do Formularza Kluczowych Ustaień, strefa tematyczna: Dane Organów Ścigania i Wymiaru Sprawiedliwości – *Key Findings Form, topic area: Criminal Justice Data*, podzielonego na następujące rubryki: Źródło (1) – *source*, w której zespół wpisywał źródło pochodzenia danych oraz Kluczowe ustalenia (2) – *Key findings*, w której znalazły się zebrane dane oraz wnioski z nich wynikające.

Następnie zebrane zostały następujące dane wymiaru sprawiedliwości, pochodzące z Ministerstwa Sprawiedliwości, Wydziału Statystyki:

1. Skazania za przestępstwa, których przedmiotem są narkotyki w latach 1997-2002;
2. Skazania za przestępstwa udzielania narkotyku i udzielania w celu osiągnięcia korzyści majątkowej w latach 1997-2002;
3. Skazania za przestępstwo posiadania narkotyku w latach 2000-2003;
4. Zestawienie zarejestrowanych przypadków posiadania narkotyków z prawomocnymi wyrokami skazującymi za posiadanie narkotyków;
5. Zestawienie prawomocnych wyroków skazujących za przestępstwa posiadania narkotyków (art. 48 ust. 1,2,i 3) z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku z liczbą orzeczonych kar pozbawienia wolności za te przestępstwa;

6. Zestawienie kar pozbawienia wolności za przestępstwo posiadania narkotyków (z art. 48 ust. 1, 2 i 3) z karami w zawieszeniu i z karami bezwzględnymi.
7. Prawomocnie orzeczony obowiązek poddania się leczeniu wobec osób dorosłych prawomocnie skazanych na pozbawienie wolności z zawieszeniem z oskarżenia publicznego na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku;

Większa część danych została uzyskana bardzo szybko, bo już w lutym 2005 (tydzień 7), natomiast na dane dotyczące zestawienia kar pozbawienia wolności za przestępstwo posiadania narkotyków z karami w zawieszeniu i z karami bezwzględnymi trzeba było czekać do kwietnia 2005 roku (tydzień 15).

W maju 2005 roku zespołowi badawczemu, dzięki pomocy członków Regionalnego Gremium Doradczego (*Community Action Board* - CAB) udało się uzyskać dane pochodzące z Komendy Wojewódzkiej w Szczecinie. Formularz Kluczowych Ustaleńostał uzupełniony o dane dotyczące:

1. liczby stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku w latach 2003-2004 w skali miasta Szczecin w stosunku do liczby wszczętych na tej podstawie dochodzeń i śledztw w latach 2003-2004 w skali miasta Szczecin,
2. liczby stwierdzonych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku w latach 2003-2004 w skali województwa zachodniopomorskiego w stosunku do liczby wszczętych na tej podstawie dochodzeń i śledztw w latach 2003-2004 w skali województwa zachodniopomorskiego,
3. wskaźnika zagrożenia przestępczością narkotykową na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych gminach województwa zachodniopomorskiego,
4. liczby aktów oskarżenia skierowanych do sądu w 2004 roku oraz liczby wniosków o zastosowanie tymczasowego aresztowania w 2004 roku.

Oprócz Formularza Kluczowych Ustaleń, strefa tematyczna: Dane Organów Ścigania i Wymiaru Sprawiedliwości – *Key Findings Form, topic area: Criminal Justice Data*, zespół badawczy był zobowiązany do wypełnienia Formularza Ewaluacji Danych – *Data Evaluation Form*, podzielonego na następujące rubryki: Kod źródła i jego pochodzenie – *source code and citation* (1), Choroba lub temat – *disease or topic* (2), Ograniczenia ważności – *Limitations on validity* (3), Uwagi na temat dostępu – *notes on access* (4). Uporządkowanie źródeł zebranych danych w tym formularzu miało na celu ułatwienie w przyszłości korzystania z dostępnych,

znanych i ocenionych (pod kątem ich znaczenia i możliwości uzyskania) źródeł informacji o skali problemu według przekonania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości.

2.3.3. Dane epidemiologiczne – choroby zakaźne

Istniejące dane epidemiologiczne, które identyfikowano na tym etapie badania, dotyczyły częstości występowania i zapadalności na zakażenie HIV, zachorowalności na AIDS, a także chorób zakaźnych istotnych z punktu widzenia narkomanii iniekcyjnej oraz epidemiologicznie powiązane z HIV/AIDS takich, jak:

- wirusowe zapalenie wątroby B,
- wirusowe zapalenie wątroby C,
- gruźlica,
- kiła,
- inne choroby zakaźne przenoszone drogą kontaktów seksualnych.

Należało uwzględnić informacje o występowaniu szczepów opornych HIV oraz oporności prątków gruźlicy. Projekt przewidywał pozyskanie danych o powyższych schorzeniach w kraju, regionie (województwo zachodniopomorskie) i mieście (Szczecin), a także w więzieniach i aresztach znajdujących się na terenie regionu.

2.3.4. Dane epidemiologiczne – narkomania iniekcyjna

Istniejące dane charakteryzujące zjawisko konsumpcji narkotyków miały określić rodzaj przyjmowanych środków psychoaktywnych i grupy „ryzyka” odurzania się (z uwzględnieniem płci, wieku, orientacji seksualnej, pochodzenia). Należało także określić skalę problemu w kraju, regionie (województwo zachodniopomorskie) i mieście (Szczecin) oraz w więzieniach i aresztach.

2.3.5. Dane epidemiologiczne – opis działań przeprowadzonych przez zespół badawczy.

Tę fazę RPAR przeprowadzono w trzech etapach (według wytycznych z Modułu II): etap 1: **pozyskanie** danych; etap 2: **ocena** (ewaluacja) danych; etap 3: **identyfikacja kluczowych ustaleń** wynikających z analizy danych. Badania trwały od 15 stycznia do 28 lutego 2005 r.

Etap 1: Dane pozyskiwano ze stron internetowych instytucji państwowych (Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Krajowe Centrum ds. AIDS), pozycji książkowych (publikacja Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2004) oraz w formie informacji ustnych i pisemnych – na prośbę członków zespołu badawczego (od konsultantów wojewódzkich ds. gruźlicy oraz ds. dermatologii i wenerologii, kierowników jednostek prowadzących leczenie osób żyjących z HIV/AIDS, Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego). Źródłem danych były również publikacje medyczne (przygotowywane do druku – informacje pozyskane od autorów) – w zakresie oporności HIV na leki antyretrowirusowe.

Dane dotyczące zjawiska narkomanii iniekcyjnej otrzymano od organizacji pozarządowych (MONAR, Powrót z U) oraz z placówek leczniczych (Program Metadonowy, Oddział Terapii Uzależnień) w formie kopii pisemnych zestawień przygotowywanych przez te organizacje dla celów sprawozdawczości. Zgromadzone informacje (dane epidemiologiczne) zestawiono w tabelach.

Etap 2: Oceny (ewaluacji) danych dokonano wykorzystując Formularze Ewaluacji Danych. Każde źródło informacji zostało oznaczone identyfikatorem liczbowym (unikalnym dla poszczególnego źródła danych). W Formularzu przypisano każdemu źródłu sferę tematyczną pozyskanych danych (np. choroba – HIV, liczba narkomanów iniekcyjnych w Szczecinie itp.) – z jednego źródła można było otrzymać informacje dotyczące różnych sfer tematycznych. Dla każdego pakietu danych określono – w formie komentarza – wiarygodność i ograniczenia uzyskanych informacji (np. czy są to dane rzeczywiste bądź szacunkowe, czy inne źródła podają odmienne informacje itp.). W Formularzu Ewaluacji Danych odnotowano również uwagi odnośnie dostępu do danych (w jaki sposób dotrzeć do źródła, czy dostęp jest stały i informacje są aktualizowane na bieżąco – w przypadku stron Sieci etc.).

Etap 3: W tej fazie opracowywania danych zespół badawczy wskazywał kluczowe, najważniejsze odkrycia w poszczególnych sferach tematycznych. Analizowano wnioski z raportów i sprawozdań, trendy rozwoju i dynamikę szerzenia się chorób, charakterystykę geograficzną i demograficzną badanych zjawisk (np. stabilna liczba zachorowań na gruźlicę, obniżający się wiek użytkowników narkotyków). Każde z kluczowych ustaleń zostało przypisane w oddzielnym Formularzu Kluczowych Ustaień adekwatnemu źródłu danych.

Formularze Kluczowych Ustaień przygotowano w taki sposób, aby:

1. zaprezentować wnioski, zaobserwowane trendy oraz tendencje Regionalnemu Gremium Doradczemu
2. móc wykorzystać niektóre z kluczowych ustaleń w raporcie z projektu.

2.4. Regionalne Gremium Doradcze (*Community Action Board* – CAB)

Już w pierwszym tygodniu trwania projektu zespół badawczy przystąpił do rekrutacji członków Regionalnego Gremium Doradczego (*Community Action Board* – CAB). Na wstępie zespół dokonał **identyfikacji instytucji**, których przedstawiciele stanowiliby pożądanymi uczestnikami Regionalnego Gremium Doradczego (*Community Action Board* – CAB). Sporządzona wówczas lista zawierała następujące instytucje:

1. Program leczenia substytucyjnego,
2. ZOZ Zdroje – lecznictwo stacjonarne,
3. Klinika Chorób Zakaźnych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie,
4. Zakład Toksykologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie,
5. Prokuratura Okręgowa w Szczecinie,
6. Sąd Okręgowy w Szczecinie,
7. Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie,
8. „Powrót z U” – organizacja pozarządowa zrzeszająca rodziny osób uzależnionych,
9. Stowarzyszenie MONAR – organizacja pozarządowa pracująca z osobami uzależnionymi,
10. Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii,
11. Szkoły publiczne w Szczecinie,
12. Zakład karny w Nowogardzie,
13. Areszt śledczy w Szczecinie,

Równolegle z identyfikacją najważniejszych instytucji związanych z przeciwdziałaniem narkomanii w regionie, zespół badawczy opracował **Informację o projekcie „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków w krajach byłego Związku Radzieckiego oraz krajach Centralnej i Wschodniej Europy (RPAR)”**. Informacja ta miała być przedstawiana osobom zapraszającym do wzięcia udziału w spotkaniach Regionalnego Gremium Doradczego w celu przybliżenia tematyki i metodologii badania.

Następnie zespół badawczy przystąpił do **indywidualnych spotkań** z osobami reprezentującymi instytucje wyszczególnione na liście. Zainteresowanie projektem wśród

osób reprezentujących politykę zdrowotną i społeczną było bardzo duże, wszyscy zgodzili się wziąć udział w pierwszym spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego (*Community Action Board* – CAB). Okazało się jednak, że spotkania z osobami reprezentującymi organy ścigania i wymiar sprawiedliwości są trudne, osoby te bowiem, z racji wykonywanego zawodu, są bardzo ostrożne przy angażowaniu się w jakiegokolwiek nowe przedsięwzięcia. Ta trudność spowodowała, że zespół zmuszony był poszukać jakiegoś sposobu, który uwiarygodniałby sam projekt i związane z nim przedsięwzięcia w oczach potencjalnych jego uczestników. Dlatego też zespół postanowił wystąpić z wnioskiem o objęcie projektu patronatem przez Prezydenta Miasta Szczecina, który to wniosek został rozpatrzony pozytywnie.

Na **pierwsze spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego** zaproszono 25 osób zidentyfikowanych jako osoby mające wiedzę lub doświadczenie w obszarze problematyki uzależnień.

I) Pierwsze spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego – CAB #1 odbyło się 9 marca 2005 roku w gmachu Urzędu Miasta. Program spotkania CAB #1 był następujący:

- a) Przedstawienie się uczestników spotkania z podaniem miejsca pracy, związków wykonywanego zawodu z problematyką narkotyków i narkomanii;
- b) przedstawienie założeń projektu badawczego RPAR (metodologia, cel badawczy, ramy czasowe, szczególny nacisk na rolę Regionalnego Gremium Doradczego;
- c) prezentacja danych epidemiologicznych oraz danych pochodzących ze statystyk organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości (*existing epi and criminal justice data*), które do tego czasu zespół badawczy zdołał zgromadzić i wstępnie opracować; .
- d) przeprowadzenie zadania na Mapie Sił i Środków (Power Map Exercise) – zadanie to na pierwszym spotkaniu polegało na **wskazaniu** przez uczestników organizacji/instytucji/osób, mogących mieć wpływ na sytuację osób uzależnionych;
- e) wskazanie przez uczestników spotkania źródeł dostępu do danych epidemiologicznych i danych ze statystyk organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości.
- f) rozdanie uczestnikom formularzy świadomej zgody na udział w spotkaniach Regionalnego Gremium Doradczego, z prośbą o zaznajomienie się z treścią formularzy. Omówiono zasady i wymogi uzyskania świadomej zgody zgodnie z procedurami prowadzenia badań naukowych.

g) ustalenie terminu kolejnego spotkania.

Po zakończeniu spotkania zespół badawczy wpisał wskazane na spotkaniu źródła istniejących danych w formularzu Istniejących Źródeł Danych (*Existing Data Sources*). Zespół dokonał też wewnętrznej charakterystyki podmiotów zidentyfikowanych na Mapie Sił i Środków. Członkowie zespołu badawczego zakończyli zbieranie istniejących danych epidemiologicznych, danych statystycznych organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości oraz przepisów prawa. Informacje te zostały zestawione w formularzach i przygotowane do rozdania uczestnikom Regionalnego Gremium Doradczego na kolejnym spotkaniu.

Na początku kwietnia polski zespół badaczy RPAR odbył szkolenie w zakresie zbierania danych ilościowych (prowadzenia grup fokusowych oraz przeprowadzania wywiadów) prowadzone przez badacza ze Stanów Zjednoczonych, epidemiologa, dr Patricie L. Case.

II) Drugie spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego – CAB #2 odbyło się 20 kwietnia 2005 roku. Program spotkania CAB #2 był następujący:

- a) krótka prezentacja danych epidemiologicznych oraz danych pochodzących ze statystyk organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, (komplet zebranych danych uczestnicy otrzymali w segregatorach),
- b) wskazanie problemów wynikających z zebranych danych, istotnych dla sytuacji osób uzależnionych,
- c) ponowne przeprowadzenie zadania na Mapie Sił i Środków – wskazanie nowych podmiotów, mogących mieć wpływ na sytuację osób, które w regionie przyjmują narkotyki w drodze iniekcji,
- d) przeprowadzenie zadania „Problemów i Rozwiązań” (*Problems and Solutions Exercise*) – uczestnicy CAB skoncentrowali się na przede wszystkim na problemie osoby uzależnionej od narkotyków, która wchodzi w konflikt z prawem.
- e) ustalenie z członkami Regionalnego Gremium Doradczego listy potencjalnych uczestników Grup Fokusowych w dziedzinach: 1) pracownicy służby zdrowia zajmujący się leczeniem uzależnionych (*drug treatment providers and clinical health care providers*); 2) osoby interweniujące w sytuacjach ryzykownych (*interventionists*); 3) organy ścigania i wymiar sprawiedliwości (*law enforcement*); zespół badawczy poprosił o zgodę na indywidualne kontakty z obecnymi na spotkaniu

członkami CAB w celu doprecyzowania listy potencjalnych uczestników grup fokusowych,

- f) ustalenie z Regionalnym Gremium Doradczym listy potencjalnych informatorów systemowych i interakcyjnych, czyli osób, z którymi miały być przeprowadzone indywidualne wywiady,
- g) zebranie od uczestników podpisanych formularzy świadomej zgody na udział w spotkaniach Regionalnego Gremium Doradczego.

Po drugim spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego zespół badawczy uporządkował notatki ze spotkania, ze szczególnym uwzględnieniem notatek z przeprowadzonego zadania Problemów i Rozwiązań (*Problems and Solutions Exercise*) oraz ćwiczenia na Mapie Sił i Środków (*Power Map Exercise*). Ponadto zespół wpisał potencjalnych kandydatów na uczestników grup fokusowych w formularzu „Sugerowani członkowie Grup Fokusowych” (*Suggested Focus Groups Members*) oraz potencjalnych respondentów wywiadów systemowych i interakcyjnych w formularzu „Lista kandydatów na informatorów systemowych i interakcyjnych” (*System and Interactor Participants Candidate List*).

Między drugim a trzecim spotkaniem Regionalnego Gremium Doradczego, zespół badawczy zorganizował spotkanie grupy fokusowej z pracownikami służby zdrowia (grupa fokusowa #1). Po tym spotkaniu grupy fokusowej, zespół badawczy, biorąc pod uwagę doświadczenie i wiedzę jednego z uczestników Grupy, zaprosił go do udziału w dalszych spotkaniach Regionalnego Gremium Doradczego.

III) Trzecie spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego – CAB #3 odbyło się 16 maja 2005 roku. Spotkanie CAB #3 miało następujący przebieg:

- a) przedstawienie kluczowych informacji zebranych podczas spotkania grupy fokusowej złożonej z pracowników służby zdrowia (grupa fokusowa #1),
- b) ponowne przeanalizowanie rozkładu wpływów i sił na Mapie Sił i Środków (*Power Map*),
- c) przeprowadzenie ćwiczenia Problemów i Rozwiązań (*Problems and Solutions Exercise*), podstawą ćwiczenia były problemy zidentyfikowane podczas spotkania Grupy Fokusowej#1,
- d) poproszenie członków Regionalnego Gremium Doradczego o wskazanie dodatkowych osób, mogących pełnić rolę informatorów systemowych i interakcyjnych,

- e) przedstawienie planu zadań na następne tygodnie, i wskazanie ram czasowych na realizację poszczególnych zadań: organizację pozostałych spotkań grup fokusowych, przystąpienie do przeprowadzania wywiadów systemowych i interakcyjnych.

Po trzecim spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego zespół badawczy uporządkował notatki z przeprowadzonego ćwiczenia Problemów i Rozwiązań w odpowiednim formularzu, wprowadził wskazane przez uczestników spotkania zmiany na Mapie Sił i Środków. Następnie zespół przystąpił do rekrutacji uczestników pozostałych grup fokusowych oraz do rekrutacji informatorów systemowych i interakcyjnych.

Pomiędzy trzecim a czwartym spotkaniem Regionalnego Gremium Doradczego zespół badawczy przeprowadził 2 wywiady z informatorami systemowymi i interakcyjnymi.

31 maja 2005 roku członkowie polskiego zespołu badawczego odbyli szkolenie w zakresie realizacji dalszych zadań przewidzianych przez projekt RPAR, na którym prowadzący szkolenie profesor Scott Burris uznał, że zespół zebrał zbyt mało danych jakościowych (w rozumieniu ilości przeprowadzonych spotkań grup fokusowych i wywiadów interakcyjnych i systemowych), aby przystąpić do realizacji czwartego spotkania Regionalnego Gremium Doradczego z określonym programem spotkania. Ponieważ termin kolejnego spotkania został już ustalony na 8 czerwca 2005, profesor Burris zasugerował, by spotkanie to odbyło się jako spotkanie „dodatkowe”, określone jako CAB #3a).

Na spotkaniu tym zespół przedstawił dotychczasowe postępy w realizacji projektu oraz zachęcił uczestników do dyskusji na temat problemu osób przyjmujących narkotyki w drodze iniekcji w Szczecinie. Moderowana dyskusja wniosła wiele nowych informacji, które członkowie zespołu wzięli pod uwagę przy realizacji dalszych zadań projektu.

Po tym „dodatkowym” spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego, zespół badawczy zorganizował spotkania pozostałych grup fokusowych:

- z osobami interweniującymi w sytuacjach ryzykownych – grupa fokusowa #2
- z osobami reprezentującymi wymiar sprawiedliwości i organy ścigania – grupa fokusowa #3).

Ponadto przeprowadzono kolejne wywiady z informatorami systemowymi i interakcyjnymi oraz zainicjowano wywiady z osobami przyjmującymi narkotyki w drodze iniekcji.

IV) **Czwarte spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego – CAB #4** odbyło się 19 lipca 2005 roku. Program spotkania CAB #4 był następujący:

- a) przedstawienie informacji zebranych podczas spotkań grup fokusowych #2 i #3, prezentacja informacji zebranych podczas indywidualnych wywiadów z informatorami systemowymi i interakcyjnymi oraz osobami przyjmującymi narkotyki w drodze iniekcji,
- b) ponowne przeanalizowanie rozkładu sił na Mapie Sił i Środków (*Power Map*),
- c) przeprowadzenie ćwiczenia Problemów i Rozwiązań (*Problems and Solutions Exercise*) w oparciu o dane przedstawione przez zespół badawczy,
- d) przeprowadzenie ćwiczenia Przyczyn Źródłowych (*Root Causes Exercise*) dla zidentyfikowania podstawowych przyczyn zaistniałych problemów.

Po spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego # 4, zespół badawczy uporządkował notatki ze spotkania. Członkowie zespołu uaktualnili Mapę Sił i Środków, wypełnili formularz Problemów i Rozwiązań oraz przypisali zidentyfikowane przez członków CAB podstawowe przyczyny istniejących problemów.

Przed przystąpieniem do analizy zebranych danych i opracowywania Planu Działania, członkowie zespołu zostali przeszkoleni przez profesor Zitę Lazzarini w zakresie analizowania zebranych informacji, poszukiwania rozwiązań i planowania dalszych działań.

Między czwartym i piątym spotkaniem Regionalnego Gremium Doradczego, członkowie zespołu badawczego zakończyli zbieranie danych ilościowych oraz przystąpili do pisania Raportu Końcowego, w którym skoncentrowano się na opisywaniu najważniejszych **kluczowych ustaleń** projektu (*Key Findings*). Opis kluczowych ustaleń projektu został dołączony do zaproszeń na kolejne, piąte spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego. Zespół po konsultacji z badaczami ze Stanów Zjednoczonych ustalił też, że pozostałe kluczowe odkrycia zostaną dołączone do Raportu Końcowego w postaci odrębnego załącznika.

V) **Piąte spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego – CAB #5** odbyło się 12 października 2005 roku. Spotkanie CAB #5 tym razem miało charakter warsztatu. W programie spotkania znalazły się następujące działania:

- a) przeprowadzenie ćwiczenia przyczyn źródłowych dla problemów zidentyfikowanych w toku badań,
- b) poszukiwanie możliwych rozwiązań dla istniejących problemów,
- c) ustalenie wykonalności zadań wskazanych przez członków Regionalnego Gremium Doradczego oraz wyznaczenie priorytetów dla poszczególnych zadań, (*Priority Setting Exercise*)
- d) wstępne ustalenie podmiotów odpowiedzialnych za realizację wskazanych zadań.

Po spotkaniu zespół badawczy uporządkował notatki ze spotkania w odpowiednich formularzach. Przyczyny źródłowe problemów i możliwe reakcje zostały wpisane do **Formularza Analizy i Planu Działania 1** (*Analysis and Action Plan Form 1*); notatki z przebiegu ustalania priorytetów odnośnie do planowanych zadań, czynniki ułatwiające i utrudniające realizację planowanych zadań zostały uporządkowane w **Formularzu Analizy i Planu Działania 2** (*Analysis and Action Plan Form 2*).

VI) **Szóste spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego – CAB #6** odbyło się 24 października 2005 roku. Program spotkania CAB #6 przewidywał:

- a) ponowne przejście hierarchii wskazanych rozwiązań pod kątem ich wykonalności – przeprowadzenie ćwiczenia wyznaczania priorytetów (*Priority Setting Exercise*),
- b) ponowne rozważenie, jakie podmioty mają być odpowiedzialne za wdrażanie rozwiązań; wskazanie adresatów poszczególnych rozwiązań ; zastanowienie się nad tym, jakie strategie mogą być potrzebne dla realizacji poszczególnych rozwiązań (strategie zasobowe, narzędziowe i zmiany mentalności) – wypełnienie Formularza Ćwiczenia na Mapie Sił i Środków (*Power Map Exercise Form*),
- c) podzielenie rozwiązań na poszczególne, drobne działania cząstkowe, wyznaczenie orientacyjnych ram czasowych dla tych cząstkowych działań, ustalenie wskaźników wyznaczających osiągnięcie kolejnych etapów na drodze do realizacji rozwiązania (wskaźniki sukcesu) – wypełnienie Formularza Analizy i Planu Działania 3 (*Analysis and Action Plan Form 3*).

Po szóstym spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego członkowie zespołu badawczego dokonali opracowywania Raportu Końcowego.

VII) **Siódme spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego** – CAB #7 odbyło się 24 listopada 2005. Przedmiotem spotkania CAB #7 było omówienie wstępnej wersji Raportu Końcowego oraz kroków, które mają zostać podjęte w ramach realizacji Planu Działania.

2.5. Grupy fokusowe (*Focus Groups*)

Założeniem projektu RPAR było zorganizowanie spotkań 3 grup fokusowych, czyli zorganizowanie 3 wywiadów zbiorowych. Pierwsza grupa miała być złożona z przedstawicieli służby zdrowia (lekarze i terapeuci). Drugą grupę miały tworzyć osoby interweniujące w sytuacjach kryzysowych, na co dzień stykające się z problemami osób przyjmujących środki psychoaktywne (przedstawiciele organizacji pozarządowych, których zadaniem jest pomoc osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych i przeciwdziałanie ich marginalizacji społecznej). Trzecia grupa miała składać się z przedstawicieli organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości (policjanci, prokuratorzy, sędziowie).

I) **Spotkanie pierwszej grupy fokusowej - FG #1** odbyło się 6 maja 2005 roku. Grupę utworzyły następujące osoby: lekarz Działu Pomocy Doraźnej (pogotowie), lekarz specjalista chorób zakaźnych z Kliniki Chorób Zakaźnych w Szczecinie, psycholog z Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych w Szczecinie, psychoterapeuta z programu leczenia substytucyjnego w Szczecinie i psycholog z programu leczenia substytucyjnego, specjalizujący się również w zakresie medycyny rodzinnej.

Moduł III materiałów szkoleniowych dotyczący prowadzenia grup fokusowych zawierał bloki tematyczne, wokół których należało prowadzić dyskusję. Zespół badawczy przed planowanym spotkaniem grupy fokusowej #1, bazując na blokach tematycznych, opracował zestaw pytań pomocniczych, pozwalających na lepsze moderowanie dyskusji.

Członkowie pierwszej grupy fokusowej mieli wątpliwości związane z koniecznością podpisania formularza świadomej zgody jako warunku uczestnictwa w grupie.

Po spotkaniu członkowie zespołu badawczego przystąpili do uporządkowywania informacji zebranych w trakcie warsztatowych zajęć z grupą. Pomocne okazało się nagranie przebiegu spotkania na dyktafon. Dane zostały zebrane na formularzu, na podstawie którego członkowie zespołu badawczego przygotowali prezentację w formacie Power Point na kolejne spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego

II) **Spotkanie drugiej grupy fokusowej – FG #2** odbyło się 10 czerwca 2005 roku. Grupa składała się z: reprezentanta organizacji pozarządowej Powrót z „U”, reprezentanta organizacji pozarządowej TADA, będącego również kuratorem społecznym i pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, psychoterapeuty uzależnień z ośrodka ZOZ „Zdroje”, gdzie osoby uzależnione od środków psychoaktywnych poddawane są detoksykacji oraz psychoterapeuty uzależnień pracującego dla jednej z organizacji założonych przez Kościół katolicki w Szczecinie.

Prowadząc to spotkanie, zespół badawczy oparł się na zestawie pytań pomocniczych, przygotowanych w oparciu o bloki tematyczne zawarte w Module III. Ta grupa w dyskusji nad tematami, m.in. powtórzyła informacje, które w części uzyskano podczas spotkania poprzedniej grupy (FG #1).

Również te dane zostały opracowane w sposób umożliwiający ich najbardziej przejrzystą prezentację na spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego.

III) **Spotkanie trzeciej grupy fokusowej – FG #3** odbyło się 8 lipca 2005 roku. W spotkaniu wzięli udział: policjant z Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie, prokurator Prokuratury Rejonowej w Szczecinie, sędzia Sądu Rodzinnego i sędzia wydziału karnego Sądu Rejonowego w Szczecinie.

Grupa ta podała wiele informacji dotyczących zasad funkcjonowania policji, prokuratury i sądów w praktyce, problemów, z którymi stykają się te instytucje w związku z prowadzeniem spraw dotyczących osób przyjmujących środki odurzające. Informacje zebrane podczas tego spotkania także zostały uporządkowane w formularzu, a następnie przedstawione członkom Regionalnego Gremium Doradczego w postaci prezentacji Power Point.

2.6. Wywiady

2.6.1. Wywiady systemowe i interakcyjne (*System & Interactor Interviews*)

Metodologia projektu zakładała przeprowadzenie 26 wywiadów z Informatorami Systemu i Informatorami Interakcyjnymi. Przeprowadzenie wywiadów miało na celu uzyskanie wiedzy **w zakresie następujących obszarów tematycznych:**

1. egzekwowanie przepisów prawa dotyczących narkotyków,
2. egzekwowanie przepisów prawa związanych z prostytutką,

3. egzekwowanie przepisów prawa związanych z zachowaniami homoseksualnymi,
4. egzekwowanie przepisów prawa związanych z zakażeniem lub narażeniem na zakażenie wirusem HIV,
5. funkcjonowanie sądów i więzień,
6. strategie działania wobec zjawiska narkomanii,
7. redukcja szkód i strategie w zakresie zdrowia publicznego,
8. zasoby orędownictwa/lobbowania (*advocacy resources*),
9. epidemiologia zakażeń HIV i stosowania narkotyków,
10. źródła danych z zakresu wymiaru sprawiedliwości.

Dla uzyskania **wywiadów systemowych i interakcyjnych należało przeprowadzić wywiady z:**

1. urzędnikami zakładów penitencjarnych
2. sędziami,
3. nauczycielami akademickimi prawa,
4. przedstawicielami władz lokalnych,
5. pracownikami policji,
6. prokuratorami,
7. strażnikami więziennymi,
8. przedstawicielami władz lokalnych zajmującymi się „polityką” zdrowotną,
9. osobami zajmującymi kierownicze stanowiska w systemie opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi od środków odurzających,
10. lekarzami praktykami
11. lekarzami Działu Pomocy Doraźnej (pogotowia),
12. osobami zajmującymi się redukcją szkód związanych z iniekcyjnym stosowaniem narkotyków,
13. personelem zakładów opieki zdrowotnej dla osób uzależnionych od środków odurzających,
14. personelem organizacji pozarządowych zajmujących się opieką nad osobami przyjmującymi środki odurzające w drodze iniekcji,
15. personelem organizacji pozarządowych działających w problematyce HIV/AIDS.

W ramach wywiadów z Informatorami Systemowymi i Interakcyjnymi, zespół badawczy przeprowadził rozmowy z: urzędnikiem więzienia, strażnikiem więziennym, terapeutą więziennym, prokuratorem, nauczycielem akademickim specjalizującym się w prawie karnym, przedstawicielem samorządu terytorialnego, zaangażowanym także w politykę dotyczącą przeciwdziałania marginalizacji społecznej, przedstawicielami policji, osobami pracującymi w placówkach opieki zdrowotnej (zarówno osobami kierującymi takimi jednostkami, jak i lekarzami zajmującymi się na co dzień uzależnionymi pacjentami), personelem medycznym placówek służby zdrowia zajmujących się osobami zakażonymi HIV/AIDS, lekarzem Działu Pomocy Doraźnej (pogotowia), osobami realizującymi programy z zakresu redukcji szkód, osobami udzielającymi pomocy osobom uzależnionym w ramach pracy w organizacjach pozarządowych, kuratorem społecznym i adwokatem.

Pierwsze wywiady systemowe i interakcyjne miały miejsce w maju 2005 roku, ostatnie zaś we wrześniu 2005.

2.6.2. Wywiady z osobami przyjmującymi narkotyki w drodze iniekcji (wywiady IDU – *IDU Interviews*)

W okresie od maja do sierpnia 2006 zespół badawczy przeprowadził wywiady z 14 użytkownikami środków odurzających przyjmowanych w drodze iniekcji. Zgodnie z wymogami metodologii, wśród respondentów miały znaleźć się następujące osoby:

- 2 mężczyzn,
- 2 kobiety,
- 2 osoby prostytuujące się (mężczyźni),
- 2 osoby prostytuujące się (kobiety),
- 2 nowych użytkowników narkotyków iniekcyjnych
- 2 mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami,
- 2 osoby pochodzące ze znaczących lokalnie mniejszości (imigranci z krajów byłego Związku Radzieckiego, Romowie).

Zespół badawczy przeprowadził 14 wywiadów z użytkownikami narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji, jednak napotkał problemy w znalezieniu takich osób wśród lokalnych znaczących mniejszości, okazało się bowiem, że Szczecin jest stosunkowo jednolity pod względem narodowości mieszkańców. Były także pewne trudności w

nakłonieniu mężczyzn sprzedających usługi seksualne do udzielenia wywiadu, choć znaleziono takie osoby.

2.7. Analiza zgromadzonych danych oraz sformułowanie Planu Działania

Wszystkie zgromadzone dane zostały przedstawione Regionalnemu Gremium Doradczemu, które wyłoniło z nich te, które mogą rodzić najistotniejsze problemy w praktyce. Zadaniem członków Gremium była wnikliwa analiza tych problemów, poszukiwanie przyczyn leżących u ich źródła oraz znalezienie rozwiązań możliwych do zrealizowania. Kolejne działania Regionalnego Gremium Doradczego zmierzały do wskazania kolejności realizacji wskazanych rozwiązań, przy czym kryterium stanowiła wykonalność każdego z nich. Kroki te, podjęte przez Regionalne Gremium Doradcze, wyznaczone były przez program 3 ostatnich spotkań CAB (patrz: pkt 2.4. – CAB #5, CAB #6, CAB #7). Ostatnim etapem prac podjętych przez Regionalne Gremium Doradcze było przygotowanie Planu Działania, obejmującego planowane rozwiązania zidentyfikowanych problemów, rozłożone na poszczególne etapy.

3. Rezultaty - Istniejące dane – dane ilościowe (existing data – quantitative data)

3.1. Ustawodawstwo (Law on the books):

3.1.1. Przepisy dotyczące podaży narkotyków

Problematykę narkotyków i narkomanii w czasie, gdy zaczęto realizować projekt badawczy RPAR, regulowała ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 24 kwietnia 1997 roku (Dz. U. Nr 75, poz. 468 z późn. zm.), w dalszej treści nazywana „uopn”. W trakcie realizacji projektu, 29 lipca 2005 roku Sejm uchwalił nową ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie we wrześniu 2005 roku (Dz. U. Nr 179 poz. 1485). Ponieważ jednak praktyka organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, stanowiąca przedmiot zainteresowania projektu, była realizowana w oparciu obowiązującą wcześniej ustawę, poniżej przedstawiony zostanie ogólny zarys ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, z odniesieniem do zmian wprowadzonych przez ustawę z 2005 roku.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku zawiera szeroki katalog przestępstw leżących po stronie **nielegalnej podaży narkotyków**. Artykuł 40 ustawy określa przestępstwo polegające na: wytwarzaniu, przetwarzaniu albo przerabianiu środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także przetwarzaniu mleczka makowego lub słomy makowej. Analogiczne przestępstwo stypizowane zostało w art. 53 uopn z 2005 roku. Artykuł 41 uopn z 1997 r. określa przestępstwo wyrabiania, przechowywania, zbywania lub nabywania przyrządów przeznaczonych do niedozwolonego wytwarzania, przetwarzania lub przerobu środków odurzających lub substancji psychotropowych (ustęp 1), jak również przystosowywania do niedozwolonego wytwarzania, przetwarzania lub przerobu środków odurzających lub substancji psychotropowych naczyń i przyrządów (ustęp 2 punkt 1). W nowej ustawie odpowiednikiem starego art. 41 jest art. 54 uopn z 2005 r. Przestępstwami stypizowanymi w artykule 42 uopn z 1997 r. są również: przywóz z zagranicy, wywóz za granicę lub przewóz środków odurzających, substancji psychotropowych, mleczka makowego lub słomy makowej. Nowa ustawa w art. 55 dodatkowo rozszerzyła zakres kryminalizacji o takie zachowania jak: wewnątrzwspólnotowe nabycie czy wewnątrzwspólnotowa dostawa. Na mocy art. 43 uopn z 1997 r. (obecnie art. 56 uopn z 2005 r.) przestępstwem jest wprowadzanie tych środków do obrotu. W myśl ustawy z 1997 r. karalne jest także przygotowanie do przestępstw określonych w art. 42 i 43 (art. 44 uopn z 1997 r.– art. 57 uopn

z 2005 r.). Czynem zabronionym w ustawie z 1997 r. pod groźbą kary jest również wytwarzanie, przetwarzanie, przerabianie, przywóz z zagranicy, wywóz za granicę, przewóz w tranzycie, nabywanie, posiadanie lub przechowywanie prekursorów, jeżeli te działania mają na celu niedozwolone wytworzenie środka odurzającego lub substancji psychotropowej (art. 47 ustawy). Analogiczne przestępstwo określone zostało w art. 61 ustawy z 2005 r. W art. 49-51 uopn z 1997 r. stypizowano czyny zabronione związane z nielegalną uprawą maku i konopi, a także ich zaborem w celu przywłaszczenia (art. 63-65 uopn z 2005 r.).

3.1.2. Przestępstwo ułatwiania lub umożliwiania użycia narkotyku a problematyka redukcji szkód

W art. 45 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku określono typ podstawowy przestępstwa polegający na udzielaniu innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwianiu albo umożliwianiu ich użycia albo nakłanianiu do użycia takiego środka lub substancji. Ustęp 2 tego artykułu typizuje typ kwalifikowany, w którym adresatem zachowań określonych w ust. 1 jest małoletni. W identyczny sposób przestępstwo to zostało sformułowane w nowej ustawie w art. 58. W tym miejscu należy zaznaczyć, że art. 45 uopn z 1997 roku w powyższym brzmieniu został wprowadzony do ustawy nowelizacją z 2000 roku. Wcześniej bowiem ułatwianie lub umożliwianie użycia narkotyku było przestępstwem wyłącznie wówczas, gdy miało na celu osiągnięcie korzyści majątkowej lub osobistej. Kryminalizacja ułatwiania lub umożliwiania użycia narkotyku bez takiego celu, wprowadzona nowelizacją z 2000 roku spowodowała liczne **wątpliwości interpretacyjne związane z legalnością programów wymiany igieł i strzykawek organizowanych w ramach redukcji szkód zdrowotnych wynikających z używania narkotyków**. Powstało bowiem pytanie, czy osoba prowadząca wymianę sprzętu iniekcyjnego wypełnia znamiona przestępstwa z art. 45 uopn z 1997 r., innymi słowy, czy jej zachowanie polegające na dostarczaniu sterylnego sprzętu iniekcyjnego w zamian za oddany sprzęt zużyty stanowi ułatwianie lub umożliwianie użycia narkotyku? Wątpliwości te zostały rozwiane dopiero dzięki kolejnej nowelizacji ustawy, dokonanej w 2001 roku, kiedy to do art. 1 ust. 2 ustawy, dodano punkt 6, w myśl którego przeciwdziałanie narkomanii obejmuje również ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych. Ten zabieg legislacyjny stanowił sygnał, że redukcja szkód jako jeden z elementów przeciwdziałania narkomanii jest społecznie pożyteczna i zasługuje na ochronę prawną. Artykuł 1 ust. 2 punkt 6 stanowi ogólną klauzulę interpretacyjną, która powoduje, że

w razie wątpliwości interpretacyjnych związanych z działaniami w ramach redukcji szkód, wątpliwości nie należy rozstrzygać na ich niekorzyść.

Twórcy projektu nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dążyli do jednoznacznego uregulowania prawnej dopuszczalności programów redukcji szkód. Otóż art. 58 projektu proponował, aby z zakresu podmiotów mogących

Kryminalizacja ułatwiania lub umożliwiania użycia narkotyku w art. 58 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. może stanowić zagrożenie dla dalszego rozwoju programów redukcji szkód

popęłnić przestępstwo udzielania, ułatwiania, umożliwiania lub nakłaniania do użycia narkotyku wyłączyć osoby działające w ramach systemu ochrony zdrowia. Takie rozwiązanie, mimo że nie zostało zbyt fortunnie sformułowane, było wyrazem przekonania, że programy redukcji szkód funkcjonują właśnie w ramach systemu ochrony zdrowia, zaś taki zapis pozwoli na rozwój nie tylko podstawowych form redukcji szkód, takich jak wymiana igieł i strzykawek ale też tych bardziej zaawansowanych, jak np. organizowanie pomieszczeń higienicznych. Jednak ostateczna wersja ustawy, przyjęta przez Sejm w lipcu 2005 roku nie uwzględniła propozycji projektodawcy, powtarzając w nowym art. 58 ustawy brzmienie dotychczasowego art. 45 ustawy z 1997 roku.

Nowa ustawa zawiera także odniesienie do redukcji szkód, rozumiejąc pod tym pojęciem ograniczanie szkód nie tylko zdrowotnych ale także społecznych. Artykuł 2 uopn z 2005 roku stanowi bowiem, że: „Przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności (...) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych (...)”. Nowością wprowadzoną przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku jest ustawowe zdefiniowanie pojęcia ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych, które zgodnie z art. 4 pkt. 12 należy rozumieć jako „działania ukierunkowane na zmniejszenie problemów zdrowotnych i społecznych wynikających z używania w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych”.

Ponieważ jednak nowa ustawa w ostatecznej wersji nie wprowadziła żadnych zmian w co do zakresu kryminalizacji „udzielania, ułatwiania, umożliwiania lub nakłaniania do użycia środków odurzających”, nowy art. 2 punkt 2 ustawy należy traktować analogicznie do art. 1 ust 2 pkt 6 starej uopn z 1997 r, czyli jako ogólną klauzulę interpretacyjną, pozwalającą w razie wątpliwości interpretacyjnych, rozstrzygnąć je na korzyść programów redukcji szkód, z

uwzględnieniem jednak pozostałych przepisów ustawy, w tym przepisów kryminalizujących określone zachowania. Nie można bowiem ogólnej klauzuli interpretacyjnej traktować jako przepisu w sposób dorozumiany wyłączającego lub ograniczającego odpowiedzialność karną.

3.1.3. Posiadanie narkotyków w świetle polskiego ustawodawstwa

Posiadanie środków odurzających stanowiło przestępstwo na mocy art. 48 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku. Artykuł ten zawiera trzy typy przestępstwa posiadania: typ podstawowy (ustęp 1), typ uprzywilejowany, określony w ustawie jako przypadek mniejszej wagi (ustęp 2) oraz typ kwalifikowany, do którego znamion ustawowych należy znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych. Należy dodać, że w pierwotnej wersji ustawy z 1997 roku aż do nowelizacji z 2000 roku, artykuł 48 zawierał także ustęp 4, na mocy którego nie podlegał karze sprawca, który posiadał na własny użytek środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej.

Projekt Ministerstwa Zdrowia z 2005 roku nowelizacji ustawy zawierał propozycję powrotu do depenalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyku na

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku utrzymuje penalizację posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek

własny użytek. Jednak ostatecznie Sejm w lipcu 2005 roku przyjął wersję ustawy, w której w zakresie posiadania nie ma żadnych zmian w stosunku do poprzedniej regulacji. Jedyna zmiana to taka, że w art. 62 nowej ustawy, stanowiącym odpowiednik art. 48 uopn z 1997 roku zamieniono miejscami typ kwalifikowany z uprzywilejowanym. Typ kwalifikowany stypizowany jest w ust. 2 ustawy, zaś typ uprzywilejowany w ust. 3.

3.1.4. Postępowanie lecznicze, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych

Problematyka postępowania terapeutycznego z osobami uzależnionymi uregulowana została w Rozdziale 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku. Analogiczne regulacje zamieszczone są w Rozdziale 4 nowej ustawy z 2005 roku. W myśl zarówno starej ustawy jak i nowej, leczenie, rehabilitacja i readaptacja (zwana w nowej ustawie reintegracją) osób uzależnionych są dobrowolne, jeśli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Nowa ustawa nie zawiera znaczących zmian w zakresie leczenia osoby uzależnionej, gdyż do tej pory, na mocy art. 14 ust. 1 uopn z 1997 r. leczenie prowadził zakład opieki zdrowotnej lub lekarz

wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, obecnie zaś, zgodnie z art. 26 ust. 1 nowej ustawy, leczenie może prowadzić zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym także w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Nowa ustawa stawia jednak wyższe wymagania osobom lub podmiotom, uprawnionym do powadzenia rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych. Rehabilitację w myśl art. 26 ust. 2 nowej ustawy mogą **prowadzić**: lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii, a także osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii uzależnień. W rehabilitacji, zgodnie z art. 26 ust. 3 uopn z 2005 r. może także **uczestniczyć** osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień. Do tej pory, zgodnie z art. 14 uopn z 1997 roku, oprócz zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza w ramach indywidualnej praktyki, rehabilitację mogły prowadzić także osoby posiadające wyższe specjalistyczne wykształcenie niemedyczne, zaś uczestniczyć w niej mogły inne osoby niż wyżej wymienione, z wykształceniem co najmniej średnim, o ile ukończyły specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnień, zgodnie z programem zatwierdzonym i certyfikowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Nowa ustawa przejęła poprzednią regulację w zakresie reintegracji społecznej, którą mogą prowadzić centra integracji społecznej, (tworzone na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym) oraz podmioty uprawnione do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.

Dopuszczalność stosowania **leczenia substytucyjnego** uregulowana została w art. 15 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku. W tym zakresie

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku poszerza krąg pomiotów mogących prowadzić leczenie substytucyjne

nowa ustawa przyjęła w art. 28 rozwiązania mające na celu ułatwienie otwierania programów leczenia substytucyjnego, a co za tym idzie, zwiększenie dostępności takiego leczenia dla osób uzależnionych. Według art. 15 ust. 2 starej ustawy z 1997 r., leczenie substytucyjne mógł prowadzić wyłącznie **publiczny** zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia wojewody działającego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Obecnie, zgodnie z art. 28 ust. 2, leczenie to może prowadzić zakład opieki zdrowotnej (a więc każdy zakład, nie tylko publiczny), po uzyskaniu zezwolenia wojewody, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii odnośnie do spełnienia wymagań określonych w przepisach. Rozszerzenie możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stało się konieczne w związku z zachodzącą transformacją służby zdrowia, zmierzającą do prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Postępująca prywatyzacja doprowadziła do tego, że niektóre duże miasta,

jak na przykład Wrocław pod rządami uopn z 1997 roku nie miały możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego ze względu na brak publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spełniających kryteria ustawy. Dotychczas, na mocy art. 15 ust. 3, zezwolenie na leczenie substytucyjne mógł otrzymać zakład opieki zdrowotnej, który posiadał odpowiednie warunki lokalowe i kadrowe, zapewniające realizację programu leczenia systemem ambulatoryjnym. Obecnie, zgodnie z nowym art. 28 ust. 3 kryteria stawiane zakładom opieki zdrowotnej, starającym się o zezwolenie na prowadzenie leczenia substytucyjnego są bardziej szczegółowe i obejmują: posiadanie apteki szpitalnej lub zawarcie umowy z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny, posiadanie pomieszczenia przystosowanego do: wydawania środka substytucyjnego, prowadzenia terapii grupowej, pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego, pobierania próbek do analizy, przechowywania i przygotowywania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych, posiadania odpowiednich warunków kadrowych zapewniających realizację programu prowadzenia leczenia ambulatoryjnego. W artykule 28 ust. 6 nowej ustawy powtórzono zapis z art. 15 ust. 4 ustawy z 1997 r., zgodnie z którym wydane zezwolenie cofa się, gdy zakład przestał spełniać warunki stanowiące podstawę jego wydania.

Nowa ustawa odrębnie uregulowała kwestie wydania zezwolenia na leczenie substytucyjne dla osób pozbawionych wolności. Do tej pory zezwolenia takie wydawane były na zasadach ogólnych, obecnie zasady ich wydawania reguluje art. 28 ust. 3 nowej ustawy, zgodnie z którym zezwolenie na leczenie substytucyjne w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności wydaje Dyrektor Generalny Służby Więziennej po zasięgnięciu opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W szczegółowych kwestiach związanych z prowadzeniem leczenia substytucyjnego, ustawa z 2005 roku w art. 28 ust. 7, podobnie jak ustawa z 1997 roku w art. 15 ust. 5 odsyła do rozporządzenia wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 6 września 1999 r. (Dz. U. Nr 77, poz. 873), znowelizowane w czerwcu 2004 r., szczegółowo reguluje problematykę związaną z naborem pacjentów do leczenia, zasad prowadzenia leczenia, wyłączenia pacjentów z programu, zasad podawania leku pacjentom oraz okoliczności pozwalających na wydanie pacjentowi leku do domu.

Rozporządzenie zawiera wiele obostrzeń, mających na celu zdyscyplinowanie pacjentów biorących udział w programie. Przede wszystkim paragraf 4 ust. 1 wprowadził

obowiązek wpisu każdej osoby przyjętej na leczenie do centralnego wykazu osób poddanych leczeniu substytucyjnemu. Rejestr ten prowadzony jest przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ma to na celu zapobieżenie sytuacji, w której ten sam pacjent bierze udział w więcej niż jednym programie. Kierownik każdego programu, na podstawie paragrafu 4 ust. 2 ma również obowiązek poinformować Instytut Psychiatrii i Neurologii o wyłączeniu pacjenta z leczenia substytucyjnego lub o jego zakończeniu.

Zgodnie z aktualnym polskim prawem, leczenie substytucyjne nadal ma charakter wysokoprogowy

Rozporządzenie w paragrafie 2 ust. 2

zdanie pierwsze stwierdza, że kierownik programu może wyłączyć z programu leczenia pacjenta, jeśli „trzykrotne kolejne lub pięciokrotne wykonane w ciągu 6 miesięcy badanie moczu potwierdza przyjmowanie innych niż stosowane w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych”. Równocześnie na podstawie paragrafu 2 ust. 2 zdanie drugie, kierownik może wyłączyć pacjenta, który nie przestrzega innych ważnych wymogów określonych programem. Nowelizacja rozporządzenia z czerwca 2004 roku wprowadziła istotną zmianę do zdania pierwszego tego paragrafu. Do czerwca 2004 roku bowiem rozporządzenie nie pozostawiało kierownikowi programu żadnej swobody w podjęciu decyzji co do wyłączenia takiego pacjenta z programu, przepis ten zobowiązywał kierownika programu do wyłączenia pacjenta po zaistnieniu przesłanek określonych w rozporządzeniu. Dokonana zmiana dała natomiast kierownikowi możliwość podejmowania każdorazowo decyzji po wystąpieniu którejkolwiek z przesłanek określonych w tym paragrafie. Rozporządzenie z 1999 roku wprowadza obowiązek ścisłej kontroli pacjentów, którzy na mocy § 6 ust. 6 przynajmniej raz w miesiącu badani są na obecność w moczu innych środków odurzających lub substancji psychotropowych niż podawane w ramach leczenia substytucyjnego. W wyniku nowelizacji rozporządzenia z czerwca 2004 roku usunięto zapis § 5 ust. 2 zd. 2, według którego wyniki wątpliwe lub sprzeczne z oświadczeniem pacjenta potwierdzane miały być przez laboratorium Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W wyniku nowelizacji rozporządzenie stwierdza tylko, że odmowa pacjenta poddania się badaniu może stanowić podstawę do wyłączenia pacjenta z leczenia substytucyjnego. Z tego zapisu wynika, że pacjent może odmówić poddania się badaniu, co z kolei może, ale nie musi doprowadzić w konsekwencji do wykluczenia go z programu. Pacjenci przyjęci do programu otrzymują od zakładu prowadzącego leczenie specjalne karty identyfikacyjne, zawierające informację o udziale w programie, adres oraz numer telefonu publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w którym przeprowadzane jest leczenie (§ 6 ust. 7 i § 6 ust. 8).

Omawiane rozporządzenie poświęca wiele uwagi środkom ostrożności, mającym na celu uniemożliwienie otrzymania środka przez osoby nieupoważnione lub przez samych pacjentów lecz w większej ilości, niż na to zezwala rozporządzenie. Paragraf 7 reguluje kwestie przechowywania i wydawania środka substytucyjnego. Rozporządzenie ustanawia również specjalną procedurę wydawania leku, który z apteki wydawany jest osobie upoważnionej przez kierownika programu, zgodnie z zapotrzebowaniem, podpisanym przez kierownika programu, w indywidualnych dawkach dziennych umieszczonych w specjalnych opakowaniach. Pacjentowi zaś wydaje się środek substytucyjny w indywidualnych dawkach dziennych, na podstawie recepty lub zapotrzebowania podpisanego przez kierownika programu. Kopia recepty lub zapotrzebowania dziennego musi pozostać u kierownika programu. Wydanie i odbiór środka substytucyjnego powinny zostać potwierdzone przez wydającego i odbierającego na egzemplarzu zapotrzebowania lub recepty. Ilość środka substytucyjnego przechowywanego w zakładzie nie może przekraczać ilości niezbędnej na trzydniowe leczenie pacjentów poddanych leczeniu substytucyjnemu w danym zakładzie. Roztwór przechowuje się w zamkniętych metalowych szafkach lub żelaznych kasetach przymocowanych w sposób trwały do ściany lub podłogi pomieszczenia. Każde wydanie środka musi zostać odnotowane w ewidencji rozchodu środka substytucyjnego, jaką muszą prowadzić wszystkie zakłady.

Rozporządzenie w §§ 8 i 9 określa szczegółowe warunki, jakie muszą spełnić zakłady, które ubiegają się o takie zezwolenie. Zakład taki powinien zatrudniać jako kierownika programu lekarza psychiatrę posiadającego co najmniej 3-miesięczny staż pracy w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących leczenie osób uzależnionych. W razie braku możliwości zatrudnienia takiego lekarza jako kierownika programu, programem może kierować lekarz innej specjalności, który powinien posiadać co najmniej dwuletni staż pracy w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących leczenie osób uzależnionych. Jeśli kierownikiem programu nie jest lekarz psychiatra, zakład musi zatrudniać lekarza psychiatrę. Ponadto zakład ubiegający się o zezwolenie powinien zatrudniać odpowiednią liczbę pielęgniarek i pracowników pomocniczych, tj. pracowników biorących udział w programie nie będących pracownikami medycznymi. Wszyscy pracownicy biorący udział w programie powinni zostać przeszkoleni przez kierownika programu w zakresie realizowanego programu. Zakład, aby uzyskać zezwolenie na prowadzenie programu, musi również spełnić wymogi techniczne, określone w paragrafie 9, tj. • musi posiadać aptekę szpitalną lub zawrzeć umowę z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny, a także: • posiadać pomieszczenia

odpowiednio przystosowane do: o wydawania środka substytucyjnego; o prowadzenia terapii grupowej; o pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego, o pobierania próbek moczu oraz jego zbadania na obecność środków odurzających w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych; o przechowywania i przygotowywania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych. Nowelizacja rozporządzenia z 19 czerwca 2004 roku doprowadziła do tego, że usunięto ustęp 2 § 9, na podstawie którego zakład ubiegający się o zezwolenie na leczenie substytucyjne powinien zapewnić pacjentom niezbędną podstawową i specjalistyczną opiekę lekarską, a także możliwość hospitalizacji w celu ustalenia dawki środka substytucyjnego oraz leczenia zespołów abstynencyjnych.

Rozporządzenie w § 5 szczegółowo reguluje kwestie związane z wydawaniem środka substytucyjnego pacjentom. Przepisy tego paragrafu zostały niemal całkowicie zmienione w drodze nowelizacji z czerwca 2004 roku. Nadal zasadą jest, że środek substytucyjny podawany jest pacjentowi przez lekarza lub pielęgniarkę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności. Jednak o ile rozporządzenie w pierwotnym brzmieniu nie przewidywało od tej zasady żadnych wyjątków, o tyle teraz ustęp 2 § 5 stanowi, że środek substytucyjny może być przyjmowany przez pacjenta w miejscu jego zamieszkania bez obecności lekarza lub pielęgniarki w przypadku wystąpienia przemijającej przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, prowadzącego program. Rozporządzenie wymienia przykładowo takie okoliczności, do których należą: 1) konieczność pozostania pacjenta w miejscu zamieszkania ze wskazań zdrowotnych; w takich przypadkach metadon lub jego sole mogą być wydawane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 4 dni.; 2) zdarzenie losowe lub inne zdarzenie uniemożliwiające zgłoszenie się pacjenta w celu przyjęcia środka substytucyjnego; wówczas metadon i jego sole mogą być wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 2 dni. Rozporządzenie mówi także o tym, że środek substytucyjny może być również wydany pacjentowi: • z innych uzasadnionych przyczyn, jeżeli pacjent spełnia łącznie następujące warunki: o uczestniczy w programie co najmniej od 6 miesięcy; o całkowicie zachowuje abstynencję od środków odurzających i substancji psychoaktywnych; o regularnie uczestniczy w przewidywanych programem zajęciach terapeutycznych. Wówczas to metadon lub jego sole mogą zostać wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 4 dni. O tym, czy wydać pacjentowi środek substytucyjny do osobistego użytku, decyduje kierownik programu. Rozporządzenie

przewiduje również możliwość przedłużenia pacjentowi okresu, w którym przyjmuje on środek substytucyjny bez obecności lekarza lub pielęgniarki, taką decyzję może podjąć kierownik programu w przypadku, gdy czas trwania przemijającej przeszkody uniemożliwiającej osobiste przybycie pacjenta do zakładu jest dłuższy niż czas, na który wydany został środek substytucyjny. Nowelizacja rozporządzenia doprowadziła także do uregulowania w § 5 ustęp 5 kwestii kontynuacji leczenia substytucyjnego pacjentów hospitalizowanych. Leczenie takie odbywa się na podstawie porozumienia zawartego przez kierownika programu z zakładem opieki zdrowotnej, w którym pacjent aktualnie przebywa.

Z powyższej krótkiej charakterystyki rozporządzenia, z uwzględnieniem nowelizacji dokonanej w czerwcu 2004 roku wynika, że twórców rozporządzenia w jego pierwotnym brzmieniu cechowała wielka nieufność, przede wszystkim do pacjentów, jako osób uzależnionych, ale również do osób mających to leczenie prowadzić. Rozporządzenie do czerwca 2004 roku regulowało problematykę leczenia substytucyjnego tak szczegółowo, że praktycznie nie pozostawiało kierownikom programów żadnej swobody. Było to spowodowane tym, że w chwili wydania rozporządzenia, we wrześniu 1999 roku, leczenie substytucyjne było w Polsce mało znane, można wręcz powiedzieć, że obawiano się metadonu jako „jeszcze jednej formy narkotyku”. Stąd też istniała zrozumiała potrzeba szczegółowego określenia zasad postępowania przy leczeniu oraz obchodzenia się z samym środkiem. Z perspektywy niemal pięciu lat funkcjonowania rozporządzenia w praktyce, na podstawie doświadczeń z różnych ośrodków prowadzących leczenie, wiele uregulowań rozporządzenia okazało się zbyt restrykcyjnych. Zrodziło to konieczność dokonania nowelizacji. Poniżej przedstawione zostaną najważniejsze problemy i wątpliwości, jakie rodziło rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego w pierwotnym brzmieniu oraz dokonana zostanie próba oceny wprowadzonych w czerwcu 2004 roku zmian.

Największe wątpliwości budziło zastrzeżenie wynikające z § 5 ust. 1, stanowiące, że środek substytucyjny podawany jest pacjentowi przez lekarza lub pielęgniarkę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności. Jak już była o tym mowa, zapis ten przed nowelizacją stanowił regułę, od której rozporządzenie nie przewidywało żadnych wyjątków. Przestrzeganie tej zasady w praktyce oznaczało, że pacjent musiał codziennie stawiać się w godzinach przedpołudniowych w punkcie wydawania metadonu, aby tam ten środek przyjąć. W przypadku większości pacjentów, zwłaszcza tych mieszkających w pewnej odległości od punktów wydawania metadonu, wykluczało to podjęcie normalnej pracy i powrotu do społeczeństwa, co jest przecież jednym z

podstawowych celów leczenia substytucyjnego. Przestrzeganie tej reguły stanowiło szczególny problem w tych ośrodkach, które skupiają pacjentów z rozległych terenów, do których pacjenci muszą dojeżdżać. Wizyta w ośrodku niejednokrotnie zajmowała całe przedpołudnie i wprost nie pozwalała na jakiekolwiek poszukiwania pracy. To postanowienie rozporządzenia było szczególnie dużym problemem dla ośrodków skupiających pacjentów z dużych obszarów, takich jak: Szczecin, Starachowice, Lublin czy Chorzów. Ośrodek w Szczecinie złożył nawet w tej sprawie wniosek do Ministerstwa Zdrowia, prosząc, by rozważono możliwość nowelizacji rozporządzenia w kwestii miejsca i sposobu wydawania metadonu. Ośrodek w Chorzowie jest jedynym punktem wydawania metadonu w całym nowym województwie śląskim, skupiającym obszar dawnych województw: katowickiego, częstochowskiego i bielskiego. Najbliższe mu ośrodki to Zgorzelec, Kraków i Warszawa, co oznacza, że wielu pacjentów musi poświęcić dużo czasu na podróż, aby przyjąć lek. Można więc przyjąć, że zapis § 5 ustęp 1 rozporządzenia, wykluczał osiągnięcie jednego z podstawowych celów leczenia substytucyjnego, jakim jest readaptacja osób uzależnionych. Jak już bowiem wielokrotnie w tej pracy była o tym mowa, powrót do społeczeństwa i podjęcie normalnej, regularnej pracy jest bardzo ważnym elementem w terapii uzależnienia, bez którego trudno mówić o całkowitym wyleczeniu. Sformułowanie § 5 ustęp 1 jako zasady, od której nie ma wyjątków, spowodowało również, że w praktyce pojawiał się problem wydawania metadonu pacjentowi, któremu zły stan zdrowia nie pozwala na męczącą podróż czy nawet samo wyjście z domu. Zastrzeżenie, że pacjent może przyjąć lek wyłącznie w zakładzie w obecności lekarza lub pielęgniarki spowodowało, że w takim przypadku przyjęcie leku przez pacjenta było wykluczone.

W świetle powyższych trudności, jakie napotykała realizacja programów leczenia substytucyjnego, trzeba rozważyć znaczenie zmian wprowadzonych przez nowelizację rozporządzenia z czerwca 2004 roku. Istotną zmianą było wprowadzenie możliwości wydania pacjentowi większej dawki niejako „na zapas” w razie wystąpienia przemijającej przeszkody w przybyciu pacjenta do zakładu, w którym wydaje się metadon. Maksymalnie taki okres, w którym pacjent przyjmuje lek bez obecności lekarza lub pielęgniarki nie może przekroczyć 14 dni. Nowelizacja miała na celu złagodzenie obostrzeń związanych z wydawaniem leku, których istnienie i sztywne przestrzeganie niejednokrotnie znacznie utrudniało a nawet uniemożliwiało podanie leku pacjentowi. Wprowadzenie możliwości wydawania pacjentowi leku w większej ilości niż jedna dawka nie budzi żadnych zastrzeżeń i wydaje się ze wszech miar słuszne. Jednakże należy się zastanowić nad przystawalnością tego rozwiązania

wprowadzonego przez nowelizację z czerwca 2004 roku do problemów, przed którymi rzeczywiście stają lekarze i pacjenci w programach leczenia substytucyjnego. Przede wszystkim pewne zastrzeżenia budzi fakt, że metadon można wydać na zapas, jeśli przeszkoda uniemożliwiająca stawiennictwo pacjenta w ośrodku ma charakter przemijający. Jak wyżej zaznaczono, przeszkodą w przybyciu pacjenta do ośrodka jest często fakt, że udało mu się podjąć pracę. Z pewnością nie jest to przeszkoda o charakterze przemijającym. Oznacza to, że nowelizacja rozporządzenia nie wyszła naprzeciw potrzebom pacjentów, którzy podjęli lub starają się podjąć pracę. Należy przy tym powtórzyć, że podjęcie pracy przez osobę uzależnioną poddaną leczeniu jest jednym z kluczowych elementów terapii. Dlatego w § 5 ustęp 2, mówiącym: „środek substytucyjny może być przyjmowany przez pacjenta w miejscu jego zamieszkania bez obecności lekarza lub pielęgniarke w przypadku wystąpienia przemijającej przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, prowadzącego program (...)” można by zastanowić się nad pominięciem wyrazu „przemijającej”. Wydaje się, że taki zabieg legislacyjny nie prowadziłby do nadużyć, jako że charakter przeszkód wymieniony jest w punktach 1, 2 i 3 § 5 ust. 2. I tak przyczynami uzasadniającymi wydanie leku pacjentowi w większej ilości są: konieczność pozostania pacjenta w miejscu jego zamieszkania ze wskazań zdrowotnych oraz zdarzenie losowe lub inne zdarzenie uniemożliwiające zgłoszenie się pacjenta w celu przyjęcia środka substytucyjnego. Wprawdzie wyliczenie jest tylko przykładowe, niemniej, aby wydać lek pacjentowi z powodów innych niż wymienione, pacjent musi spełnić dodatkowe warunki. Musi mianowicie uczestniczyć w programie od co najmniej 6 miesięcy; musi całkowicie zachowywać abstynencję; a także regularnie uczestniczyć w przewidzianych programem zajęciach terapeutycznych. Wydaje się, że tak zdyscyplinowanych pacjentów, spełniających wszystkie wyżej wymienione warunki można by było obdarzyć nieco większym zaufaniem i uznać, że w ich przypadku nie jest potrzebne wprowadzenia zastrzeżenia, iż przeszkoda w stawiennictwie pacjenta w ośrodku musi być „przemijająca”. Można by się zastanowić nad wprowadzeniem w przypadku takich pacjentów możliwości jednorazowego otrzymywania takiej ilości dawek dziennych, które pozwalałyby na stawiennictwo w ośrodku tylko raz w tygodniu. Takie rozwiązanie pozwoliłoby pacjentom na podjęcie i kontynuowanie zatrudnienia oraz równoczesne przyjmowanie leku.

Dużą trudność stanowi także podanie leku pacjentowi, którego stan zdrowia wyklucza wyjście z domu. W tym przypadku twórcy nowelizacji rozporządzenia wyszli naprzeciw potrzebom takich pacjentów, ponieważ konieczność pozostania pacjenta w miejscu

zamieszkania ze wskazań zdrowotnych stanowi jedną z „przemijających przeszkód” stanowiących przesłankę do wydania pacjentowi leku w większej dawce. Maksymalny okres, na jaki lek może zostać wydany, wynosi 14 dni. Jednak prawdopodobnie praktyka wkrótce pokaże, że to rozwiązanie również nie jest pozbawione wad. Przykładem może być tu sytuacja, w której pacjent zachorował nagle, np. złamał nogę, w związku z czym nie był w stanie przewidzieć w trakcie swojej ostatniej wizyty, że będzie potrzebował zapasu leku na kolejne dni. Inny problem może zrodzić choroba pacjenta trwająca dłużej niż 14 dni. Wydaje się, że ustawodawca mógł zezwolić kierownikowi programu na podjęcie decyzji, czy w takich sytuacjach można wydać lek komuś innemu, kto dostarczy go pacjentowi (np. rodzinie pacjenta).

Kolejnym istotnym problemem, przed którym w praktyce stają kierownicy programów leczenia substytucyjnego, są kryteria naboru do leczenia. Rozporządzenie w § 2 ust. 1 wylicza enumeratywnie warunki, jakie musi spełnić pacjent, aby mógł zostać przyjętym do programu. Jak już wspomniałam, pacjent musi być uzależniony co najmniej od 3 lat, musi mieć ukończone 18 lat, musiał podejmować próby leczenia konwencjonalnymi metodami, które okazały się nieskuteczne. Następny ustęp rozporządzenia przewiduje możliwość przyjęcia do programu pacjentów, którzy nie spełniają któregoś z powyższych warunków, jeżeli za przyjęciem przemawiają ważne względy zdrowotne. *Ratio legis* tego przepisu była chęć uelastycznienia zasad naboru uzasadniona stanem zdrowia konkretnego pacjenta. Jednak praktyka zna przypadki, kiedy z jednej strony pacjent nie spełnia któregoś z warunków z § 2 – najczęściej będzie to niepodjęcie prób leczenia konwencjonalnymi metodami – i nie ma żadnych szczególnie ważnych względów zdrowotnych przemawiających za przyjęciem tego pacjenta do leczenia substytucyjnego, przy tym jednak inne względy, np. społeczne (możliwość podjęcia pracy, motywacja w postaci chęci założenia rodziny, itp.) zdecydowanie przemawiają za jego przyjęciem. W praktyce dzieje się tak, że taki pacjent jest mimo wszystko przyjmowany do programu, jednakże uzasadnienie takiego przyjęcia stanowi swoistą nadinterpretację § 2 ust. 2. Ustawodawca, dokonując nowelizacji rozporządzenia, pominął, niestety, ten problem. Jediną zmianą, jaka została wprowadzona w wyniku nowelizacji z czerwca 2004 roku, było obniżenie wieku granicznego pacjentów, którzy mogą zostać przyjęci do programu z 21 na 18 lat, która to zmiana z pewnością jest pozytywna. Niemniej jednak, aby uniknąć w przyszłości problemów związanych z naborem pacjentów, może warto zastanowić się nad ponowną redakcją paragrafu drugiego. Można rozważyć zastąpienie sformułowania „jeśli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne” słowami

„jeśli przemawia za tym dobro pacjenta, a także inne ważne względy”. Taki zabieg legislacyjny, pozwalający lekarzom na dużą swobodę, byłby przejawem zaufania prawodawcy do lekarzy, o tyle uzasadnionym, że przez niemal 5 lat stosowania leczenia substytucyjnego pod rządami rozporządzenia lekarze nabyli wystarczająco dużo doświadczenia, by sami wiedzieli, których pacjentów należy przyjąć.

Ustawodawca dokonując nowelizacji rozporządzenia rozwiązał natomiast inny problem, który pojawiał się w praktyce pod rządami pierwotnej wersji rozporządzenia. Problem ten wynikał z obowiązku zapewnienia pacjentom niezbędnej podstawowej i specjalistycznej opieki lekarskiej przez zakłady ubiegające się o zezwolenie na leczenie substytucyjne. Obowiązek ten wynikał z § 9 ust. 2 rozporządzenia. Niektóre ośrodki, jak np. ośrodek w Starachowicach, miały trudności z załatwieniem swoim pacjentom choćby wizyty u lekarza ogólnego. Natomiast w ośrodku w Chorzowie, który jest jedynym ośrodkiem w województwie śląskim, opieka medyczna nad wszystkimi pacjentami w programie nie jest automatyczna. Program działa tam przy Poradni AIDS, w związku z tym ci pacjenci, którzy są zakażeni wirusem HIV, objęci są stałą kompleksową opieką lekarską, natomiast pozostali pacjenci dostają po prostu skierowanie do lekarza ogólnego lub poszczególnych specjalistów. Problem ten jednak zniknął definitywnie w efekcie wprowadzenia nowelizacji w czerwcu 2004 roku, bowiem nowelizacja doprowadziła do skreślenia ustępu 2 § 9 rozporządzenia.

Podsumowując, należy uznać, że obecne regulacje prawne dotyczące leczenia substytucyjnego w Polsce są zadowalające, choć z pewnością jeszcze nie są doskonałe. Nowelizacja rozporządzenia z czerwca 2004 roku zdołała usunąć wiele mankamentów jego pierwotnej wersji, jednakże wydaje się, że ustawodawca nadal obawiał się zbytniego „zliberalizowania” przepisów. Widać z tego, że wiele obaw związanych z prowadzeniem tej formy redukcji szkód, jakie towarzyszyły twórcom rozporządzenia w sprawie leczenia substytucyjnego z września 1999 roku nadal funkcjonuje. Mimo to kierunek zmian wyznaczony nowelizacją rozporządzenia z 2004 roku jest właściwy. Odnosi się wrażenie, że ustawodawca opracowując nowelizację, był w pełni świadom problemów, z którymi borykają się ośrodki realizujące programy leczenia substytucyjnego. Jednak zakres nowelizacji nie jest w pełni satysfakcjonujący, posunięcia ustawodawcy są nieco zbyt ostrożne, przez co nadal pozostało wiele nierozwiązanych problemów. Najwięcej zastrzeżeń budzi nadal mało elastyczny sposób wydawania leku pacjentom, problemem wciąż pozostają też sztywne kryteria przyjmowania pacjentów do programu. Nowelizacja rozporządzenia o leczeniu substytucyjnym dalej utrzymała zasadę, że leczenie takie ma w Polsce charakter

wysokoprogowy i nadal nie ma w Polsce możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego o charakterze niskoprogowym. Leczenie takie, realizowane w wielu krajach, charakteryzuje się m. in. tym, że pacjenci przyjmowani do leczenia nie muszą spełniać tak ostrych warunków, jakie stawia polskie rozporządzenie o leczeniu substytucyjnym, nie są również wykluczani z programu w wyniku pozytywnych rezultatów testów wykazujących obecność w organizmie narkotyków innych niż podawany lek substytucyjny. W takim leczeniu niskoprogowym chodzi bowiem przede wszystkim o to, by umożliwić jak największej liczbie pacjentów udział w leczeniu, które oprócz podawania środka substytucyjnego wiąże się także z pomocą socjalną oraz z działaniami zmierzającymi do nakłonienia pacjenta do podjęcia dalszej pracy nad sobą. Jednak w tego rodzaju programach sam pacjent, oceniając swoją motywację, jest w stanie zadeklarować, czy jest gotowy na leczenie wysokoprogowe, czy woli na razie poprzestać na niskoprogowym. Należy jednak mieć nadzieję, że ustawodawca podejmie wkrótce kolejną próbę znowelizowania przepisów w kierunku większego ułatwienia pacjentom korzystania z tej formy leczenia.

Trudno jednak mówić o leczeniu niskoprogowym, podczas gdy w Polsce terapią substytucyjną o charakterze wysokoprogowym objętych jest mniej niż 800 pacjentów. Według szacunków Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, stanowi to ok. 2% osób uzależnionych od opiatów (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) (2004), prezentacja Ulrika Soldberga pt. „An overview of substitution treatment in the enlarged European Union and Norway” na III Międzynarodowej Konferencji pt; „Leczenie substytucyjne i rehabilitacja narkomanii”; Katowice; 01-10-2004). Przyczyną tego stanu rzeczy jest nie złe ustawodawstwo, ale fakt, iż stosuje się u nas najdroższy metadon w Europie, którego dostarczycielem jest firma farmaceutyczna, której, jako jedynej, udało się zarejestrować swój produkt. Do tej pory żadna inna firma farmaceutyczna oferująca środki substytucyjne nie zdołała zarejestrować leku. Trudno tu spekulować na temat przyczyn tego stanu rzeczy, można jedynie mieć nadzieję, że sytuacja zmieni się dzięki przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, bowiem dla leków zarejestrowanych w innych krajach członkowskich, procedura rejestracyjna jest mniej skomplikowana.

Niewątpliwie krokiem w dobrą stronę jest zmiana ustawodawstwa w zakresie poszerzenia kręgu zakładów opieki zdrowotnej, które mogą się starać o prowadzenie leczenia substytucyjnego. Zrównanie w tym zakresie publicznych i niepublicznych zakładów opieki

zdrowotnej może spowodować, że sytuacja wymusi podjęcie działań w kierunku rejestracji tańszego leku, a co za tym idzie, szerszego udostępnienia leczenia uzależnionym pacjentom.

3.1.5. Środki terapeutyczne stosowane wobec osób popełniających przestępstwa związane z używaniem narkotyków

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku przewiduje możliwości stosowania środków leczniczych wobec osoby uzależnionej, która weszła w konflikt z prawem w związku z używaniem narkotyków. Jeśli środki te stosowane są zamiast kontynuacji postępowania karnego lub wykonania kary, noszą nazwę alternatyw leczniczych i stanowią realizację coraz bardziej popularnej zasady „leczyć zamiast karać”. Jeśli są one stosowane obok wykonania kary, mają one na celu zagwarantowanie skazanemu przejścia przez cykl terapeutyczny, niezależnie od wykonania kary.

Pierwsza możliwość oddziaływania terapeutycznego na uzależnionych w toku postępowania karnego dotyczy postępowania przygotowawczego i zawarta została w art. 57 uopn z 1997

Polski ustawodawca przewiduje możliwości oddziaływań terapeutycznych wobec uzależnionych w toku postępowania karnego – zamiast lub obok kary kryminalnej

roku. Zgodnie z ustępem 1. tego artykułu, jeśli osoba uzależniona, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu odwykowemu w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia. Możliwość taka odnosi się zarówno do przestępstw pospolitych określonych w kodeksie karnym, które zagrożone są karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak i przestępstw związanych z narkotykami. Po podjęciu postępowania, zgodnie z ustępem 2 artykułu 57 ustawy, prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie na mocy artykułu 57 ust. 3. Ustęp 4 tego artykułu stanowi, że warunkowe umorzenie postępowania można w tym wypadku zastosować do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Taka regulacja ustawowa dotycząca warunkowego umorzenia postępowania stanowi rozszerzenie ogólnej zasady wyrażonej w art. 66 § 2 kodeksu karnego, w myśl której warunkowe umorzenia nie stosuje się do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą przekraczającą 3 lata pozbawienia wolności.

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku zawiera analogiczną regulację w artykule 72 ustawy, jednak zakres stosowania alternatywy leczniczej na etapie postępowania przygotowawczego został nieco zmodyfikowany.

Po pierwsze, do tej pory możliwość zawieszenia postępowania istniała tylko w stosunku do **osób uzależnionych**, obecnie rozszerzono ją również na „**osoby używające substancji psychoaktywnych szkodliwie**”. Nowa ustawa wprowadza bowiem pojęcie używania szkodliwego, którym, zgodnie z art. 4 pkt 30, jest używanie substancji psychoaktywnej powodującej szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowania, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi.

Po drugie, ustawa z 1997 roku ograniczała możliwość zastosowania zawieszenia postępowania tylko w stosunku do osób, które poddały się **leczeniu odwykowemu**. Wykluczało to możliwość skorzystania z tej instytucji np. w stosunku do osób, które zostały objęte programem leczenia substytucyjnego, jako że terapia substytucyjna nie ma charakteru leczenia odwykowego. Nowy art. 72 mówi o leczeniu bez zawężania tego pojęcia do leczenia odwykowego, a także rehabilitacji lub udziale w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia (np. placówka MONAR-u).

Po trzecie, zgodnie z ustawą z 1997 roku możliwość zastosowania tej alternatywy leczniczej bez konieczności doprowadzenia do skazania osoby uzależnionej istniała wyłącznie **na etapie postępowania przygotowawczego**. W myśl art. 73 nowej ustawy, instytucję tą można stosować odpowiednio **w postępowaniu sądowym do chwili zamknięcia przewodu sądowego**.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku przewidywała również dwie możliwości proceduralne sklonienia osoby uzależnionej do podjęcia terapii w postępowaniu sądowym, na etapie wyrokowania. Pierwsza możliwość wynika z artykułu 56 ust. 1 uopn z 1997 r. i dotyczy przypadku skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono. W myśl tego artykułu, sąd w takim przypadku obligatoryjnie zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu, rehabilitacji lub readaptacji w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej lub zakładzie prowadzonym przez stowarzyszenia, organizacje społeczne, fundacje, kościoły i inne związki wyznaniowe, medyczne samorządy zawodowe, rodziny osób uzależnionych oraz grupy

samopomocy osób uzależnionych i ich rodzin. Zgodnie z art. 56 ust. 2, na wniosek osoby, instytucji lub stowarzyszenia prowadzącego nadzór nad skazanym, a także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie, rehabilitację lub reintegrację, sąd może zasądzić wykonanie kary, jeżeli skazany w okresie próby uchyła się od obowiązku leczenia, rehabilitacji lub readaptacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, do którego został skierowany.

Druga możliwość wynika z art. 56 ust. 3 i odnosi się do sytuacji, kiedy sprawca, będący osobą uzależnioną od środków odurzających lub psychotropowych, został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. Wówczas to sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej. W tym przypadku ustawodawca wyraźnie określił maksymalny czas pobytu w zakładzie leczniczym, który, zgodnie z art. 56 ust. 4, nie może być dłuższy niż dwa lata. W myśl ustępu 5 artykułu 56, sąd po zakończeniu leczenia i rehabilitacji rozstrzyga, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności wykonać.

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii w art. 71 podtrzymała obie wyżej omówione możliwości proceduralne skłonienia uzależnionego do podjęcia leczenia, wprowadzając jedynie drobne zmiany, będące bez znaczenia dla funkcjonowania tej instytucji. Pierwsza zmiana polega na tym, że zawieszając wykonanie kary sąd może zobowiązać skazanego jedynie do poddania się leczeniu lub rehabilitacji, a nie, jak było poprzednio, także readaptacji. Druga zmiana dotyczy sytuacji, w której wobec skazanego orzeczono karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, zaś skazanego zobowiązano do podjęcia leczenia lub rehabilitacji. W myśl art. 71 ust. 2 nowej ustawy, sąd może zarządzić wykonanie zawieszanej kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchyła się od obowiązku leczenia lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, w którym odbywa leczenie. Nie jest już wymagany wniosek osoby, instytucji lub stowarzyszenia prowadzącego nadzór nad skazanym lub zakładu prowadzącego leczenie czy rehabilitację. Zmiana ta oznacza, że sąd może podjąć decyzję o wykonaniu kary również z własnej inicjatywy.

3.1.6. Przepisy dotyczące prostytucji

W Polsce samo prostytuowanie się nie stanowi przestępstwa. Jednakże pewne zachowania związane z prostytucją stanowią czyny zabronione, stypizowane w kodeksie karnym z 1997 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.). W myśl art. 203 KK, przestępstwem

jest zmuszanie innej osoby do uprawiania prostytucji przemocą, groźbą bezprawną, podstępem lub przy wykorzystaniu stosunku zależności lub

Samo prostytuowanie się nie stanowi przestępstwa w świetle polskiego ustawodawstwa

krytycznego położenia. Przystępstwo stręczycielstwa określone jest w art. 204 § 1 KK i polega na nakłanianiu innej osoby do uprawiania prostytucji w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Natomiast kuplerstwem nazywa się przestępstwo, stypizowane również w art. 204 § 1, polegające na ułatwianiu, również w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, cudzej prostytucji. Z kolei czerpanie korzyści majątkowej z cudzej prostytucji stanowi przestępstwo sutenerstwa, określone w art. 204 § 2 KK. Stręczycielstwo, kuplerstwo i sutenerstwo w stosunku do osoby małoletniej stanowią, wg art. 204 § 3, typ kwalifikowany, zagrożony surowszą odpowiedzialnością karną. Artykuł 204 § 4 przewiduje przestępstwo nazywane „handlem ludźmi” lub też „handlem żywym towarem” i polega ono na zwabieniu lub uprowadzeniu innej osoby w celu uprawiania prostytucji za granicą.

3.1.7. Narażenie na zakażenie HIV lub inną chorobą zakaźną

W różnych sytuacjach osoby będące użytkownikami narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji mogą narażać innych na zakażenie wirusem HIV, a także innymi chorobami zakaźnymi, jak np. wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C, a także mogą stać się ofiarami takiego narażenia spowodowanego przez inne osoby. Artykuł 161 KK w paragrafie 1 kryminalizuje zachowanie polegające na świadomym bezpośrednim narażeniu innej osoby na zakażenie wirusem HIV. Osoba narażająca innych na zakażenie musi wiedzieć o tym, że sama jest zakażona. Z kolei art. 161 § 2 określa przestępstwo polegające na analogicznym zachowaniu, z tym, że narażenie dotyczy choroby wenerycznej lub zakaźnej, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu. Oba rodzaje przestępstw, zgodnie z art. 161 § 3, ścigane są na wniosek osoby pokrzywdzonej.

3.1.8. Przepisy postępowania karnego wpływające na sytuację osób uzależnionych od narkotyków w procesie karnym

a) Prawo do obrońcy w postępowaniu karnym

Dla osoby, która weszła w konflikt z prawem, kluczowym zagadnieniem jest możliwość skorzystania z prawa do obrońcy w procesie karnym. Prawo do posiadania obrońcy jest jednym z ważniejszych praw przysługujących oskarżonemu w toku procesu karnego.

Profesjonalny adwokat może bowiem pomóc oskarżonemu, którym jest osoba uzależniona od narkotyków, oskarżona o przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających, w skorzystaniu z możliwości terapeutycznych, jakie daje ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Kwestie związane z obrońcą w procesie karnym reguluje kodeks postępowania karnego z 1997 r. (Dz. U. Nr 89 poz. 555 z późn. zm).

W niektórych sytuacjach **posiadanie obrońcy jest obowiązkowe**. Zgodnie z art. 79 § 1 KPK, w postępowaniu karnym oskarżony musi mieć obrońcę, jeżeli: 1) jest nieletni, 2) jest głuchy, niemy lub niewidomy, 3) zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności. Na podstawie art. 79 § 2, oskarżony musi mieć obrońcę również wtedy, gdy sąd uzna to za niezbędne ze względu na okoliczności utrudniające obronę. W wyżej wymienionych przypadkach udział obrońcy jest obowiązkowy w rozprawie oraz w tych posiedzeniach, w których obowiązkowy jest udział oskarżonego.

Istotne z punktu widzenia osób uzależnionych jest uregulowanie z art. 79 § 4, który mówi, że jeżeli w toku postępowania biegli lekarze psychiatrzy stwierdzą, że poczytalność oskarżonego zarówno w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu, jak i w czasie postępowania nie budzi wątpliwości, udział obrońcy w dalszym postępowaniu nie jest obowiązkowy. Prezes sądu, a na rozprawie sąd, może wówczas cofnąć wyznaczenie obrońcy. Oskarżony, zgodnie z art. 80 KPK, musi również mieć obrońcę w postępowaniu przed sądem okręgowym jako sądem pierwszej instancji, jeżeli zarzucono mu zbrodnię lub jest pozbawiony wolności. W takim wypadku udział obrońcy w rozprawie głównej jest obowiązkowy, a w rozprawie apelacyjnej i kasacyjnej, jeżeli prezes sądu lub sąd uzna to za konieczne. W sytuacjach, kiedy posiadanie obrońcy jest obowiązkowe, a oskarżony nie ma obrońcy z wyboru, prezes sądu właściwego do rozpoznania sprawy, na mocy art. 81 KPK, wyznacza mu obrońcę z urzędu.

Ponadto, w sytuacji gdy oskarżony nie ma obrońcy z wyboru, a posiadanie obrońcy nie jest obowiązkowe, może jednak żądać, aby mu wyznaczono obrońcę z urzędu, jeżeli w sposób należyty wykaże, że **nie jest w stanie ponieść kosztów obrony bez uszczerbku dla niezbędnego utrzymania siebie i rodziny**. To uregulowanie z art. 78 KPK jest istotne z punktu widzenia osób uzależnionych od narkotyków, których sytuacja finansowa często nie pozwala na pokrycie honorarium adwokackiego. Ważne jest jednak, aby oskarżony rzetelnie udokumentował swoją sytuację majątkową.

b) Możliwość odwołania się od niekorzystnego wyroku sądu I instancji

Na mocy art. 176 Konstytucji RP z 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483), postępowanie sądowe jest co najmniej dwuinstancyjne.

Zgodnie z art. 425 § 1 KPK, od **orzeczenia wydanego w pierwszej instancji przysługuje środek odwoławczy** stronom, podmiotowi określonemu w art. 416 KPK (podmiot, który uzyskał korzyść majątkową z przestępstwa) a także innym osobom wskazanym w przepisach ustawy. Na mocy art. 425 § 2 KPK, orzeczenie można zaskarżyć w całości lub w części. Można także zaskarżyć samo uzasadnienie orzeczenia. Przedmiotem zaskarżenia mogą być jedynie rozstrzygnięcia lub ustalenia naruszające prawa osoby odwołującej się lub szkodzące jej interesom. Ograniczenie to nie dotyczy oskarżyciela publicznego, gdyż zgodnie z paragrafem 4 tego artykułu, ma on prawo wnieść środek odwoławczy także na korzyść oskarżonego.

Istotne z punktu widzenia osób uzależnionych, które chcą odwołać się od wyroku sądu okręgowego, który rozpoznawał sprawę w I instancji jest ustanowienie tzw. **przymusu adwokackiego przy apelacji**. Otóż, w myśl art. 446 § 1 KPK, apelacja od wyroku sądu okręgowego, która nie pochodzi od prokuratora lub osoby wymienionej w art. 88 § 2 i 3 (radca prawny), powinna być sporządzona i podpisana przez adwokata.

c) Wniosek o skazanie

Wiele spraw dotyczących narkotyków nie wymaga dla ich rozpoznania kierowania ich na rozprawę. Instytucja z art. 335 KPK ma na celu wyjście naprzeciw potrzebom ekonomiki procesowej, ale pozwala także uniknąć oskarżonemu wielu niedogodności, z jakimi wiąże się konieczność uczestnictwa w postępowaniu karnym. Ma to tym większe znaczenie, gdy oskarżonym jest osoba uzależniona. Przesłanki zastosowania tej instytucji, wskazane w art. 335 § 1 KPK są następujące:

- osobie zarzuca się występki zagrożony karą nieprzekraczającą 10 lat pozbawienia wolności (górną granicą ustawowego zagrożenia),
- okoliczności popełnienia przestępstwa nie budzą wątpliwości,
- postawa oskarżonego wskazuje, że cele postępowania zostaną osiągnięte.

Jeśli powyższe przesłanki zostaną spełnione, prokurator uzgadnia z podejrzanym karę lub środek karny, a następnie kieruje do sądu akt oskarżenia, w którym zamieszcza wniosek o wydanie wyroku skazującego i orzeczenie uzgodnionych z oskarżonym kary lub środka karnego bez przeprowadzenia rozprawy. Skierowanie takiego wniosku o skazanie pozwala na zaprzestanie prowadzenia dalszych czynności dowodowych w postępowaniu karnym, pod warunkiem, że w świetle zebranych dowodów wyjaśnienia podejrzanego nie budzą wątpliwości. Należy jednak przeprowadzić te czynności, co do których zachodzi niebezpieczeństwo, że nie będzie ich można przeprowadzić na rozprawie.

3.1.9. Prawo do opieki medycznej

Prawo do opieki zdrowotnej przyznane jest każdemu obywatelowi przez Konstytucję RP z 1997 roku. Artykuł 68 ust. 2 konstytucji stanowi, że „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Prawo to skonkretyzowane jest przez szereg przepisów szczególnych, których, ze względu na charakter niniejszego opracowania nie będziemy wymieniać. Warto przytoczyć jedynie, że zgodnie z art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.), pacjent ma prawo do: 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, 2) informacji o swoim stanie zdrowia, 3) wyrażenia zgody na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, 4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, 5) umierania w spokoju i godności.

Problematyka **leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych**, uregulowana przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, omówiona została w punkcie 3.1.4. niniejszego opracowania.

Na sytuację wielu osób uzależnionych od narkotyków, **zakażonych wirusem HIV, istotny wpływ mają regulacje związane z leczeniem antyretrowirusowym** (leczenie ARV). Leczenie to, w przeciwieństwie do leczenia substytucyjnego, nie jest regulowane żadnym aktem normatywnym o charakterze powszechnie obowiązującego prawa. Kierunki polityki w zakresie leczenia antyretrowirusowego wyznaczone są przede wszystkim przez

Program Polityki Zdrowotnej: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce na lata 2005-2006”. Podstawowym dokumentem dotyczącym tej problematyki jest obecnie trzecia edycja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004-2006 (wydanego wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia i Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2004, ISBN 83-87068-23-3). Dokument ten został przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 14 grudnia 2004 r. (protokół ustaleń nr 53/2004, pkt 18). Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004-2006 precyzuje cele ogólne i szczegółowe planowane do realizacji – jednym z trzech głównych obszarów problemowych jest „zapewnienie szerokiej dostępności do diagnostyki i leczenia ARV”. Odpowiedzialnymi instytucjami są: Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Centrum ds. AIDS, Konsultacji Krajowi w dziedzinach związanych z problematyką dotyczącą osób żyjących z HIV/AIDS, Narodowy Fundusz Zdrowia, ośrodki referencyjne prowadzące terapię ARV, kierownicy zespołów ds. zwalczania zakażeń szpitalnych i jednostki samorządu terytorialnego.

Natomiast kwestie związane ze zgłaszaniem nowych zakażeń wirusem HIV i nowych przypadków zachorowań na AIDS zostały uregulowane aktem rangi ustawowej. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001 r. (Dz. U. Nr 126 poz. 1384 z późn. zm.) w art. 20 ust. 5 stanowi, że podejrzenie lub rozpoznanie zachorowania na AIDS (...), lekarz lub felczer ma obowiązek zgłosić bezpośrednio właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową. Na mocy ustępu 8 tego artykułu, w przypadku zgłoszenia zachorowania na AIDS, pacjentowi przysługuje prawo zastrzeżenia sobie swoich danych osobowych, wówczas, w zgłoszeniu zamiast imienia i nazwiska pacjenta, podaje się jedynie inicjały. Podobnie uregulowana jest kwestia zgłoszenia zakażenia wirusem HIV, w tym przypadku, zgodnie z art. 21 ust. 5 ustawy, również nie wymaga się podania imienia i nazwiska, jeżeli pacjent sobie tego nie życzy i zastrzeże swoje dane. Poddanie się badaniu na obecność wirusa HIV w sposób anonimowy jest równoznaczne z wolą zastrzeżenia danych.

3.2. Dane policji i wymiaru sprawiedliwości

3.2.1. Dane ze statystyk policyjnych

Tabela nr 1. Stwierdzone przestępstwa narkotykowe w latach: 1991-2003; dane ogólnopolskie
Źródło : Komenda Główna Policji

Rok	Liczba przestępstw	Akt prawny
1991	2735	Uozn z 1985 r.
1992	2554	Uozn z 1985 r.
1993	5569	Uozn z 1985 r.
1994	3927	Uozn z 1985 r.
1995	4284	Uozn z 1985 r.
1996	6780	Uozn z 1985 r.
1997	7915	Uozn z 1985 r./ Uopn z 1997 r.
1998	16432	Uopn z 1997 r.
1999	15628	Uopn z 1997 r.
2000	19649	Uopn z 1997 r.
2001	29230	Uopn z 1997 r. po zmianach z X 2000 r.
2002	36178	Uopn z 1997 r. po zmianach z X 2000 r.
2003	47605	Uopn z 1997 r. po zmianach z X 2000 r.

Powyższe dane przedstawiają liczbę stwierdzonych przestępstw narkotykowych w latach 1991-2003, w którym to okresie prawo narkotykowe uległo kilku zasadniczym zmianom. W 1985 roku weszła w życie ustawa o zapobieganiu narkomanii, pierwsza polska ustawa całkowicie poświęcona problematyce narkotyków i narkomanii. Ustawa ta w ogóle nie kryminalizowała posiadania narkotyków, przestępstwa stanowiły jedynie czynności leżące *stricto* po stronie podaży. W 1997 roku uchwalono nową ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, która wprowadziła kryminalizację posiadania narkotyków, z tym jednak, że na mocy art. 48 ust. 4, sprawca posiadania nieznacznych ilości na własny użytek nie podlegał karze. Dopiero w październiku 2000 roku dokonano nowelizacji uopn z 1997 roku, usuwając art. 48 ust. 4. Od tej pory każdy rodzaj posiadania stanowi przestępstwo, którego sprawca podlega karze.

Powyższe dane pokazują, że pod rządami ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku liczba stwierdzonych przestępstw wzrastała nieznacznie, natomiast znacząco zwiększyła się ona dopiero pod rządami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, zaś po nowelizacji z 2000 roku zaczęła rosnąć jeszcze dynamiczniej. Przedstawiona powyżej tabela nie pozwala więc na dokonanie obiektywnej analizy skuteczności działań policji

skierowanych przeciwko handlarzom narkotyków, ze względu na „dorzucenie” do statystyki wykrytych przestępstw posiadania narkotyków. Niezbędny podział został dokonany w następnej tabeli.

Tabela nr 2. Stwierdzone przestępstwa udzielania (1) i posiadania (2) narkotyków w latach 1997-2002; dane ogólnopolskie; Źródło: Komenda Główna Policji

Rok	Udzielanie (1)	Posiadanie (2)	Akt prawny
1997	3507	32	Uozn z 1985 r./ Uopn z 1997 r.
1998	10762	1380	Uopn z 1997 r.
1999	10305	1896	Uopn z 1997 r.
2000	13278	2815	Uopn z 1997 r.
2001	18873	6651	Uopn z 1997 r. po zm. z X 2000 r.
2002	20482	11960	Uopn z 1997 r. po zm. z X 2000 r.

Liczba stwierdzonych przestępstw udzielania innej osobie środka odurzającego wzrastała systematycznie. Liczba stwierdzonych przestępstw udzielania innej osobie narkotyku w każdym roku przewyższa liczbę stwierdzonych przestępstw posiadania narkotyku (np. w 1998: 10 762 stwierdzonych przestępstw udzielania i 1 380 stwierdzonych przestępstw posiadania, 2000: odpowiednio 13 278 – udzielanie i 2 815 posiadanie; 2002: 20 482 – udzielanie i 11 960 – posiadanie).

Powyższe zestawienie zostało zamieszczone ze względu na zgłaszaną przez funkcjonariuszy Policji bezsilność w ściganiu przestępstw związanych z handlem narkotykami. Jedną z przyczyn penalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek była chęć posiłkowania się przestępstwem posiadania jako pomocniczym narzędziem do ścigania dilerów, nieuchwytnych w inny sposób. Przedstawione dane statystyczne wskazują natomiast, że policja jest całkiem skuteczna przy ściganiu przestępstw *stricto* podażowych.

Tabela nr 3. Stwierdzone przestępstwa wprowadzania do obrotu środków odurzających i substancji psychotropowych w latach 1999-2003; dane ogólnopolskie; Źródło: Komenda Główna Policji

Rok	1999	2000	2001	2002	2003
Liczba stwierdzonych przestępstw wprowadzenia do obrotu środków odurzających lub psychotropowych	1714	1417	1809	1931	2 064
Relacja [%] w stosunku do stanu z r. 1999.	100	83	106	113	120

Podobnie przedstawia się sytuacja z liczbą stwierdzonych przestępstw wprowadzania narkotyków do obrotu. Liczba ta, z wyjątkiem 2000 roku, stale systematycznie wzrasta. Te dane również można uznać za przejaw skuteczności policji w docieraniu do przestępstw o charakterze podażowym,

Tabela nr 4. Stwierdzone przestępstwa posiadania narkotyków w latach 1998-2002; dane ogólnopolskie; Źródło: Komenda Główna Policji

Rok	Liczba przestępstw	Relacja [%] w stosunku do stanu z 1999 roku	Dynamika wzrostu [%] w stosunku do stanu z roku poprzedniego
1998	1380	73	-
1999	1896	100	145
2000	2815	148	148
2001	6651	351	236
2002	11960	631	180

Powyższe dane obrazują znaczący wzrost liczby stwierdzonych przestępstw posiadania narkotyków w latach 1998-2002. Należy pamiętać, że w 2000 roku nastąpiła zmiana ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w postaci wykreślenia art. 48 ust. 4, mówiącego o depenalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek.

Rok 1999 jest ostatnim rokiem, w którym przez całe 12 miesięcy obowiązywała ustawa w brzmieniu sprzed nowelizacji. Jeśli dane z 1999 roku potraktujemy jako punkt wyjścia i odniesiemy do niego dane z roku 2001 r., podczas którego też przez pełne 12 miesięcy obowiązywała ustawa znówelizowana, stwierdza się wzrost liczby stwierdzonych przestępstw o 351%. W kolejnym, 2002 roku nastąpił dalszy skokowy wzrost aż do 631% względem stanu z roku 1999. Równolegle ze wzrostem liczby stwierdzonych przestępstw posiadania narkotyków nastąpił wzrost liczby prawomocnych skazań za te przestępstwa.

Tabela nr 5. Współczynnik zagrożenia przestępczością narkotykową za 2004 r., w relacji na 10.000 mieszkańców; dane regionalne; Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

WSPÓŁCZYNNIK ZAGROŻENIA PRZESTĘPCZOŚCIĄ NARKOTYKOWĄ ZA 2004 R. W RELACJI NA 10.000 MIESZKAŃCÓW.			
L.P.	NAZWA MIEJSCOWOŚCI / REGIONU	OKREŚLENIE MIEJSCOWOŚCI / REGIONU	WSPÓŁCZYNNIK
1.	SZCZECIN	MIASTO	17,6
2.	KOSZALIN	REGION	10,3
3.	ŚWINOUJŚCIE	REGION	14,6
4.	BIAŁOGARD	REGION	9,5
5.	CHOSZCZNO	REGION	7,7
6.	GOLENIÓW	REGION	8,8
7.	GRYFICE	REGION	10,3
8.	GRYFINO	REGION	10,1
9.	KAMIEŃ POMORSKI	REGION	7,3
10.	KOŁOBRZEG	REGION	9,0
11.	MYŚLIBÓRZ	REGION	10,1
12.	POLICE	REGION	11,8
13.	PYRZYCE	REGION	8,7
14.	SŁAWNO	REGION	5,4
15.	STARGARD SZCZECIŃSKI	REGION	6,7
16.	SZCZECINEK	REGION	20, 3

Dane udostępnione przez Komendę Wojewódzką Policji w Szczecinie, dotyczące współczynnika zagrożenia przestępczością narkotykową odbiegają od danych uzyskanych z wywiadów interakcyjnych i IDU. Dane policji wskazują bowiem na niski współczynnik przestępczości narkotykowej w miastach, w których skala zjawiska narkomanii zdaje się być wysoka.

3.2.2. Dane wymiaru sprawiedliwości

Tabela nr 6. Skazania za przestępstwa, których przedmiotem są narkotyki w latach 1997-2002 (za lata 1998-1999 brak danych); dane ogólnopolskie; Źródło; Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Rok	Liczba prawomocnych skazań	Dynamika zmian Stan z 2000 r ~ 100%
1997	1457	51,67
1998	Bd	bd
1999	Bd	bd
2000	2820	100,00
2001	4257	150,96
2002	6384	226,38

Dynamika wzrostu skazań jest mniejsza od dynamiki wzrostu wykrywalności - co widać na danych obejmujących lata 2000 – 2002.

Tabela nr 7. Skazania za przestępstwa udzielania narkotyku i udzielania w celu osiągnięcia korzyści majątkowej w latach 1997-2002 (za lata 1998-1999 brak danych); dane ogólnopolskie; Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Rok	Liczba skazań za udzielanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej	Dynamika zmian Stan z 2000 r. ~ 100%	Liczba skazań za udzielanie	Dynamika zmian Stan z 2000 r. ~ 100%
1997	201	22,66	85	27,42
1998	brak danych	Bd	brak danych	bd
1999	brak danych	Bd	brak danych	bd
2000	887	100,00	310	100,00
2001	1428	160,99	428	138,06
2002	1846	208,12	605	195,16

Z powyższych danych wynika, że liczba skazań za obie formy udzielania narkotyku wzrosła od 2000 roku. Przy tym jednak widać wyraźnie, iż liczba skazań za udzielanie mające na celu osiągnięcie korzyści majątkowej (art. 46 u. o p. n..) wyraźnie przewyższa liczbę skazań za udzielanie mające charakter „koleżeńskiej przysługi”. Ta tendencja wzrostowa również nie wydaje się potwierdzać pesymistycznych opinii organów ścigania o własnej bezsilności w zakresie zwalczania podaży narkotyków.

Tabela nr 8. Skazania za przestępstwo posiadania narkotyku w latach 2000-2003 ze rozróżnieniem typu podstawowego (art. 48 ust.1), uprzywilejowanego (art. 48 ust.2) oraz kwalifikowanego (art. 48 ust.3) i relacji do ogólnej liczby skazań za przestępstwo posiadania w danym roku; dane ogólnopolskie; Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Rok	Art. 48 ust.1	Art. 48 ust. 2	Art 48 ust.3
2000	373	127	98
Odsetek [%] skazań za dany typ posiadania w stosunku do skazań za wszystkie typy określone w art. 48	62,37	21,24	16,39
2001	959	301	152
Odsetek [%] skazań za dany typ posiadania w stosunku do skazań za wszystkie typy określone w art. 48	67,92	21,32	10,76
2002	2047	626	145
Odsetek [%] skazań za dany typ posiadania w stosunku do skazań za wszystkie typy określone w art. 48	72,64	22,21	5,15
2003	5663	1533	368
Odsetek [%] skazań za dany typ posiadania w stosunku do skazań za wszystkie typy określone w art. 48	74,87	20,27	4,86

Liczba skazań utrzymała tendencję wzrostową tylko w tzw. trybie podstawowym (art. 48 ust.1), przy jednoczesnym znaczącym spadku skazań w tzw. typie kwalifikowanym (art. 48 ust.2).

Tabela nr 9. Zestawienie zarejestrowanych przypadków posiadania narkotyków z prawomocnymi wyrokami skazującymi za posiadanie narkotyków w latach 2000-2002; Źródło: Komenda Główna Policji i Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Rok	Zarejestrowane przypadki posiadania narkotyków	Prawomocne wyroki skazujące za przestępstwo posiadania	Odsetek [%] wyroków skazujących w stosunku do zarejestrowanych przestępstw
2000	2815	598	21,24
2001	6651	1412	21,23
2002	11960	2818	23,56

Powyższe dane pokazują, że w 2001 roku nastąpił wyraźny wzrost stwierdzonych przestępstw posiadania narkotyków, jak i prawomocnych skazań za te przestępstwa. Powstaje jednak pytanie, czy dane te wskazują na to, że policja dzięki skreśleniu ustępu 4 art. 48 uopn z 1997 r. rzeczywiście zyskała skuteczne narzędzie do ścigania handlarzy i dilerów narkotyków, czy też może ziszczyły się obawy sceptyków nowelizacji, którzy obawiali się, że jej głównym skutkiem będzie ujmowanie i skazywanie drobnych konsumentów narkotyków, w głównej mierze osób uzależnionych. Przy wzroście zarejestrowanych przypadków posiadania narkotyków o 425 % pomiędzy rokiem 2002 a 2000, współczynnik prawomocnych wyroków skazujących wzrósł z 21,24% do 23,56 %.

Tabela nr 10. Zestawienie prawomocnych wyroków skazujących za przestępstwa z art. 48.1 z liczbą orzeczonych kar pozbawienia wolności za przestępstwa z art. 48.1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii; dane ogólnopolskie; Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Rok	Wyroki skazujące	Kary pozbawienia wolności	Odsetek [%] orzeczonych kar pozbawienia wolności w stosunku do wszystkich wyroków skazujących
2000	373	338	90,62
2001	959	855	89,16
2002	2047	1797	87,79
2003	5663	4887	86,30

Liczba wyroków skazujących wzrosła o 1518 % w roku 2003 w stosunku do stanu z roku 2000, przy jednoczesnym niewielkim spadku procentowym orzekanych kar pozbawienia wolności z 90,62 % w 2000 r. do 86,30 % w 2003 r. Zatem ilość osadzonych lawinowo wzrosła.

Tabela nr 11. Zestawienie prawomocnych wyroków skazujących za przestępstwa z art. 48.2 z liczbą orzeczonych kar pozbawienia wolności za przestępstwa z art. 48.2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii; Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Rok	Wyroki skazujące	Kary pozbawienia wolności	Odsetek [%] orzeczonych kar pozbawienia wolności w stosunku do wszystkich wyroków skazujących
2000	127	45	35,43
2001	301	120	39,87
2002	626	242	38,66
2003	1533	588	38,36

Z powyższych danych wynika, że liczba prawomocnych skazań za przestępstwa z art. 48 ustępow 1 i art. 48 ust. 2 wzrasta z roku na rok. Może to oznaczać, że skreślenie ustępu 4 umożliwiło skuteczne ujmowanie i skazywanie osób posiadających niewielkie i „zwykłe” ilości narkotyków. Niewątpliwie pewna część z tych prawomocnie skazanych trudniła się handlem narkotykami. Jednak z dużym prawdopodobieństwem można uznać, że znaczny odsetek tych skazanych, szczególnie w przypadku skazań z art. 48 ust. 2 stanowią drobni użytkownicy narkotyków, w tym osoby uzależnione. Narkoman jest bowiem widoczny, zaś policja doskonale zna miejsca, w których uzależnieni przebywają. Dlatego też uzależniony jest dla policji dużo łatwiejszym obiektem działań aniżeli handlarz narkotyków. Stąd można wysunąć hipotezę, że gros skazanych stanowią właśnie uzależnieni. Trzeba jednak mieć na uwadze fakt, iż wiele osób uzależnionych zajmuje się tzw. „drobną dilerką” czyli sprzedażą narkotyków wśród innych uzależnionych. Wynika to z konieczności zdobycia środków finansowych na narkotyki na własny użytek, co oznacza, że zachowanie to stanowi konsekwencję uzależnienia.

Tabela nr 12. Zestawienie prawomocnych wyroków skazujących za przestępstwa z art. 48.3 z liczbą orzeczonych kar pozbawienia wolności za przestępstwa z art. 48.3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii; Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Rok	Wyroki skazujące	Kary pozbawienia wolności	Odsetek [%] orzeczonych kar pozbawienia wolności w stosunku do wszystkich wyroków skazujących
2000	98	97	98,98
2001	152	152	100
2002	145	139	95,86
2003	368	355	96,47

Z kolei liczba prawomocnych skazań za przestępstwa z art. 48 ust. 3 nie wykazuje tak znacznych tendencji wzrostowych, jakie występują przy skazaniach za przestępstwa z artykułu 48 ustępow 1 i 2. Może to oznaczać, iż policja stosunkowo łatwo wykrywa drobnych handlarzy zajmujących się handlem ulicznym, natomiast poważny problem stanowi ustalenie źródła pochodzenia środków odurzających i psychotropowych, które pozwoliłoby zidentyfikować osoby znajdujące się jak najwyżej w hierarchii ludzi zajmujących się obrotem narkotykami. Stała i stosunkowo niewysoka liczba prawomocnych skazań za przestępstwo posiadania narkotyków w dużych ilościach w latach 2000-2002 może stanowić potwierdzenie słuszności powyższej uwagi. Z drugiej strony nie można pominąć znacznego wzrostu liczby skazań za przestępstwo posiadania znacznych ilości narkotyków za rok 2003. Liczba ta (368 skazań) jest ponad dwukrotnie wyższa od liczby skazań w roku 2002 (145 skazań). Być może

oznacza to, że organy ścigania zaczęły odnosić sukcesy w wykrywaniu przestępstw posiadania narkotyków w dużych ilościach niewątpliwie przeznaczonych na cele handlowe. Jednak i tu nie należy dać się ponieść zbytniemu optymizmowi, gdyż przyczyna wzrostu liczby skazań (a zatem i wzrostu wykrywalności takich przestępstw) może mieć zupełnie inne podłoże. Należy bowiem zwrócić uwagę na to, że jeszcze większa dynamika wzrostu cechuje skazania za przestępstwa z art. 48 ust. 1 i art. 48 ust. 2.

Jednocześnie należy zauważyć pewną tendencję występującą w praktyce sądowej. Otóż z danych przedstawionych w tabeli nr 13 wynika, że skazaniom z art. 48 ust. 3 (kiedy przedmiotem posiadania jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych) niemal zawsze towarzyszy orzeczenie kary pozbawienia wolności, natomiast kara ta nie jest już tak automatycznie orzekana w przypadku skazań za przestępstwa z art. 48 ust. 1, czyli za przestępstwo posiadania typu podstawowego. Natomiast w przypadku skazań z art. 48 ust. 2 (typ uprzywilejowany) kara pozbawienia wolności towarzyszy około jednej trzeciej wszystkich skazań. Te proporcje liczby skazań i liczby orzeczonych kar pozbawienia wolności wskazywałyby na to, że sądy z całą surowością traktują sprawców przestępstw posiadania narkotyków w dużych ilościach, w celach handlowych. Sprawcy skazani za przestępstwo posiadania tzw. „normalnych” ilości traktowani są z mniejszą surowością, co obrazuje niższy odsetek orzeczonych kar pozbawienia wolności względem takich sprawców. Natomiast osoby uznane przez sąd za winne popełnienia przestępstwa posiadania typu uprzywilejowanego, określonego w art. 48 ust. 2 uopn, traktowane są przez wymiar sprawiedliwości najłagodniej. Oczywiście stosunkowo niski odsetek osób skazanych na karę pozbawienia wolności za przestępstwo posiadania narkotyków z art. 48 ust. 2, bardzo wysoki odsetek skazanych na tę samą karę za przestępstwo z art. 48 ust. 3 oraz „umiarkowany” odsetek skazanych na karę pozbawienia wolności za przestępstwo z art. 48 ust. 1 jest wynikiem zagrożeń ustawowych przewidzianych za te przestępstwa. Zagrożenie ustawowe przewidziane za typ podstawowy przestępstwa posiadania to kara pozbawienia wolności do lat 3, zagrożenie za typ kwalifikowany to kumulatywnie grzywna i kara pozbawienia wolności do lat 5, natomiast typ uprzywilejowany zagrożony jest w myśl ustawy alternatywnie: karą grzywny, karą ograniczenia wolności albo karą pozbawienia wolności do roku.

Tabela nr 13. Zestawienie kar pozbawienia wolności za przestępstwo posiadania narkotyków (z art. 48 ust. 1, 2 i 3) z karami w zawieszeniu i z karami bezwzględными; dane ogólnopolskie; Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości; Wydział Statystyki

Kwalifikacja prawna	Kary pozbawienia wolności ogółem	Kary w zawieszeniu	Odsetek kar pozbawienia wolności w zawieszeniu w stosunku do kar ogółem [%]
1999			
Art. 48 ust. 1	178	156	87,6
Art. 48 ust. 2	23	22	95,7
Art. 48 ust. 3	47	30	63,8
2000			
Art. 48 ust. 1	338	295	87,3
Art. 48 ust. 2	45	40	88,9
Art. 48 ust. 3	97	76	78,4
2001			
Art. 48 ust. 1	855	749	87,6
Art. 48 ust. 2	120	110	91,7
Art. 48 ust. 3	152	95	62,5

Jak widać z powyższych danych, przeważająca większość skazań na karę pozbawienia wolności za przestępstwo posiadania narkotyków z art. 48 to kara w zawieszeniu. Dotyczy to wszystkich rodzajów przestępstwa posiadania, z tym, że najwyższy odsetek liczby kar w zawieszeniu w stosunku do kar pozbawienia wolności ogółem odnosi się do przestępstwa z art. 48 ust. 2. Odsetek ten wynosi bowiem kolejno 95,7 % w 1999 roku, 88,9% w 2000 roku i 91,7 % w 2001 roku.

Wydaje się jednak, że jeśli skazanymi są użytkownicy narkotyków, z których zdecydowaną większość stanowią osoby uzależnione, co jest szczególnie prawdopodobne w przypadku osób skazanych z art. 48 ust. 2, to wówczas zawieszenie wykonania kary w żaden sposób nie rozwiązuje problemu.

Można przyjąć, że osoba uzależniona od środków odurzających lub substancji psychotropowych, skazana na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, prędzej czy później po raz kolejny zostanie ujęta na posiadaniu narkotyków. Co więcej, można założyć, że istnieje znacznie większe prawdopodobieństwo tego, że ponownie ujęty zostanie właśnie użytkownik narkotyków, aniżeli osoba, która je posiada wyłącznie w celach handlowych. Dlatego też zarządzenie wykonania kary znacznie częściej będzie miało miejsce w przypadku drobnych konsumentów narkotyków, w tym osób uzależnionych, aniżeli w przypadku osób posiadających narkotyki na cele niewątpliwie handlowe. Narkoman jest „społecznie widoczny”, dużo łatwiej go wypatrzyć, aniżeli zwykłego handlarza.

Ogólny wzrost liczby stwierdzonych przestępstw, a następnie prawomocnych skazań za te przestępstwa może być rozumiany dwojako. Po pierwsze może on oznaczać, iż zarówno organy ścigania, jak również wymiar sprawiedliwości są coraz bardziej skuteczne w zwalczaniu zjawiska narkotyków za pomocą narzędzi prawa karnego. Z drugiej jednak strony może to oznaczać coś zupełnie przeciwnego, a mianowicie to, że nastąpił ogólny wzrost liczby popełnianych przestępstw, przedmiotem których są środki odurzające i substancje psychotropowe.

Tabela nr 14. Prawomocnie orzeczony obowiązek poddania się leczeniu wobec osób dorosłych prawomocnie skazanych na pozbawienie wolności z zawieszeniem z oskarżenia publicznego na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku; dane ogólnopolskie (Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości, Wydział Statystyki)

Rok	Ogółem pozbawienie wolności na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii	Z zawieszeniem wykonania kary	Obowiązek poddania się leczeniu orzeczony przy warunkowym zawieszeniu kary	Obowiązek poddania się leczeniu orzeczony przy warunkowym zawieszeniu kary w stosunku do liczby orzeczonych kar pozbawienia wolności, których wykonanie warunkowo zawieszono [%]
1999	1 769	1 370	41	2,99
2000	2 372	1 815	53	2,92
2001	3 761	2 741	39	1,42

Powyższe dane przedstawiają liczbę orzeczonych kar pozbawienia wolności na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, w tym liczbę kar, których wykonanie warunkowo zawieszono oraz obowiązki orzeczone przy zawieszeniu wykonania kary. Obowiązek poddania się leczeniu na mocy art. 56 ust. 1 uopn z 1997 roku orzekany jest przez sąd obligatoryjnie, w związku z czym liczba orzeczonych obowiązków poddania się leczeniu powinna być zawsze równa liczbie kar pozbawienia wolności warunkowo zawieszonych. Oznacza to, że sądy nie stosują ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która jednoznacznie nakazuje orzec obowiązek poddania się leczeniu w przypadku zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności.

Za jeden z głównych problemów należy uznać praktykę wypracowaną przez wymiar sprawiedliwości, nastawioną głównie na represję, przy nikłym wykorzystaniu narzędzi oddziaływania leczniczego, stosowanych „obok” orzekanych kar pozbawienia wolności.

Dane statystyczne wskazują na zauważalny w ostatnich latach gwałtowny wzrost wykrywalności przestępstw narkotykowych. Nie można jednoznacznie określić, jak wyglądać powinny wyżej przedstawione statystyki przy zastosowaniu symulacji stanu prawnego sprzed zaostrzenia przepisów – depenalizacji posiadania niewielkiej ilości narkotyków „na własny użytek.

Stanowisko Policji ujawniane w środkach masowego przekazu, jak również potwierdzone w toku realizacji niniejszego projektu badawczego, nie uległo zmianie i polega ono na popieraniu zaostrzonej karalności posiadania narkotyków, jako mającej umożliwić skuteczne ściganie handlarzy narkotyków. Rzeczywiście, dzięki penalizacji posiadania narkotyków, policja zyskuje skuteczny środek oddziaływania na uzależnionych, dzięki któremu łatwiej jej jest uzyskać informacje na temat ukrytej populacji, jaką jest środowisko narkomanów i narkobiznesu. Jednak, jak pokazują wyniki badań, uzyskiwane tą drogą informacje nie zawsze pokrywają się z prawdą i nie zawsze pomagają w docieraniu do liczących się handlarzy.

3.3. Epidemiologia

Epidemiologia chorób związanych z narkomanią dożylną stanowi podstawę dla projektu badawczego RPAR dostarczając takiej wiedzy o skali problemu, trendach epidemiologicznych, która może pomóc w identyfikacji istotnych dla interwencji obszarów związanych z profilaktyką zachorowań.

Metodologia projektu zakładała zebranie danych dotyczących następujących jednostek chorobowych i związanych z nimi zagadnień:

Ogólnopolskie źródła danych epidemiologicznych :

1. HIV/AIDS
2. Gruźlica
3. Wirusowe zapalenie wątroby typu B
4. Wirusowe zapalenie wątroby typu C
5. Kiła
6. Dane o oporności HIV na leki w kraju i regionie,
7. Dane o oporności prątków gruźlicy na leki w kraju i regionie.
8. Dane epidemiologiczne pochodziły z następujących krajowych i lokalnych źródeł:

Krajowe źródła danych epidemiologicznych :

1. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa,
2. Instytut Wenerologii, Warszawa,
3. Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa,

Regionalne i lokalne źródła danych epidemiologicznych:

1. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Szczecin,
2. Wojewódzka Poradnia Skórno-Wenerologiczna, Szczecin,
3. Klinika Chorób Zakaźnych oraz Poradnia Nabytych Niedoborów Odporności,
4. Stowarzyszenia: MONAR i powrót z U,
5. Regionalny Konsultant Toksykologii
6. Szpital psychiatryczny NZOZ „ZDROJE”

Dane ze szczebla krajowego są danymi oficjalnymi, publikowanymi w odpowiednich biuletynach, informatorach, raportach rocznych i miesięcznych lub na stronach internetowych. Dane pochodzące ze źródeł regionalnych są w dużej mierze danymi

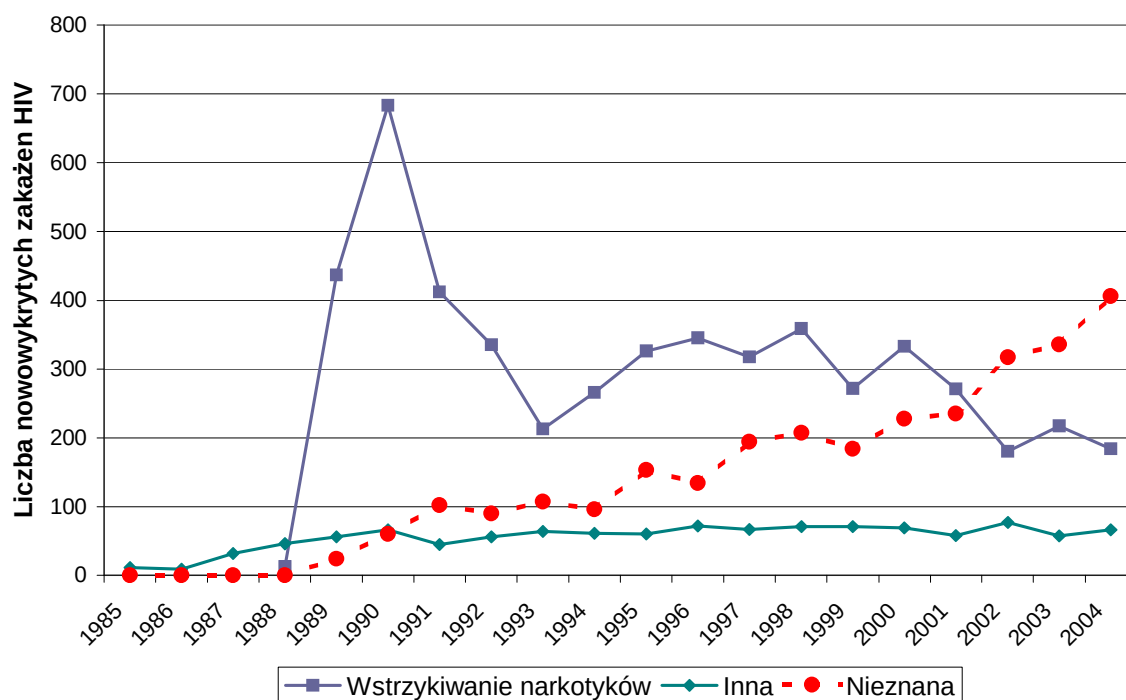
otrzymywanymi bezpośrednio na prośbę członków zespołu badawczego. Stanowią one dane wewnętrzne wymienionych osób i instytucji.

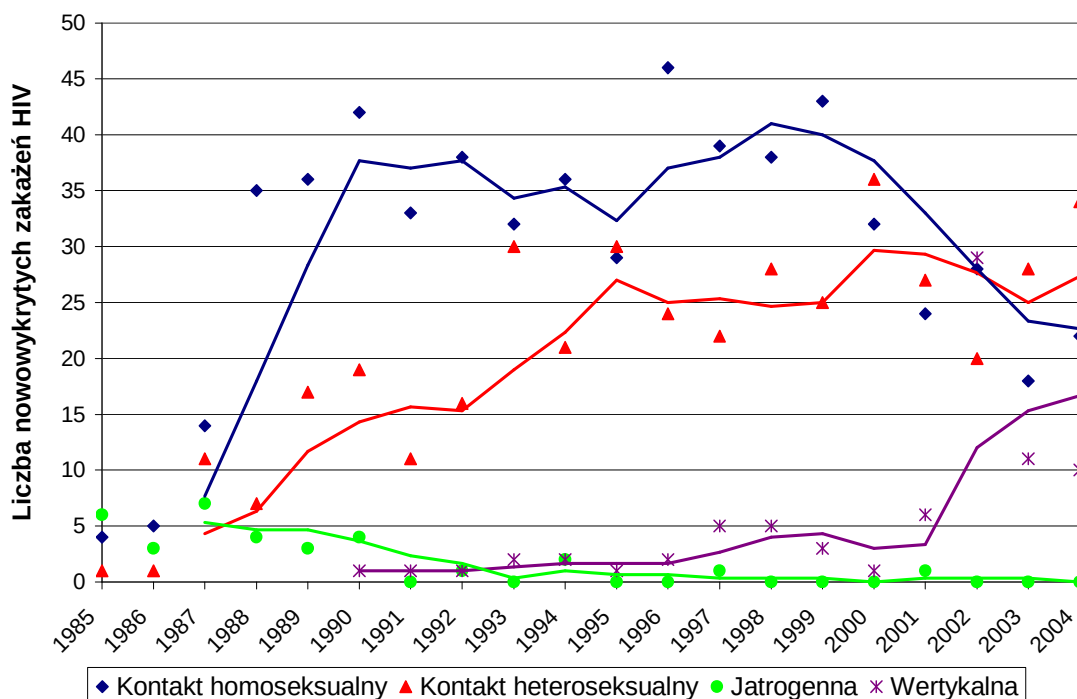
3.3.1. HIV/AIDS

a) Zakażenie wirusem HIV – Polska.

Dane epidemiologiczne dotyczące ilości osób zakażonych HIV podają, że od 1985 r. do dnia 31.03.2005 wykrytych zostało 9342 zakażeń wśród obywateli polskich, z czego 26 % stanowiły kobiety. Zgodnie z oficjalnymi danymi w populacji osób zakażonych 14,2 % stanowią osoby zakażone na drodze kontaktów seksualnych, 17,4% na drodze ryzykownych kontaktów heteroseksualnych, 55,6% na drodze narkomanii dożyłnej, 3,2% stanowiły zakażenia wertykalne, 0,2 % jatrogenne. W 9,6% droga zakażenia pozostaje nieznana. Zdiagnozowano 1590 przypadków AIDS, odnotowano 746 zgonów. Rocznie wykrywanych jest około 600 nowych zakażeń. Częstość występowania zakażenia HIV w Polsce w 2003 roku wynosiła 0,38 na 100 000 mieszkańców.

Rycina 1 i 2 Zakażenie HIV w Polsce - droga zakażenia.

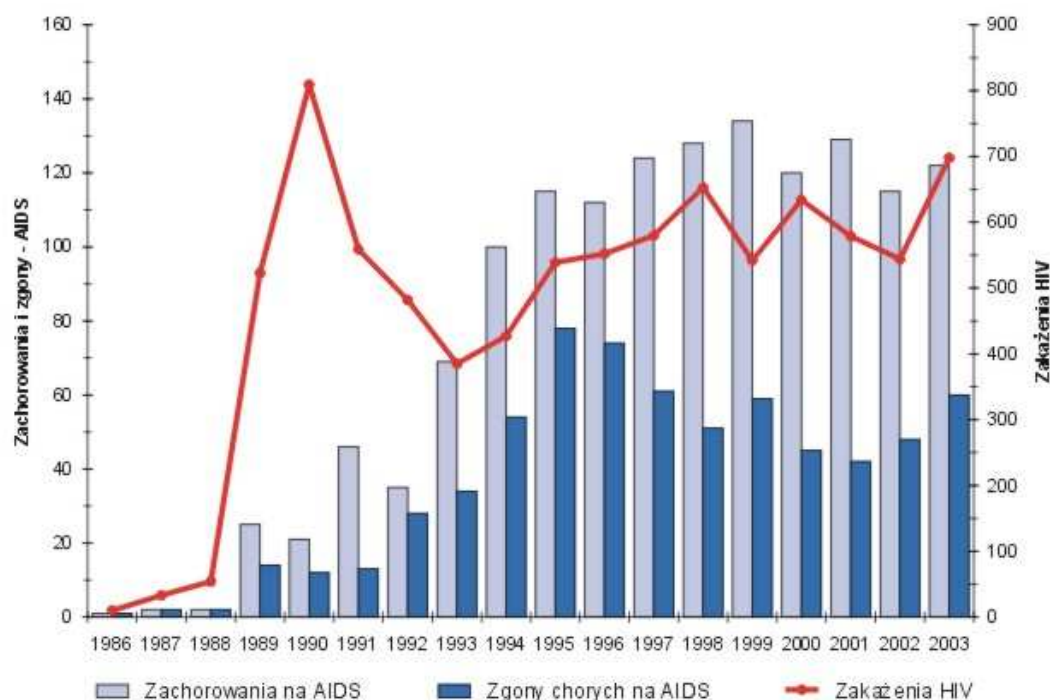




Od 1992 roku, po początkowej wysokiej liczbie zdiagnozowanych zakażeń wśród użytkowników narkotyków iniekcyjnych w latach 1985-1991, ilość nowo wykrytych zakażeń HIV w tej grupie systematycznie spada. Może to mieć związek ze zmniejszeniem częstości dożylnego przyjmowania narkotyków, pomimo stałej tendencji do zwiększenia częstości używania narkotyków *per se*. Z drugiej strony, ilość wykrytych zakażeń związanych z innymi drogami transmisji systematycznie rośnie, z krzywymi wznoszącymi w zakresie zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych i drogą wertykalną, z nieznacznym spadkiem ilości zakażeń drogą kontaktów homoseksualnych.

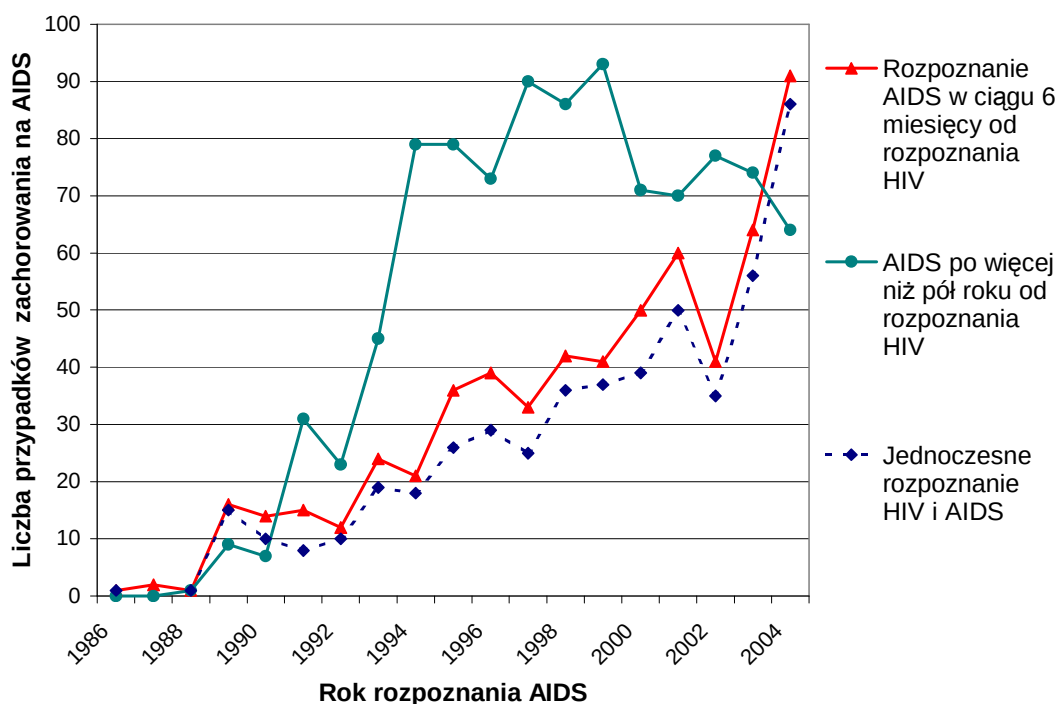
Rycina 3. ilustruje zapadalność na AIDS w latach 1986-2003. Zapadalność na AIDS w ciągu ostatnich 10 lat nie zmieniły się istotnie. Ilość zachorowań wynosiła od 108 do 135 przypadków/rok bez widocznej tendencji wzrostowej lub spadkowej.

Rycina. 3. Zapadalność na AIDS



Rycina 3 przedstawia zjawisko wyraźnego wzrostu rozpoznań AIDS w momencie stwierdzenia faktu zakażenia HIV u chorego lub w ciągu pół roku od chwili diagnozy infekcji. Natomiast liczba rozpoznań AIDS stawianych po 6 miesiącach od testu potwierdzenia maleje.

Rycina 4. Diagnoza AIDS w zależności od momentu potwierdzenia zakażenia HIV.



Istnieje natomiast trend wskazujący na większą częstość wykrywania zakażenia HIV w stadium AIDS

b) Zakażenie wirusem HIV w regionie

Zapadalność na zakażenie HIV w regionie zachodniopomorskim wynosi 0,4/100 000 mieszkańców (szóste miejsce pod tym względem w województwach Polski) i pozostaje bez istotnych zmian od 2000r. Od 1985 do 31.04.2005 w regionie zachodniopomorskim zdiagnozowano 600 osób zakażonych HIV (594 obywateli Polski w wieku 19- 64 lata – 31% kobiet, 69% mężczyzn) - 51% stanowiły osoby zakażone drogą narkomanii dożylną. Pod opieką specjalistyczną pozostaje również 6 dzieci zakażonych HIV. Z terenu województwa zachodniopomorskiego zgłoszono 91 przypadków AIDS i 59 zgonów na AIDS.

3.3.2. Oporność HIV na leki antyretrowirusowe

a) Oporność HIV na leki antyretrowirusowe – Polska.

W Polsce stwierdza się wyższy niż w krajach Europy Zachodniej, sięgający 14,1%, odsetek pacjentów, u których stwierdza się oporne warianty HIV przed rozpoczęciem ART.

Wśród osób leczonych antyretrowirusowo częstość występowania oporności na leki z przynajmniej jednej klasy przekracza 70%.

Obserwowane w Polsce: wzrost częstości zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych, późne rozpoznawanie infekcji HIV oraz nieskuteczność leczenia antyretrowirusowego w niektórych grupach chorych będą sprzyjać szerzeniu się szczepów opornych HIV-1.

b) Oporność HIV na leki antyretrowirusowe – woj. zachodniopomorskie

Dane o oporności HIV na leki w grupie chorych leczonych w Szczecinie nie są kompletne. Ośrodek dysponuje badaniami oporności u 80 osób. U 25 osób, dobranych losowo, wykonano badania przed rozpoczęciem leczenia – tylko u jednej osoby stwierdzono oporność HIV na leki z jednej klasy. Natomiast wśród chorych leczonych ARV badania na obecność szczepów opornych HIV wykazały obecność mutacji odpowiedzialnych za oporność wobec 2 klas leków AR u połowy pacjentów.

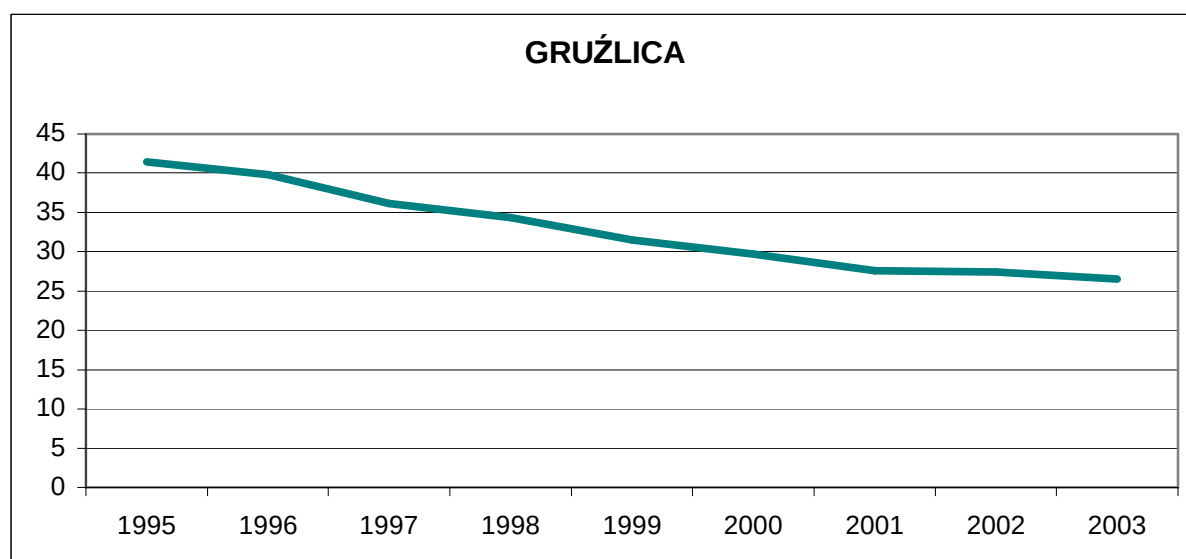
3.3.3. Gruźlica i dane o oporności prątków gruźlicy na leki

a) Gruźlica i dane o oporności prątków gruźlicy na leki – Polska

Obserwuje się ciągły spadek ilości zachorowań na gruźlicę – z ok 16000 przypadków/rok w 1996 roku do 10124 w roku 2003. Gruźlica wielolekooporna jest diagnozowana w mniej niż 5% przypadków.

W skali kraju gruźlica pozostaje najczęściej rozpoznawaną chorobą „wskaźnikową” AIDS u osób zakażonych HIV w ciągu ostatnich 10 lat. (PUBLIK.2004 HIV/AIDS Review)

Rycina 5. Gruźlica w latach 1995-2003 w Polsce



b) Gruźlica i dane o oporności prątków gruźlicy na leki – woj. zachodniopomorskie.

Wśród chorych HIV(+) leczonych w ośrodku szczecińskim do końca 2004 r. rozpoznano gruźlicę (płucną i pozapłucną) u 31 osób (15 osób zakażonych HIV drogą IDU). Tak więc gruźlica stanowiła o rozpoznaniu AIDS (jako „choroba wskaźnikowa”) w 30 % przypadków. Wśród chorych na AIDS rozpoznano tylko 1 przypadek gruźlicy wielolekoopornej (u obywatela Armenii, okresowo przebywającego w Polsce od 16 lat).

3.3.4. Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

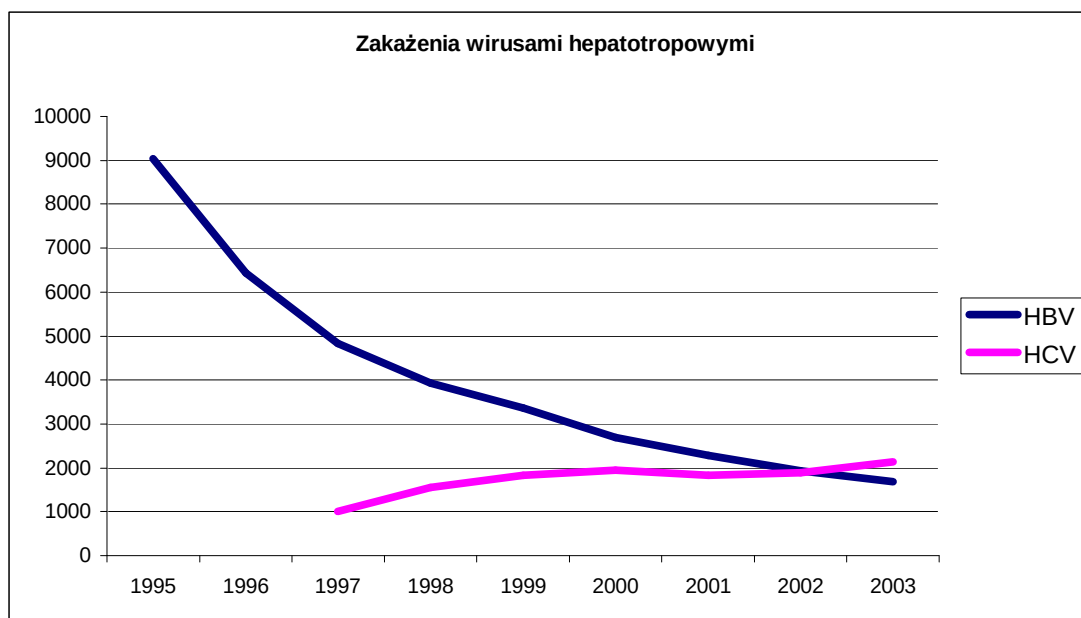
a) Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C – Polska.

Częstość występowania zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B zmniejszyła się z 9034 przypadków w roku 1995 do 1693 w roku 2003. Ten spadek jest związany z

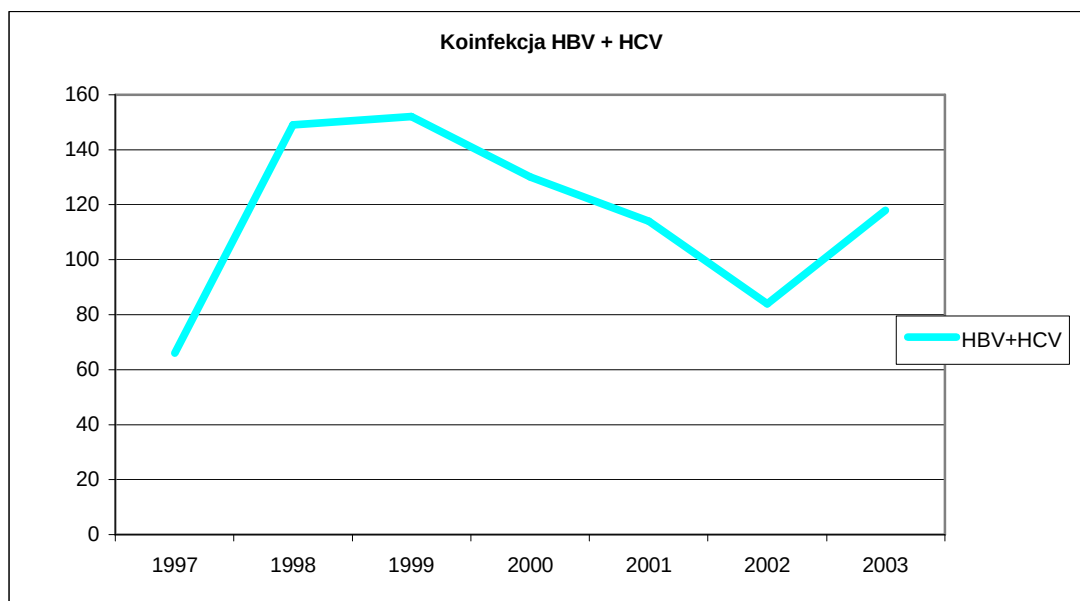
upowszechnieniem szczepień ochronnych przeciw hepatitis B. W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C częstość występowania zakażeń zwiększyła się z 998 przypadków w 1997 roku do 2136 w roku 2003.

Częstość występowania współzakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C zmieniła się z 66 przypadków w 1997 do 1693 w 2003. W trakcie okresu obserwacji odnotowano znaczące zmiany częstości występowania współzakażenia. W latach 1998 – 1999 widoczny był wzrost częstości zachorowań do ok. 150 przypadków/rok z następowym spadkiem do 2002 roku. Ponowny wzrost częstości wykrywanych koinfekcji HBV/ HCV był odnotowany w roku 2003.

Rycina 6. Zakażenia WZW-B i WZW-C w latach 1995-2003 w Polsce



Rycina 7. Współistnienie zakażeń WZW-B i WZW-C w latach 1995-2003 w Polsce



b) Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C – woj. zachodniopomorskie

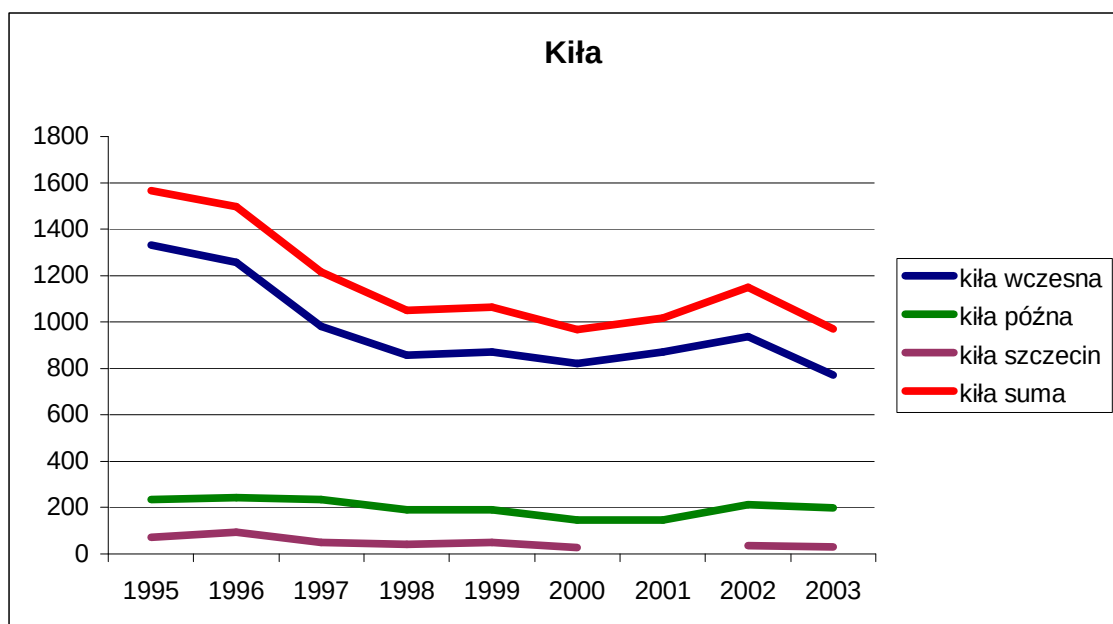
Wśród osób HIV(+) zakażenie HCV współistnieje u 52% chorych. Praktycznie u wszystkich zakażonych HIV, którzy podają narkomanię dożylną jako drogę infekcji HIV, stwierdza się obecność przeciwciał anti/HCV. Natomiast u pozostałych chorych HIV(+) infekcja HCV współistnieje sporadycznie (stwierdzono infekcję HIV/HCV u 5/284 osób). U 8 % osób zakażonych HIV leczonych w ośrodku szczecińskim stwierdza się obecność HBsAg. Serologiczne markery zakażenia HBV (anty-HBc total) obecne są u 68% osób HIV-pozytywnych.

3.3.5. Kiła – Polska i region zachodniopomorski.

Dla celów epidemiologicznych całkowita zachorowalność na kiłę została podzielona na kiłę wczesną i późną. Obserwuje się stały trend spadkowy ilości obserwowanych przypadków wczesnej kiły - spadek z 1332 osób zakażonych w 1995 roku, do 771 w roku 2003. Ilość przypadków kiły późnej pozostawała natomiast na niemal stałym poziomie, wahającym się w granicach 234 – 198 przypadków. W regionie notuje się spadek ilości zakażeń kiłą – od 73 w 1995 do 30 w roku 2003. Wśród 600 pacjentów HIV(+) pozostających pod opieką Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych w latach 1996-2004 wykryto cztery przypadki zachorowań na kiłę wczesną. Ponieważ u wszystkich chorych HIV(+) wykonuje się okresowo badania serologiczne w kierunku kiły, a u osób, u których rozpoznaje się kiłę – test w

kierunku HIV, można przyjąć, że rzeczywiście kiła występuje w powiązaniu z infekcją HIV sporadycznie.

Rycina 2.5.1 Zachorowania na kiłę 1995-2003 - Polska



3.3.6. Szacunkowe dane o ilości osób uzależnionych od narkotyków pozostających pod opieką organizacji pozarządowych i instytucji terapeutycznych w Szczecinie

a) Stowarzyszenie MONAR

Ilość osób uzależnionych od narkotyków zgłaszających się do szczecińskiego oddziału MONARu nieznacznie się zmniejszyła w ostatnim okresie, jednakże zwiększyła się liczba pacjentów biorących udział w programach terapeutycznych prowadzonych przez to stowarzyszenie. W 2003 roku pod opieką pozostawało 518 osób i 391 rodzin, z czego 407 brało udział w terapii, a 111 odmówiło. W 2004 liczba pacjentów spadła do 418 i 343 rodzin, z czego 574 osoby zgodziły się na udział w terapii (indywidualnej lub grupowej).

b) Stowarzyszenie „Powrót z U”

W 2003 roku z pomocy stowarzyszenia skorzystało 294 osób uzależnionych i 2253 rodziców. 161 pacjentów odmówiło wzięcia udziału w terapii, natomiast w roku 2004 zgłosiły się 294 osoby uzależnione i 2450 rodziców. 209 osób odmówiło udziału w terapii.

c) Stowarzyszenie DADU.

Stowarzyszenie jest formalnie grupą wsparcia dla osób seropozytywnych. Stale lub okresowo w organizowanych przez Stowarzyszenie spotkaniach, wyjazdach integracyjnych i

szkoleniowych oraz konferencjach uczestniczy ok. 100 pacjentów. Jednak udział osób zakażonych HIV drogą IDU nie przekracza 10%.

d) Oddziały detoksykacyjne

W 2004 roku na terapię detoksykacyjną przyjęto 242 pacjentów. Liczba osób pozostających pod opieką ambulatoryjną w 2004 roku wyniosła 702. Z mocy wyroku sądowego leczone były 32 osoby.

e) Program metadonowy

Program działa w Szczecinie od 1998 roku, zaś w okresie 1998-2003 skorzystało z niego sumarycznie 169 pacjentów. W 2003 roku było to 65 osób, z czego 15 stanowiły kobiety, na przyjęcie oczekiwało 11 osób. 41,4 % osób biorących udział w programie było zakażonych HIV, a wirusami zapalenia wątroby B lub/i C 51,4%. W 2000 i 2001 roku przyjęto największą ilość – 99 pacjentów, obecnie notuje się stabilny spadek o około 8-9 pacjentów rocznie. Ilość nowych osób zgłaszających się do programu jest niewielka, większość klientów stanowią osoby z długą historią uzależnienia od narkotyków dożylnych („kompot”).

4. Rezultaty – dane jakościowe (*qualitative data*)

4.1. Podejście organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości do użytkowników narkotyków

4.1.1 Postawa organów ścigania wobec użytkowników narkotyków

Zdecydowana większość informatorów – użytkowników narkotyków stwierdziła, że **policja nie stosuje wobec nich przemocy**. Tylko jeden Informator IDU opowiadał o swoich doświadczeniach w kontaktach z policją, mówił, że był bity (krzesłem), rzucony na podłogę, kopany. Opisywane zdarzenie miało miejsce w małym mieście województwa zachodniopomorskiego. Większość informatorów przyznaje natomiast, że **policja stosuje obelgi słowne** w stosunku do zatrzymanych użytkowników narkotyków, np. „ty ćpunie”, „brudasio”. Poza tym jednak żaden z informatorów IDU nie wskazał jakiegokolwiek innego przykładu dyskryminacji, jakich by doświadczył ze strony organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Zadawano również pytania, czy Informator słyszał lub wie o stosowaniu przemocy lub przejawach dyskryminacji wobec innych IDU – uzyskane odpowiedzi były również negatywne.

Według informacji uzyskanych od Informatora systemowego, **wiedza na temat uzależnień wśród szczecińskich policjantów jest coraz większa**. Prowadzone są w tym zakresie szkolenia. Również częściej policja zaczyna się kierować przekonaniem, że nie ma sensu wszczynać postępowania karnego w stosunku do osób uzależnionych, zatrzymanych wyłącznie za **posiadanie narkotyków**. Takie osoby powinny bowiem być kierowane do ośrodków terapeutycznych, a nie trafiać do więzień. To podejście policji przejawia się to między innymi tym, że coraz częściej osoby ujmowane przez policję po raz pierwszy za posiadanie narkotyków, zatrzymywane są w charakterze świadków, a nie podejrzanych. Jednak, jak dowiedzieliśmy się od informatorów indywidualnych, jak i od uczestników Grupy Fokusowej III – (Organy Ścigania i Wymiar Sprawiedliwości), organy ścigania mają problem oddzielenia zachowań konsumenckich (związanych wyłącznie z popytem na narkotyki) od zachowań związanych z handlem narkotykami. Większość uzależnionych zajmuje się bowiem rozpowszechnianiem środków odurzających wśród swoich znajomych, co pozwala im na zdobycie pieniędzy na narkotyki na własny użytek. Tylko jedna z Informatorek IDU nie zajmowała się nigdy handlem narkotykami, ponieważ tym zajmował się jej mąż, zdobywając środki finansowe na narkotyki dla obojga. Pozostali informatorzy w mniejszym lub większym

stopniu uczestniczyli w rozprowadzaniu środków odurzających. Jak wynika z wywiadów przeprowadzonych z użytkownikami narkotyków, drobny handel narkotykami jest ściśle powiązany z uzależnieniem.

Wywiady z użytkownikami narkotyków wykazały, że nigdy policja nie wskazała ośrodka terapeutycznego, w którym uzależniony mógłby podjąć leczenie. Informatorzy IDU nie potrafili podać przyczyny tego zjawiska. Problem został przedyskutowany na spotkaniach Regionalnego Gremium Doradczego (Community Action Board – CAB), na którym reprezentanci policji stwierdzili, że przyczyną jest nieznajomość przez funkcjonariuszy policji oferty ośrodków pomocowych dla uzależnionych.

4.1.2 Stosowanie przez prokuratorów i sądy środków leczniczych wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku

Z zebranych danych (Grupa Fokusowa III – Organy Ścigania i Wymiar Sprawiedliwości, wywiady systemowe oraz wywiady z użytkownikami narkotyków) wynika, że instrumenty prawne umożliwiające zastosowanie środków leczniczych z uopn są stosowane przez prokuratorów i sądy wobec uzależnionych użytkowników narkotyków bardzo rzadko lub wcale.

Z przeprowadzonych wywiadów i spotkania Grupy Fokusowej III – Organy Ścigania i Wymiar Sprawiedliwości wynika, że przepis z art. 57 uopn z 1997 roku, opisany w rozdziale 3.1. niniejszego raportu zezwalający prokuratorowi na zawieszenie postępowania przygotowawczego w sytuacji, gdy podejrzany uzależniony poddał się leczeniu był przepisem praktycznie martwym. Możliwość zastosowania powyższej opcji odnosi się zarówno do przestępstw pospolitych określonych w kodeksie karnym, zagrożonych karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak i tych stypizowanych w uopn. Nowa regulacja z art. 72 uopn z 2005 roku dodatkowo rozszerza zakres zastosowania tego instrumentu. Prokuratorzy nie wykorzystują jednak możliwości zawieszenia postępowania, gdyż jak wskazują wyniki naszych badań, wydłuża to znacznie czas trwania postępowania. Dążenie do jak najszybszego zakończenia sprawy (poprzez wniesienie aktu oskarżenia do sądu lub wydanie postanowienia o umorzeniu postępowania) wynika z presji „terminowego kończenia spraw” i potrzeby korzystnych statystyk spraw zamkniętych.

Informacje o rzadkim stosowaniu mechanizmów z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii potwierdzone zostały przez prokuratorów, z którymi rozmawialiśmy w czasie Grupy

Fokusowej III oraz w ramach indywidualnych wywiadów. Ponadto prokurator zaproszony na jedno ze spotkań Regionalnego Gremium Doradczego potwierdził, że mechanizm ten nie znajduje zastosowania w praktyce. Te informacje sygnalizują poważny problem. Ustawodawca, przewidując możliwość oddziaływania terapeutycznego na uzależnionych już na etapie postępowania przygotowawczego wyraził przekonanie, że osoby, które popełniają przestępstwo w związku z uzależnieniem, należy przede wszystkim leczyć, a dopiero w ostateczności karać. Natomiast brak praktycznego wykorzystania tego mechanizmu przez prokuratorów skutkuje kontynuacją postępowania karnego wobec osób uzależnionych, co może w dalszej konsekwencji rodzić cały szereg negatywnych skutków, zarówno indywidualnie, dla tych uzależnionych, jak i w kontekście szeroko pojętej polityki zdrowotnej.

W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że także orzeczenia o zastosowaniu **środków leczniczych leżących w gestii sądu** w praktyce zapadają bardzo rzadko. Dotyczy to zarówno sytuacji, w której osoba zostaje skazana na karę pozbawienia wolności w zawieszeniu, kiedy nałożenie na skazanego przez sąd obowiązku poddania się leczeniu jest obligatoryjne, jak i sytuacji, w której osoba skazana zostaje na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia.

W razie skazania osoby uzależnionej wyłącznie za posiadanie środków odurzających (na podstawie art. 48 uopn z 1997 r.), jak wynika z danych przytoczonych w tabeli 13 rozdziału 3.2., sąd z reguły orzeka karę pozbawienia wolności z jej warunkowym zawieszeniem, bez stosowania art. 56 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, mimo że zobowiązanie skazanego do poddania się leczeniu jest w takiej sytuacji obligatoryjne. Trzeba jednak w tym miejscu zaznaczyć, że sytuacje, w których jedyną kwalifikację prawną czynu stanowi art. 48 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, są niezwykle rzadkie. Jak już bowiem wspomniano, większość osób uzależnionych zajmuje się także drobnym handlem narkotykami, które to zajęcie umożliwia im zdobycie środków finansowych na narkotyki na własny użytek. Wszyscy informatorzy będący osobami uzależnionymi (Informatorzy IDU), którzy mieli osobiste doświadczenia z wymiarem sprawiedliwości, byli skazywani za przetwarzanie mleczka makowego (art. 40 uopn z 1997 r.) lub za wprowadzanie środków odurzających do obrotu (art. 43 uopn z 1997 r.), a nie za ich posiadanie (art. 48 uopn z 1997 r.). Jednak możliwość stosowania środków leczniczych z ustawy ma zastosowanie do sprawców wszystkich przestępstw (w tym pospolitych), **pod warunkiem, że są to osoby uzależnione.**

Wszyscy Informatorzy IDU, którzy zostali skazani za przestępstwa związane z używaniem narkotyków, byli osobami uzależnionymi, tymczasem **tylko w stosunku do jednej z tych osób, skazanej na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia postępowania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od środków odurzających, sąd zastosował mechanizm z art. 96 KK.** Osoba ta na mocy orzeczenia sądu została umieszczona w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, w którym odbyła cykl terapeutyczny. Orzeczenie takie wydał sąd rejonowy jednej z miejscowości nieopodal Szczecina.

Informacje o rzadkim zastosowaniu alternatywy leczniczej z art. 56 ust. 1 uopn z 1997 r. (art. 72 ust. 1 uopn z 2005 r.) potwierdzają dane statystyczne pochodzące z Ministerstwa Sprawiedliwości, Wydział Statystyki, przytoczone w tabeli nr 14, w rozdziale 3.2., jak również informacje uzyskane od sędziów biorących udział w Grupie Fokusowej III – (Organy Ścigania i Wymiar Sprawiedliwości).

Być może przyczyną niechęci sądów do stosowania mechanizmów leczniczych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest panujące wśród sędziów głębokie przekonanie o tym, że rolą sądu jest wymierzanie sprawiedliwości, a nie leczenie podsądnych. Z taką opinią spotykaliśmy się bowiem wielokrotnie w toku prowadzonych badań, zarówno podczas spotkania Grupy Fokusowej III, jak i w trakcie wywiadów indywidualnych. Z dyskusji na spotkaniach Regionalnego Gremium Doradczego wynikało, że konferencje naukowo-szkoleniowe, na które zapraszano by sędziów, mogłyby pomóc i zachęcać przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości do stosowania zamieszczonych w ustawie mechanizmów oddziaływania leczniczego.

Kilkakrotnie usłyszeliśmy też w trakcie prowadzenia badań, iż sądy niechętnie stosują warunkowe zawieszenie kary w stosunku do osób skazywanych za przestępstwa w związku z używaniem narkotyków ze względu na brak pozytywnej prognozy co do sprawcy. Wśród organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości panuje przekonanie, że osoby popełniające przestępstwa w związku z używaniem narkotyków są „recydywistami” niejako z natury. Z drugiej jednak strony prokuratorzy i sądy bardzo rzadko albo wręcz wcale nie stosują środków oddziaływania terapeutycznego wymienionych w ustawie. Postanowienie o zastosowaniu środków leczniczych wydawałoby się rozsądnym kompromisem pomiędzy zawieszeniem wykonania kary – niestosowanym w praktyce, a orzeczeniem bezwzględnej kary pozbawienia wolności.

Te informacje o praktyce sądów wydają się niepokojące, ponieważ ustawodawca, zaostrzając prawo odnośnie do posiadania narkotyków (skreślając zapis niekaralności posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek), odwoływał się właśnie do istnienia alternatyw leczniczych, pozwalających uzależnionym na uniknięcie represji karnych. Podczas dyskusji nad zaostrzeniem ustawodawstwa, nikt nie kwestionował konieczności leczenia uzależnionych, wątpliwości polegały raczej na tym, czy w ogóle dokonać zapisu o całkowitej penalizacji. Tymczasem okazuje się, że intencje ustawodawców w zakresie leczenia uzależnionych niemal zupełnie nie znajdują odzwierciedlenia w praktyce organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości.

4.1.3. Kara ograniczenia wolności

Z przeprowadzonych z uzależnionymi wywiadów wynika, że sądy niezmiennie rzadko stosują karę ograniczenia wolności, nawet jeśli ustawa w przypadku danej kwalifikacji prawnej czynu przewiduje alternatywnie i tę karę. Informacje te wynikają z przeprowadzenia spotkania Grupy Fokusowej III, na którym zarówno sędziowie jak i prokurator zgodnie stwierdzili, że kara ograniczenia wolności jest rzadko stosowanym narzędziem. Uczestnicy projektu reprezentujący wymiar sprawiedliwości, potwierdzając tę obserwację, podkreślają także, że kara ograniczenia wolności w ogóle jest rzadko stosowana w praktyce, nie tylko w odniesieniu do osób skazywanych za przestępstwa związane z używaniem narkotyków. W przypadku, gdy ustawa za dany czyn przewiduje alternatywnie grzywnę, karę ograniczenia wolności lub karę pozbawienia wolności, sądy najchętniej orzekają karę pozbawienia wolności w zawieszeniu.

4.1.4. Terapia w zakładach karnych

We wszystkich zakładach karnych, w których Informatorzy IDU odbywali karę pozbawienia wolności, prowadzona była terapia uzależnień. Jednak wszyscy sygnalizowali **konieczność długiego oczekiwania na podjęcie leczenia**. Tylko jeden z Informatorów IDU natychmiast został objęty terapią, bez konieczności oczekiwania na nią, z tym, że była to osoba, która na mocy art. 96 KK została skierowana do zamkniętego zakładu leczenia odwykowego. U pozostałych osób sąd, skazując ich na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia, w żaden sposób nie ustosunkował się do problemu uzależnienia u skazanych. W przypadku tych osób pierwszym krokiem było stwierdzenie uzależnienia przez lekarza więziennego, drugim zaś wpisanie na listę oczekujących na terapię. Jednak czas

oczekiwania był tak długi, że jedna osoba została objęta programem terapii pod koniec odbywania kary pozbawienia wolności, zaś u pozostałych czas oczekiwania przekroczył czas rzeczywistego odbywania kary. W okresie oczekiwania na włączenie do terapii psycholog więzienny proponował uzależnionym osadzonym spisywanie swoich odczuć związanych z używaniem narkotyków, co jednak spotykało się z dużą niechęcią ze strony naszych rozmówców.

Według relacji Informatorów IDU, którzy odbywali karę pozbawienia wolności, osoby osadzone są bardziej skłonne do podjęcia terapii w warunkach więziennych niż na wolności. Uzasadniają to przede wszystkim nudą panującą w więzieniu i koniecznością „zabicia czasu”, w mniejszym zaś stopniu rzeczywistą motywacją do podjęcia leczenia i zmiany stylu życia, spowodowaną przez wyrok skazujący.

Obaj Informatorzy IDU, którzy mieli możliwość wzięcia udziału w terapii w zakładzie karnym, byli zadowoleni ze sposobu prowadzenia terapii. Jednak obaj wrócili do nałogu wkrótce po wyjściu z więzienia. Jako przyczynę wskazali powrót do swojego środowiska z obowiązującym określonym modelem życia, którego jednym z elementów było branie narkotyków. Żaden z nich nie kontynuował terapii w warunkach wolnościowych, mimo wyraźnych zaleceń terapeutów więziennych.

Wszyscy informatorzy IDU postulowali dostępność metadonu we wszystkich zakładach karnych, gdzie uzależnieni odbywają karę pozbawienia wolności. Mówili, że tylko dzięki temu osoba osadzona nie będzie „bez przerwy myśleć o narkotykach”.

Informatorzy IDU, którzy odbywali karę pozbawienia wolności, przyznali, że narkotyki są łatwo dostępne w zakładach karnych. Dlatego też izolacja w postaci osadzenia w zakładzie karnym w żaden sposób nie gwarantuje braku dostępu do środków odurzających. Informację tę potwierdzili w wywiadzie pracownicy jednego z zakładów karnych w regionie. W więzieniach odbywa się regularny handel narkotykami, które są dostarczane w trakcie widzeń przez rodziny i znajomych lub w paczkach żywnościowych. Osadzeni wymieniają narkotyki na żywność i papierosy, dokonują również transakcji pieniężnych mimo oficjalnego zakazu „obrotu gotówką”.

Według naszych informatorów, fakt obecności narkotyków w zakładach karnych jest przyczyną inicjacji narkotykowej dla niektórych osadzonych i część z nich uzależnia się w trakcie odbywania kary.

Osoby, które odbywały karę pozbawienia wolności, narzekały na brak możliwości pracy w więzieniu. W ich odczuciu, jakakolwiek praca (choćby pozbawiona większego sensu), powodowałaby, że pobyt w więzieniu nie rodziłby poczucia bezsensu egzystencji. Ponadto praca będąca istotnym elementem życia w normalnych warunkach mogłaby przygotowywać do funkcjonowania na wolności. Jeden z Informatorów IDU powiedział, że skoro nie ma możliwości wzięcia udziału w terapii, to dobrze byłoby, żeby chociaż można było pracować. Pozwoliłoby to odsunąć myśli o potrzebie zaspokojenia nąłogu.

4.1.5. Rola pełnomocnika procesowego w sprawach o narkotyki

Większość Informatorów IDU nie posiadało pełnomocnika procesowego w toku toczącego się przeciwko nim postępowania karnego. Jedynie kilku było reprezentowanych przez obrońcę z urzędu. Ci, którzy byli reprezentowani przez pełnomocnika procesowego, uważali jednak, że „sami lepiej by się reprezentowali”. W żadnym przypadku adwokat z urzędu nie spotkał się z oskarżonym przed rozprawą; adwokat jednego z badanych zapoznawał się naprędce z aktami sprawy dopiero w trakcie rozprawy. Wyroki skazujące w sprawach, w których oskarżeni posiadali reprezentację prawną nie różniły się od tych, które zapadły, gdy oskarżeni bronili się sami. Obrońcy z urzędu w żadnym przypadku nie akcentowali ani potrzeby podjęcia leczenia przez oskarżonych, ani nie wskazywali możliwości terapeutycznych przewidzianych przez uopn. Jeden z Informatorów stwierdził, że obrońca ani mu nie pomógł, ani nie zaszkodził. Inny natomiast uważał, że fakt posiadania obrońcy z urzędu był dla niego niekorzystny. Oskarżony nie miał bowiem możliwości wyjaśnienia okoliczności sprawy, które, według niego, wymagały przedstawienia na rozprawie. Kiedy chciał dojść do głosu, sąd go ostrzegł, że „zostanie ukarany za obrazę sądu”.

Z wywiadów z Informatorami Systemowymi i Interakcyjnymi wynika natomiast, że sądy przychylniej traktują tych oskarżonych, którzy bronią się sami. Obrońca z urzędu w sprawach o narkotyki, zdaniem osób reprezentujących organy ścigania i wymiar sprawiedliwości, nie wnosi niczego dobrego na rozprawie. Natomiast oskarżony, który nie jest reprezentowany przez obrońcę z urzędu, ma możliwość wzbudzenia w sądzie współczucia i w rezultacie uzyskania łagodniejszego wymiaru kary.

Żaden z naszych rozmówców IDU nie wiedział, że ma możliwość starania się o przyznanie obrońcy z urzędu na podstawie swego stanu majątkowego nie pozwalającego na pokrycie kosztów obrońcy z wyboru. Potwierdzają to Informatorzy Systemowi i Interakcyjni,

stwierdzając, że wniosków o obrońcę z urzędu opartych o złą sytuację finansową jest bardzo niewiele.

4.2. Używanie narkotyków w Szczecinie i mniejszych miejscowościach regionu

W wyniku przeprowadzonych badań zespół badawczy ustalił, że w Szczecinie doszło w ciągu ostatnich kilku lat do diametralnej zmiany wzorów używania narkotyków.

Wszyscy nasi Informatorzy, zarówno Systemowi i Interakcyjni jak również Informatorzy – użytkownicy narkotyków (Informatorzy IDU) przyznali, że **coraz mniej osób przyjmuje narkotyki z grupy opiatów**. Ten stan rzeczy tłumaczy się równoczesnym zaistnieniem kilku okoliczności, które miały miejsce w ciągu ostatnich 3-4 lat. Przede wszystkim znaczna część osób, uzależnionych od opiatów (czyli przede wszystkim „kompotu”) została objęta Programem Metadonowym prowadzonym w Szczecinie. Niektórzy odbywają kary pozbawienia wolności w różnych więzieniach. Informatorzy z obu grup również zgodnie stwierdzają, że policji w Szczecinie udało się niemal całkowicie zlikwidować system produkcji i dystrybucji „kompotu” i doprowadzić do skazania osób zajmujących się jego wytwarzaniem i handlem. W wyniku tych zdarzeń, zniknęły ze „sceny narkotykowej” osoby potrafiące wyprodukować „kompot” ze słomy makowej, co wymaga większych umiejętności, aniżeli przygotowanie narkotyku ze świeżej rośliny. Dlatego też, o ile w okresie wegetacji roślin, uzależnieni użytkownicy „kompotu” byli w zasadzie samowystarczalni, o tyle w pozostałym okresie nie mieli skąd wziąć narkotyku. Popyt na „kompot” w Szczecinie nie był na tyle duży, żeby producenci i dilerzy z innego regionu Polski zdecydowali się zapełnić tę lukę. Dowiedzieliśmy się też od jednego Informatora, że kilka osób, które pozostały na wolności, a posiadały umiejętność produkcji „kompotu” ze słomy makowej, udało się do wschodnich Niemiec, gdzie istnieje podobno spore zapotrzebowanie na tanie narkotyki. Dowiedzieliśmy się również, że niemal wszyscy pozostali uzależnieni użytkownicy „kompotu” albo na stałe wyjechali w inne regiony Polski, gdzie dostęp do tego narkotyku jest łatwiejszy, albo migrują tam okresowo w okresie jesienno-zimowym, zaś lato spędzają w Szczecinie, pozyskując świeży surowiec roślinny w ogródkach działkowych.

Jak się okazało, obecnie narkotykiem „pierwszego wyboru” jest amfetamina, której cena waha się od 30 zł do 60 zł za 1 gram. Narkotykami „drugiego wyboru” są równolegle marihuana oraz ekstaza. Nie dotarliśmy do żadnej osoby, która kiedykolwiek w życiu

odurzyła się prawdziwą heroiną. Być może przyczyną jest wysoka cena tego narkotyku, wynosząca od 280 zł do 320 zł za 1 gram. Nasi informatorzy nie byli nawet w stanie podać konkretnej kwoty, ponieważ nigdy się nie zetknęli z tym narkotykiem. Jeden z naszych informatorów miał kontakt z „brown sugar”, czyli brązową heroiną przeznaczoną do palenia, ale jego doświadczenie nie miało miejsca w Szczecinie, tylko w innym województwie. Pytaliśmy również o metamfetaminę, ale narkotyk ten znany był jedynie jednemu Informatorowi, który zetknął się z tym narkotykiem pod nazwą „cristal” („kryształ”) w Wielkiej Brytanii.

Do iniekcyjnego przyjmowania amfetaminy otwarcie przyznały się jedynie te osoby, które przyjmują lub w przeszłości przyjmowały iniekcyjnie opiaty. Pozostali użytkownicy amfetaminy, z którymi rozmawialiśmy w Szczecinie, twierdzili, że przyjmują ją w drodze inhalacji lub doustnie.

Interesujące jest również **nastawienie społeczeństwa do osób przyjmujących narkotyki w drodze iniekcji**. Jak się okazuje, różni się ono od nastawienia do użytkowników narkotyków w ogóle. Osoby, które przyjmują narkotyki iniekcyjnie, postrzegane są przez społeczeństwo jako „najbrudniejsze ćpuny”, „największe dno”, „kompletne zero”, „hifki”. Co ciekawe, to ogólne podejście społeczne dzielają także inni użytkownicy narkotyków, w tym osoby uzależnione, ale przyjmujące narkotyki w inny sposób. Wiele osób przyjmujących amfetaminę w ogóle nie postrzega swojego uzależnienia jako narkomanii. Ten pogląd podziela też wielu rodziców, którzy nie widzą problemu uzależnienia (głównie od amfetaminy) u swoich dzieci, ponieważ, jak sami tłumaczą, „dziecko się nie kłuje”.

Odmienny obraz sceny narkotykowej przedstawili nam Informatorzy IDU z mniejszych miejscowości poza Szczecinem. Dowiedzieliśmy się, że najbardziej popularnym narkotykiem (tak jak w Szczecinie) jest amfetamina, jednak w małych miastach i miasteczkach przyjmowana jest przede wszystkim w drodze iniekcji.

Usłyszeliśmy, że amfetamina jest bardzo łatwo dostępna, nawet obcy ludzie nie znający lokalnych dilerów, nie mają żadnego problemu w tym, żeby kupić narkotyk. Dla „obcych” cena 1 grama amfetaminy jest wyższa, około 35– 45 zł, podczas gdy dla „stałych” klientów wynosi ona 15 zł. Warto dodać, że cena ta jest o połowę niższa niż cena 1 grama amfetaminy w Szczecinie.

Wiek osób przyjmujących amfetaminę jest coraz niższy, jeden z naszych Informatorów IDU opowiadał o czwórce dzieci swojego sąsiada, osoby uzależnionej od opiatów. Czworo dzieci w wieku od 9 do 20 lat uzależnionych jest od amfetaminy przyjmowanej iniekcyjnie. Z kolei Informator IDU z innej małej miejscowości w regionie opowiadał o tym, że kiedy nocował u znajomego dileram amfetaminy (uzależnionego od tego środka), w ciągu nocy przez jego mieszkanie przewinęło się około 20 osób, w wieku poniżej 20 roku życia. Wszystkie te osoby przyszły po narkotyk, który przyjmowały iniekcyjnie na miejscu.

Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, w mniejszych miejscowościach regionu dominuje iniekcyjne przyjmowanie amfetaminy. Amfetamina niemal całkowicie wyparła tam polską heroinę czyli „kompot”. Ten ostatni przyjmowany jest jedynie przez osoby, które od długiego czasu są od niego uzależnione. Natomiast dla młodych ludzi narkotykiem „pierwszego wyboru” jest właśnie amfetamina.

Pytaliśmy o **sylwetki osób, które przyjmują amfetaminę w drodze iniekcji**. Otóż są to młodzi ludzie, czasem wręcz dzieci w wieku szkolnym, na etapie szkoły podstawowej lub gimnazjum. Pochodzą z rodzin wielodzietnych, w których przynajmniej jedno lub oboje rodziców nie ma pracy. Spotykają się z rówieśnikami, których warunki domowe są analogiczne do ich własnych. Branie narkotyków w tych środowiskach dziecięcych lub młodzieżowych jest, jak to określili nasi Informatorzy, „normą”, więc nawet dziecko, które wcześniej nie próbowało narkotyku, prędzej czy później po niego sięgnie. Po pierwsze, narkotyk jest łatwo dostępny, po drugie, taki panuje wzorzec zachowania w danym środowisku. Rzadko kiedy inicjacja brania amfetaminy wiąże się z iniekcją. Igła i strzykawka, jak twierdzą nasi Informatorzy, działają odstraszająco na osoby, które nie są uzależnione. Jednak generalnie te dzieci i młodzież, o których opowiadali Informatorzy, nie mają żadnych oporów związanych z samym przyjmowaniem narkotyków.

Przejście na iniekcyjną formę stosowania amfetaminy jest w tych środowiskach rzeczą niemal nieuchronną. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, gdyż iniekcyjna droga podania powoduje, że ta sama ilość narkotyku staje się bardziej wydajna i starcza na dłużej. Nie jest bez znaczenia dla osób, które wywodzą się z biednych rodzin i nie dysponują znacznymi środkami finansowymi. Ponadto w miarę rozwoju uzależnienia u osób tych pojawia się potrzeba wzmocnienia odczuć, jakie powoduje przyjmowany narkotyk: wszyscy nasi Informatorzy byli zgodni, jedynie iniekcja daje prawdziwego „kopa”. Co więcej, iniekcja jest najbardziej popularnym sposobem przyjmowania amfetaminy w tym środowisku, środowisko

rówieśników wywiera więc presję na osobę, która nie chce dokonywać iniekcji. Osoba taka uważana jest za „mięczaka”, wyśmiewana. Dlatego też, jak mówili nasi Informatorzy, przejście na iniekcyjne stosowanie narkotyków wśród tej grupy osób dokonuje się w ciągu 3-5 miesięcy.

Nasi Informatorzy pytani, dlaczego przyjmowanie amfetaminy stało się tak powszechne, wskazywali następujące przyczyny:

- 1) duże bezrobocie – według jednego z informatorów, w bloku, w którym mieszka, na 10 mieszkań i 10 rodzin, stałe zatrudnienie mają dwie osoby. Pozostali dorośli lokatorzy są bezrobotni i żyją z zasiłków;
- 2) brak alternatyw spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież – wejście na basen i zajęcia pozalekcyjne są płatne, ponadto nie istnieje „moda” na sport czy inne rozrywki, nie ma promocji zdrowych wzorców zachowań;
- 3) ogólne poczucie beznadziejności życia – dzieci obserwują egzystencję rodziców, na nich odbija się frustracja dorosłych i zawiedzenie życiem. Nie traktują one porażek rodziców jako sygnału, że należy uczyć się, zdobyć wykształcenie i zawód, *a priori* bowiem zakładają, że są skazane na porażkę.

Jak wynika z badań, amfetamina zdobywa coraz większą popularność. Przyczyny sięgania po ten narkotyk zależą w dużym stopniu od warunków, w jakich żyją jego odbiorcy. W Szczecinie spotkaliśmy się z użytkownikami amfetaminy, którzy chcą być bardziej wydajni, ponieważ mają odpowiedzialną i dobrze płatną pracę. Jeden ze szczecińskich Informatorów IDU był zachwycony wpływem narkotyku na własne zdolności intelektualne, uważał, że pod jego wpływem jest w stanie przyswoić sobie dużo więcej informacji. Będąc pod wpływem amfetaminy rozmawiał w obcym języku i podobno mówił dużo lepiej niż „na trzeźwo”. Z kolei w małych miejscowościach sięganie po narkotyki jest uwarunkowane społecznie, problemy życiowe rzutują na potrzebę zmiany postrzegania rzeczywistości. Oczywiście nie można z tych badań wyprowadzić wniosku, że model przyjmowania narkotyków „z przyczyn społecznych” ma miejsce jedynie w małych miejscowościach, z pewnością Szczecin jako miasto również nie jest wolny od tego typu narkomanii.

Z powyższych obserwacji wynika, że:

- 1) narkotyki przestały być domeną jakiejś określonej grupy społecznej – są one przyjmowane zarówno przez osoby z „marginesowych” środowisk jak i osoby, które chcą z pomocą narkotyku poprawić sobie samopoczucie czy własne zdolności. Innymi słowy przyczynami sięgania po amfetaminę mogą być zarówno: potrzeba „zapomnienia przez odurzenie”, chęć lepszej zabawy (potrzeba rekreacji), jak również chęć stymulacji. Stąd można stwierdzić, że nie ma takiego środowiska, które byłoby hermetycznie zamknięte na narkotyki, bowiem zawsze któryś z tych powodów (ucieczka od rzeczywistości, rekreacja czy stymulacja) może okazać się wystarczającą przyczyną do sięgnięcia po środki psychoaktywne;
- 2) wiek inicjacji narkotykowej jest bardzo niski – w skrajnych przypadkach jest to początek szkoły podstawowej.

Uzyskane przez zespół badawczy o używaniu narkotyków w małych miejscowościach regionu są niepełne i często sprzeczne. Nieznana jest skala używania środków odurzających, o czym świadczą choćby dane statystyczne Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie dotyczące wskaźnika zagrożenia przestępczością narkotykową na terenie województwa (patrz: rozdział 3.1., część dotycząca danych pochodzących ze statystyk policyjnych). Wywiady przeprowadzone z użytkownikami narkotyków z niektórych gmin podanych w wykazie wskazują na bardzo wysokie zagrożenie narkomanią. Jedną z tych gmin podawana była kilkakrotnie jako miejsce zaopatrywania się w tanią amfetaminę przez okolicznych dilerów, tymczasem jest to gmina, która wg statystyki policyjnej ma jeden z niższych wskaźników zagrożenia przestępczością narkotykową. Nieznane są także sposoby przyjmowania narkotyków w małych miejscowościach – lokalni terapeuci wydawali się nie wiedzieć o powszechności przyjmowania narkotyków w drodze iniekcji.

4.3. Wiedza i przekonania na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków

Przedmiotem naszego zainteresowania w trakcie realizacji badań była wiedza i przekonania na temat zagrożeń, jakie niesie za sobą iniekcyjne używanie narkotyków.

4.3.1 Wiedza na temat HIV i zachowania ryzykowne w zakładach karnych

Jak się dowiedzieliśmy od Informatorów IDU, którzy mieli osobiste doświadczenia związane z odbywaniem kary pozbawienia wolności, a także od Informatorów Interakcyjnych i Systemowych, w więzieniach generalnie **brak podstawowej wiedzy na temat zakażenia HIV**. HIV stanowi w więzieniach temat tabu. Według naszych informatorów IDU, przyznanie się współwięźniom do zakażenia jest równoznaczne ze „śmiercią społeczną” a nawet grozić linczem. W hierarchii więziennej nadal na pierwszym miejscu znajdują się „grypsujący”, następnie uzależnieni narkomani, a na samym dole plasują się osoby seropozytywne. Dlatego ci Informatorzy IDU żyjący z HIV, którzy odbywali karę pozbawienia wolności, nie przyznali się współwięźniom do swego zakażenia. Jedynymi osobami, które wiedziały o zakażeniu, były najczęściej naczelnik więzienia i lekarz więzienny. W niektórych zakładach karnych to właśnie naczelnik więzienia przestrzegał nowo osadzonego przed konsekwencjami ujawnienia faktu zakażenia współwięźniom. Wynikało to z obawy naczelników przed tym, że nikt z osobą HIV(+) nie będzie chciał siedzieć w jednej celi. Poza tym z ujawnienia zakażenia mogą wywiązać się takie konflikty pomiędzy współwięźniami, z którymi nie poradzi sobie straż więzienna.

Równocześnie w zakładach karnych powszechnie praktykowane jest tatuowanie się więźniów jedną igłą. Również osoby zakażone wirusem HIV wykonywały sobie tatuaż tą samą igłą, co inni więźniowie. Nie zdradzały faktu swego zakażenia, co wynikało z wyżej opisanych obaw przed agresją innych więźniów. Nie wiadomo zatem, ile osób uległo zakażeniu w więzieniach w wyniku wspólnego tatuowania się.

Fenomen tatuowania się w zakładach karnych polega również na tym, że jest ono powszechne – urasta wręcz do rangi działalności artystycznej, mimo oficjalnego zakazu tej praktyki w zakładach karnych. Z wypowiedzi Informatorów Interakcyjnych wynikało, że sztuka tatuowania stanowi istotny element subkultury więziennej i posiada wielu entuzjastów. Tatuażysty posiadają opracowane na użytek własny i klientów portfolio, które wykorzystują

w pracy. Z kolei istnienie zakazu tatuowania się powoduje, że brak w więzieniach dystrybucji lub wymiany sprzętu stosowanego przez tatuażystów, którzy w efekcie dezynfekują używany sprzęt w ramach własnych możliwości. Stanowi to ewidentne ryzyko rozprzestrzeniania się HIV oraz zakażeń wirusami zapalenia wątroby B i C oraz zakażeń bakteryjnych. Taka praktyka świadczy ponadto o braku wiedzy więźniów na temat zachowań ryzykownych w kontekście zakażeń krwiopochodnych.

Zarówno byli więźniowie w wywiadach IDU jak i osoby pracujące w zakładach karnych w udzielonych członkom zespołu badawczego wywiadach systemowych i interakcyjnych postrzegali brak wiedzy na temat HIV w więzieniach jako poważny problem. Informatorzy S&I sugerowali ponadto potrzebę przeprowadzania szkoleń na temat ryzyka zakażenia HIV w zakładach karnych, których adresatami byłiby zarówno osadzeni jak i straż więzienna.

4.3.2. Zachowania ryzykowne osób używających narkotyki w drodze iniekcji

Przeprowadzone przez nas wywiady wykazały, że wiedza osób używających narkotyków w drodze iniekcji, z którymi rozmawialiśmy na temat zagrożeń płynących z iniekcyjnego stosowania narkotyków, jest obszerna. Osoby te mają świadomość ryzyka zakażenia nie tylko wirusem HIV, ale także wirusami zapalenia wątroby (wirusami „żółtaczk zakaźnej”), wiedzą o możliwości zatrucia lub przedawkowania środków odurzających. Trzeba jednak zaznaczyć, że były to osoby używające narkotyków od wielu lat, zaś, jak sami przyznały, ich świadomość zagrożeń na początku uzależnienia była znikoma. Stąd też dla niektórych wiedza ta przyszła zbyt późno, bo zanim zdążyli poznać zagrożenia związane z iniekcją, ulegli zakażeniu. Jak zgodnie stwierdzili badani użytkownicy narkotyków, w zdobywaniu przez nich wiedzy na temat HIV i innych zagrożeń związanych z używaniem narkotyków, pomocne były akcje organizowane przez MONAR, oparte zarówno o „outreach”, czyli pracę bezpośrednio w środowisku osób używających narkotyki, jak i dostępność specjalnie opracowanych materiałów informacyjnych w miejscu, w którym prowadzono program wymiany igieł i strzykawek oraz w innych miejscach, gdzie gromadzili się uzależnieni.

Wszyscy Informatorzy IDU, z którymi rozmawialiśmy w Szczecinie, przyznali, że obecnie stosują wyłącznie sterylny sprzęt iniekcyjny. Tylko jeden informator powiedział, że korzysta z wymiany igieł i strzykawek prowadzonej przez MONAR w Szczecinie, pozostali zaopatrują się w sterylny sprzęt w aptekach. Jest to wynik zwiększonej dostępności sterylnego sprzętu iniekcyjnego w szczecińskich aptekach, ponieważ jeszcze kilka lat wcześniej

proporcja ta przedstawiała się inaczej – większość osób korzystała z programu wymiany, a jedynie nieliczni kupowali sprzęt w aptekach. Jeszcze kilka lat temu apteki niechętnie sprzedawały sprzęt iniekcyjny narkomanom. Jak przyznają Informatorzy IDU ze Szczecina, obecnie nie ma większego problemu z zakupem odpowiednich igieł i strzykawek w aptekach. Stąd użytkownicy narkotyków wolą się zaopatrywać w sprzęt w aptece w pobliżu swojego miejsca zamieszkania, zwłaszcza, że jest to niewielki wydatek, rzędu 30 groszy, aniżeli jechać do centrum miasta, do punktu MONAR-u.

Dowiedzieliśmy się również, że nie wszyscy użytkownicy narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji zachowują środki bezpieczeństwa związane z ryzykiem zakażenia HIV i innymi chorobami, przenoszonymi zarówno przez krew, jak drogą kontaktów seksualnych. Kilku naszych informatorów opowiadało o swoich znajomych, zdobywających pieniądze na narkotyki poprzez prostytuowanie się. Niektóre z tych osób były będąc seropozytywnymi ani nie ujawniały swego statusu klientom, ani nie nalegały na stosowanie prezerwatyw w obawie przed „spłoszeniem” klienta i utratą źródła finansowania narkotyków.

Kiedy przeprowadzaliśmy wywiady z osobami spoza Szczecina, zamieszkującymi mniejsze miejscowości regionu, dowiedzieliśmy się, że wiedza na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków jest tam wysoce niedostateczna.

Usłyszeliśmy w wywiadach, że w miejscowościach tych przeważa model iniekcyjnego przyjmowania amfetaminy. Jej użytkownicy przeważnie **dokonują iniekcji przy użyciu wspólnego sprzętu**. Jak mówią Informatorzy IDU z tych miejscowości, użytkownicy amfetaminy **nie wiążą zagrożenia zakażeniem HIV i wirusami zapalenia wątroby (WZW) ze sposobem przyjmowania narkotyków, lecz z rodzajem przyjmowanego narkotyku**. Większość użytkowników uważa, że używanie amfetaminy, nawet jeśli przyjmowana jest w drodze iniekcji, nie wiąże się z ryzykiem zakażenia HIV. Twierdzą oni bowiem, że ryzyko takie związane jest wyłącznie z przyjmowaniem polskiej heroiny, czyli „kompotu”. Takie przeświadczenie pozwala im czuć się bezpiecznie, **nie widzą** więc żadnej **potrzeby** przeprowadzenia testu na obecność przeciwciał HIV.

Jeden z naszych Informatorów IDU, będący świadkiem dzielenia się sprzętem iniekcyjnym przez kilka osób, zapytał wprost o to, czy się nie boją zakażenia. Usłyszał odpowiedź, że „absolutnie nie, bo nikt z tego towarzystwa nie jest zakażony”. Jednocześnie nikt z tej grupy nie miał w przeszłości badania „na HIV”.

Od innego Informatora IDU dowiedzieliśmy się, że jednak niektórzy z iniekcyjnych użytkowników amfetaminy mają pewną świadomość własnych zachowań ryzykownych. Przejawia się to tym, że część z nich podejmowała próby zakupu sterylnego sprzętu w aptekach. Jednak w małych miejscowościach zakup igieł w aptekach stanowi poważny problem. Aptekarze utrudniają sprzedaż sprzętu iniekcyjnego osobom, które podejrzewają o to, że są narkomanami, mówiąc, że nie mają igieł małego kalibru. Jak się okazuje, brak małych igieł stanowi przeszkodę dla młodych użytkowników amfetaminy, ponieważ boją się oni dokonywać iniekcji dużymi igłami. W związku z tym wolą oni używać wielokrotnie tych samych małych igieł.

Ponadto niektórzy iniekcyjni użytkownicy amfetaminy po prostu wstydzą się pójść do apteki i poprosić o sprzęt iniekcyjny. Iniekcyjne stosowanie narkotyku jest najbardziej „stygmatyzującą” formą jego przyjmowania, co potwierdzają wszyscy Informatorzy, zarówno IDU jak i Systemowi i Interakcyjni. To poczucie wstydu również przyczynia się do wielokrotnego stosowania tego samego sprzętu iniekcyjnego, z reguły przez kilka osób.

Osoby przyjmujące iniekcyjnie narkotyki mieszkające w małych miejscowościach nie mają jednak innej możliwości zdobycia sterylnego sprzętu poza zakupem go w aptece. Poza stolicą województwa (Szczecinem) Szczecinem, nie działa w regionie żaden inny program wymiany igieł i strzykawek. Tak więc powstaje sytuacja paradoksalna, polegająca na tym, że działający w Szczecinie program wymiany ma coraz mniej klientów z powodu dużej dostępności sprzętu do iniekcji w aptekach, zaś w innych miejscowościach, gdzie ludzie nie mogą lub nie chcą kupować sterylnego sprzętu w aptekach, programów wymiany igieł i strzykawek po prostu nie ma.

4.4. Terapia uzależnień i reintegracja społeczna osób uzależnionych od narkotyków

4.4.1. Terapia uzależnień

Zarówno Informatorzy Systemowi i Interakcyjni, jak i Informatorzy IDU przyznają, że w Szczecinie nie ma większego problemu z dostępem do różnych form terapii uzależnień. Terapia prowadzona jest przez organizacje pozarządowe, takie jak MONAR czy „Powrót z U”. Oprócz tego w Szczecinie od 1998 roku działa Program Metadonowy, w ramach którego oprócz podawania pacjentom środka substytucyjnego prowadzona jest również terapia

zarówno grupowa jak i indywidualna. Dla osób uzależnionych istnieje również możliwość detoksykacji w oddziale szpitalnym Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje”.

Wszyscy nasi Informatorzy IDU (z jednym wyjątkiem) brali udział w terapii. Ogólnie ich doświadczenia związane z terapią są pozytywne. Jedyne problemy, jakie zidentyfikowano w trakcie realizacji projektu, związane jest z terapią grupową. Podczas prowadzenia Grupy Fokusowej I (lekarze i terapeuci ???) dowiedzieliśmy się, że w terapii grupowej w programie metadonowym, biorą udział wszyscy pacjenci, zarówno ci bardziej zmotywowani do leczenia, jak i ci, którym mniej na tym zależy. Takie wspólne prowadzenie terapii działa negatywnie na pierwszą grupę pacjentów, tych bardziej zmotywowanych. Ci, którym na pozytywnych skutkach terapii nie zależy, „ciągną w dół” te osoby, które chcą uzyskać dobre rezultaty leczenia. Informacja ta potwierdzona została podczas wywiadów indywidualnych z osobami, które uczestniczyły w terapii w ramach Programu Metadonowego. Jeden z Informatorów IDU stwierdził, że kiedy „otwierał się” podczas sesji terapeutycznych mówiąc o sobie, później koledzy z tej samej grupy wyśmiewali się z niego i jego problemów. Według tego Informatora oraz kilku innych, skuteczna jest jedynie terapia indywidualna.

Ponadto w Szczecinie prowadzi się szeroko zakrojoną profilaktykę narkomanii. Wiemy od członków Regionalnego Gremium Doradczego, że Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie prowadzi akcje edukacyjne w szkołach, adresowane do dzieci i młodzieży oraz do nauczycieli.

W Szczecinie działają także programy redukcji szkód, prowadzone przez organizacje pozarządowe. Programy te, oprócz stacjonarnej wymiany igieł i strzykawek prowadzonej w punkcie MONAR-u, działają w oparciu o „outreach”, czyli pracę w środowisku osób wykazujących zachowania ryzykowne. Pracownicy „uliczni” (streetworkerzy) MONAR-u czy TADY docierają do osób, których ryzykowne zachowania związane są z używaniem narkotyków (MONAR) oraz osób prostytuujących się (TADA), przekazują im ulotki informacyjne na temat zagrożeń związanych z ich zachowaniami i sposobami ich ograniczania. Materiały informacyjne dostępne są również w siedzibach tych organizacji pozarządowych. Pracownicy tych organizacji są również do dyspozycji osób zainteresowanych podczas dyżurów, na których udzielają porad i informacji wszystkim zgłaszającym się.

Sytuacja w przedmiocie terapii i programów przeciwdziałania narkomanii oraz redukcji szkód zupełnie inaczej przedstawia się w miejscowościach poza Szczecinem.

Przede wszystkim brak jest terapii adresowanej bezpośrednio do osób uzależnionych od narkotyków. Uzależnieni od środków psychoaktywnych mają jedynie możliwość uczestnictwa w grupowej terapii uzależnień wspólnie z osobami uzależnionymi od alkoholu. W jednej z tych miejscowości, jak dowiedzieliśmy się podczas wywiadu S&I, grupowe sesje terapeutyczne odbywają się 3 razy w tygodniu, raz na trzy tygodnie uczestnicy mają możliwość indywidualnych konsultacji z terapeutą. Jak mówią Informatorzy IDU, którzy brali udział w zajęciach terapeutycznych poza Szczecinem, spotkania takie nie pomagają osobom uzależnionym od narkotyków, ponieważ nie uwzględniają charakteru tego rodzaju uzależnienia.

Dowiedzieliśmy się też, że w tych miejscowościach, w których bardzo młodzi ludzie sięgają po dożylnie przyjmowaną amfetaminę, nie ma żadnych programów pomocy adresowanych do tej konkretnej grupy osób. Jak wynikało z wywiadu S&I, lokalni terapeuci nie zdają sobie sprawy ze skali problemu. Wiedzą, że środkiem powszechnie przyjmowanym jest amfetamina, ale nie są świadomi tego, że tak wiele osób przyjmuje ją w drodze iniekcji.

Brak też jakichkolwiek programów profilaktycznych. Wywiady przeprowadzone z uzależnionymi wskazują, że adresatami tych programów powinny być już dzieci w pierwszych klasach szkoły podstawowej, ponieważ jest to wiek inicjacji narkotykowej wielu z nich. Nie ma działań profilaktycznych ukierunkowanych na najmłodszych uczniów.

W miejscach, gdzie amfetamina przyjmowana jest w drodze iniekcji, nie ma innej możliwości zdobycia sterylnej sprzątu iniekcyjnego, jak tylko zakup w aptece. Jak już wyżej wspomniano, nabycie sprzętu w aptece nie jest łatwe, zaś napotkane trudności nie spowodują, że osoba nie weźmie narkotyku w ogóle, tylko to, że weźmie go w sposób niosący za sobą ryzyko zakażeń wirusami HIV i WZW.

Nie ma też, w przeciwieństwie do Szczecina, żadnych programów realizowanych w oparciu o wychodzenie do środowiska osób przyjmujących narkotyki (outreach). Tymczasem wejście pracowników ulicznych do środowiska, gdzie są narkotyki oprócz tego, że stanowi pierwszy, ważny kontakt uzależnionych ze służbami socjalnymi czy zdrowotnymi, jest także podstawowym źródłem wiedzy tych służb o zagrożonych grupach. Dopóki środowisko osób przyjmujących amfetaminę, w tym również w formie iniekcji, nie zostanie zdiagnozowane

przez pracowników socjalnych, dopóty nie będzie można opracować jakichkolwiek programów pomocy i profilaktyki, zaadresowanych do użytkowników narkotyków.

Na końcu należy zaznaczyć, że opisywana sytuacja dotyczy zarówno miejscowości znajdujących się w promieniu 30 km od Szczecina, jak i tych, które odległe są od stolicy województwa o ponad 100 km. O ile można uznać, że osoby uzależnione z bliżej położonych miejscowości mogą szukać pomocy w Szczecinie, o tyle nie jest to możliwe w przypadku osób mieszkających w bardziej oddalonych miejscowościach.

4.4.2. Reintegracja społeczna byłych uzależnionych

W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że wprawdzie osoby uzależnione od narkotyków dzięki polityce zdrowotnej prowadzonej w Szczecinie mogą liczyć na pomoc i wsparcie w wyjściu z uzależnienia, jednak brak im tego wsparcia przy wytrwaniu w abstynencji narkotykowej.

Wychodzące z uzależnienia osoby zaczynają się borykać z różnymi problemami życia codziennego, takimi jak: ułożenie sobie relacji z rodziną czy znalezienie pracy. Wielu naszych Informatorów IDU w wyniku swojego uzależnienia, oprócz bliskich straciło także dom, w związku z czym nie mają gdzie mieszkać. Większość z nich nie umiała odpowiedzieć nam na pytanie, do kogo mogliby się zwrócić się z prośbą o pomoc w szukaniu pracy czy w problemach prawnych, o pomoc w skierowaniu do szpitala lub o drobną pożyczkę.

Podkreślenia wymaga fakt, że wszyscy Informatorzy IDU, z wyjątkiem jednej osoby, ukończyli na jakimś etapie swojego życia terapię uzależnień, która miała dać im szansę na nowe życie bez narkotyków. Jednak, jak usłyszeliśmy, rzeczywistość „na trzeźwo” okazała się dla nich „nie do zniesienia”. Brak pracy, bezdomność, problemy rodzinne, konflikty z prawem – były to najczęściej wymieniane przyczyny powrotu do nałogu.

W jeszcze gorszej sytuacji znajdowały się osoby, które wyszły z więzienia, zwłaszcza, gdy w zakładzie karnym nie uczestniczyli w terapii. Pobyt w więzieniu, którego celem jest resocjalizacja skazanych, doprowadza do tego, że osoby wychodzące na wolność muszą na nowo nauczyć się szeregu zachowań społecznych. Dodatkowym problemem jest sygnalizowany już wcześniej brak możliwości podjęcia jakiejkolwiek pracy w więzieniu. Jak usłyszeliśmy w jednym z wywiadów S&I, ludzie wychodząc na wolność mają ambitne plany podjęcia ustabilizowanego życia, potem jednak, w zderzeniu z rzeczywistością wracają do

jedynej rzeczy, jaką potrafią robić, czyli do odurzania się i często w związku z tym popełniania przestępstw.

Pytaliśmy o rolę kuratora sądowego w procesie stabilizacji życia uzależnionych i byłych uzależnionych na wolności. Dowiedzieliśmy się jednak, zarówno z wywiadów systemowych jak i z osobami uzależnionymi, że kuratorzy zawodowi mają tak wielu podopiecznych (rzędu 300 osób), że wyklucza to jakiekolwiek indywidualne podejście do jednostki, jej problemów i specyficznych potrzeb. Natomiast kuratorzy społeczni, których jest więcej, nie mają dostatecznego przygotowania zawodowego, wystarczającego do pracy z uzależnionymi i byłymi uzależnionymi.

Informatorzy IDU otwarcie sygnalizowali potrzebę istnienia takiej osoby lub instytucji, która udzielałaby pomocy w szukaniu pracy i do której mogliby zwrócić się o pomoc, np. w napisaniu pisma urzędowego.

4.5. Współpraca instytucji i organizacji pozarządowych na terenie Szczecina oraz w regionie zachodniopomorskim

Funkcjonowanie lokalnego systemu przekazywania informacji na terenie Gminy Miasto Szczecin oraz województwa według znaczącej większości respondentów nie jest satysfakcjonujące. Brakuje ośrodka, punktu informacyjnego, w którym udzielano by beneficjentom kompletnej, aktualnej i rzetelnej informacji w zakresie problemów uzależnień, (detoksykacja, leczenie, terapia, działania prewencyjne), pomocy społecznej oraz oferty programów readaptacyjnych. W obszarze realizacji Projektu RPAR Polska istnieje wiele placówek, problem natomiast polega na nieznajomości profilu ich działań oraz kompetencji wynikających z ustawodawstwa. W niektórych obszarach trudne jest „międzyinstytucjonalne” prowadzenie klienta, w tym przekazywanie według kompetencji do konkretnych grup specjalistów, nie zaś anonimowych instytucji.

5. Dyskusja

Problemy w zakresie funkcjonowania polityki wobec narkotyków w regionie, zidentyfikowane w wyniku badań RPAR, zostały przedstawione członkom Regionalnego Gremium Doradczego. Regionalne Gremium Doradcze wyłoniło te problemy, które można rozwiązać na szczeblu lokalnym bez potrzeby zmiany ustawodawstwa.

Regionalne Gremium Doradcze wnikliwie zanalizowało wyłonione problemy, punktami, wokół których koncentrowała się praca Gremium, były:

1. przyczyny źródłowe problemów,
2. powiązanie każdego problemu z proponowanym rozwiązaniem,
3. ocena wykonalności zadania, czyli realizacji proponowanego rozwiązania,
4. wskazanie podmiotów, do których rozwiązanie jest adresowane,
5. rozwinięcie proponowanego rozwiązania w konkretny plan działania z podaniem poszczególnych etapów jego realizacji.

5.1. Prokuratorzy i sędziowie w zbyt małym zakresie stosują alternatywy lecznicze z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Jednym z istotnych wyników badania RPPAR było stwierdzenie, że prokuratorzy i sędziowie rzadko lub wcale nie stosują możliwości oddziaływań terapeutycznych wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Jest tak nawet w sytuacji, gdy są oni do tego zobligowani przepisami ustawy. Prokuratorzy i sędziowie nie wykorzystują możliwości stworzonych w systemie prawnym, uwzględniających specyfikę przestępczości osób uzależnionych. Zespół RPAR odkrył niechęć do stosowania odrębnej procedury związanej z osobą sprawcy działającego pod wpływem narkotyków albo „na głodzie”, w stosunku do „zwykłego” przestępcy. Alternatywa lecznicza kojarzona jest z koniecznością podejmowania dodatkowych czynności, wyjścia poza utarte ścieżki działania.

Prokuratorzy i sędziowie będąc specjalistami w zakresie prawa, w zdecydowanej większości nie zostali zaznajomieni ze specyfiką uzależnień, w tym uzależnienia od narkotyków. Wiedza potoczna na temat osób uzależnionych nie pozwala na obiektywną ocenę skali zjawiska i możliwości walki z przyczyną popełnienia przestępstwa – uzależnieniem.

Zespół RPAR zetknął się w toku prac badawczych z następującymi stwierdzeniami:

- wymiar sprawiedliwości nie jest od leczenia tylko od ścigania przestępstw;
- najlepszym lekarstwem na uzależnienie od narkotyków będzie przymusowa abstynencja poprzez odizolowanie sprawcy przestępstwa od narkotyków w więzieniu;
- nie można stosować preferencji wobec sprawcy, który działa pod wpływem narkotyków albo „na głodzie”, bo nie jest to okoliczność „łagodząca” wymiar kary, nie można w specyficzny sposób nagradzać przestępców uzależnionych.

Przyczyny źródłowe problemu

Regionalne Gremium Doradcze zajęło się poszukiwaniem przyczyn źródłowych zidentyfikowanego problemu, wskazując na :

1. Rutynę zawodową – wymiar sprawiedliwości działa zgodnie z wypracowanymi schematami postępowania, osoby uzależnione popełniają najczęściej przestępstwa pospolite i nie ma tu miejsca i czasu na odstępowania od przyjętej praktyki działania. Prokuratura i sądy pracują nad ogromną ilością spraw, co pogłębia tendencję do schematycznego działania.
2. Obowiązek prowadzenia statystyk przez sędziów i prokuratorów skutkuje dążeniem do jak najszybszego i skutecznego zakończenia postępowania – liczą się „numerki” czyli zakończone sprawy. Stosowanie alternatyw leczniczych kojarzone jest z koniecznością prowadzenia kolejnej statystyki, jak również nie jest traktowane jako szybkie i ostateczne załatwienie problemu – pojawia się potrzeba „pamiętania o sprawie”, nadzorowania stosowania się sprawcy do poleceń prokuratora czy sędziego, itd.
3. Kolejny problem to nieznanomość samej ISTOTY uzależnienia, problematyki medycznej, psychologicznej i społecznej. Prokuratorzy i sędziowie nie są szkoleni w zakresie podstawowych wiadomości o procesie uzależnienia, istnieje przekonanie o typowo karzącej roli postępowania karnego – zdaniem wielu osób sądy i prokuratury nie są odpowiedzialne za leczenie przestępców.
4. Przekonanie o tym, że „jak osoba uzależniona pójdzie do więzienia, to nie będzie brała i problem sam się rozwiąże”. Związane jest to zarówno z nieznanomością procesów uzależnienia, jak i z błędnym przekonaniem co do braku dostępu do środków uzależniających w więzieniach. Problem ten jest swoistym usprawiedliwieniem braku

stosowania alternatyw leczniczych przewidzianym w naszym systemie prawnym – nie ma to jak „radikalne leczenie” poprzez (zakładaną) pełną abstynencję w zakładzie karnym.

Powiązanie problemu z rozwiązaniem (i przyczynami źródłowymi)

Regionalne Gremium Doradcze uznało, że najlepszą metodą na zmianę postaw sędziów i prokuratorów będzie organizacja seminariów czy też szkoleń dla w/w grup zawodowych, obejmujących możliwości stosowania alternatyw leczniczych przewidzianych przepisami prawa, jak również przekazujących informacje na temat szeroko pojętej narkomanii jako problemu medycznego i społecznego. Jako pretekst do zorganizowania szkolenia (seminarium) można wykorzystać zmiany prawa, co powinno zapewnić lepszą frekwencję.

Ocena wykonalności zadania

Regionalne Gremium Doradcze wskazało czynniki mogące przeszkodzić w realizacji zadania, jak również na zasoby możliwe do wykorzystania.

Za przeszkodę uznano konieczność zapewnienia środków finansowych na przeprowadzenie seminariów, co wiąże się m.in. z zapewnieniem odpowiedniej bazy lokalowej, konieczność opłacenia kadry trenerów, przygotowania materiałów szkoleniowych. Kolejną przeszkodę stanowi przekonanie sędziów i prokuratorów do uczestniczenia w szkoleniu, co ze względu na ilość pracy, sprowadza się do poświęcenia przez nich swojego wolnego czasu. Struktura organizacyjna sądów i prokuratur skutkuje koniecznością uzyskania zgody przełożonych na udział w szkoleniu poszczególnych sędziów i prokuratorów.

Koniecznym do przeprowadzenia seminariów jest ponadto zorganizowanie odpowiedniej kadry trenerskiej. Do wykorzystania pozostają następujące zasoby :

1. możliwość skorzystania z pomieszczeń Urzędu Miejskiego w Szczecinie lub Szpitala Wojewódzkiego;
2. zespół badawczy dysponuje materiałami szkoleniowymi i niezbędnym sprzętem multimedialnym;
3. przekonanie zespołu badawczego i Regionalnego Gremium Doradczego, że warto prowadzić takie szkolenia;

Wskazanie organizacji/osób do których adresowane jest rozwiązanie.

Regionalne Gremium Doradcze wskazało następujące podmioty, do których będzie należało dotrzeć w ramach realizacji celu. Za kluczowe uznać należy przekonanie autorytetów prawniczych do udziału w szkoleniu lub „firmowania” szkolenia. W dotarciu do decydentów w sądach i prokuraturach można skorzystać z pomocy sędziego biorącego udział w Regionalnym Gremium Doradczym, wykorzystać kontakty z kadrami Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego. Należy podjąć działania zmierzające do rozpropagowania idei seminariów wśród organizacji zrzeszających prawników w regionie.

W realizacji działania można skorzystać z pomocy terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi w Szczecinie, jak również z pomocy kadry Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Ciekawy program seminarium (szkolenia) pozwoli przyciągnąć zarówno słuchaczy, jak i wykładowców. Dodatkowym atutem jest spotkanie różnych środowisk – prawników, lekarzy, terapeutów, co jak pokazują spotkania Regionalnego Gremium Doradczego, jest potrzebne i pozwala na wymianę opinii na temat problemów uzależnień i problemów współpracy zawodowej. Brakuje charyzmatycznej postaci, wokół której idea szkoleń mogłaby się rozwijać, „magnesu” przyciągającego słuchaczy. Należy uświadomić konieczność prowadzenia „interdyscyplinarnych” szkoleń dla sędziów i prokuratorów, ze względu na możliwość zastosowania zdobytych doświadczeń w pracy zawodowej. Potrzeba też osoby, która byłaby w stanie zachęcić sędziów i prokuratorów do udziału w seminariach.

Przejsie od rozwiązań do Planu Działania

1. Zaplanowanie programu szkolenia

Regionalne Gremium Doradcze stwierdziło, że najbardziej efektywnym sposobem rozpoczęcia procesu szkolenia, będzie organizacja seminarium dla sędziów i prokuratorów, jako krótkiej formy zaznajomienia zainteresowanych z problemem, a następnie zaproszenie na szczegółowe, dłuższe (kilkudniowe) szkolenie.

Można wykorzystać program szkolenia oraz kadrami trenerów, realizujących analogiczne szkolenia organizowane przez Małopolskie Stowarzyszenie PROBACJA.

Dostępną w Szczecinie bazę lokalową można wykorzystać na pierwsze / wstępne seminarium, pozwoli to z jednej strony zainteresować uczestników i pozwolić na zachęcenie nieobecnych sędziów i prokuratorów, poprzez „pocztę pantoflową”. Z drugiej strony poprzez

uczestniczenie w seminarium, powinno się przekonać lokalne środowisko prokuratorów i sędziów do dalszej współpracy z Regionalnym Gremium Doradczym i zespołem badawczym.

2. Skompletowanie kadry trenerów.

Kadra trenerska już istnieje, przy założeniu wykorzystania osób prowadzących szkolenia dla sędziów z południowych regionów Polski. Natomiast w celu przyspieszenia integracji z lokalnymi środowiskami, zasadnym wydaje się zaangażowanie osób z Pomorskiej Akademii Medycznej, Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego, terapeutów ze Szczecina.

3. Opracowanie sposobu rekrutacji (np. za pośrednictwem Sądu Okręgowego, kierownika aplikacji sędziowskiej i prokuratorskiej).

Wykorzystany zostanie kontakt z sędzią współpracującym w ramach Regionalnego Gremium Doradczego, jak również zostaną wysłane oficjalne informacje do sądów i prokuratur w regionie. Zespół badawczy wystąpi o honorowy patronat Prezydenta Miasta Szczecina, patronat Uniwersytetu Szczecińskiego. Powinna zostać wykorzystana możliwość dotarcia do osób na aplikacji sędziowskiej i prokuratorskiej, poprzez kierowników tych aplikacji, co pozwoli na włączenie tych szkoleń do cyklu nauki przyszłych sędziów i prokuratorów.

4. Zainteresowanie tematem Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego może brać aktywny udział w szkoleniach dla sędziów i prokuratorów poprzez udostępnienie kadry naukowej – szczególnie cenieni będą pracownicy naukowcy związani z prawem i postępowaniem karnym. Określona zostanie możliwość wykorzystania bazy lokalowej Wydziału. Profitem dla Wydziału może okazać się szkolenie/prezentacja dla studentów, przeprowadzona „obok” szkoleń dla sędziów i prokuratorów.

5. Identyfikacja źródła finansowania (gmina, województwo samorządowe).

Pierwszym krokiem w szukaniu źródeł finansowania mogłoby być wystąpienie do Gminy – Miasta Szczecin o sfinansowanie seminarium (szkolenia) pilotażowego. Następnie należałoby szukać podmiotów, które sfinansowałyby cały cykl szkoleń w regionie. Być może samorząd wojewódzki byłby gotów pokryć część/całość kosztów takich szkoleń.

Wymagałoby to dokładnego uzasadnienia z punktu widzenia korzyści dla województwa. Wyniki badań RPAR, w tym Raport Końcowy, a także ewaluacja pilotażowego seminarium byłyby pomocne w uzasadnianiu potrzeby realizacji takich szkoleń. Pomocne staną się współpracujące organizacje pozarządowe, funkcjonujące w regionie, które wprowadzie do tej pory nie organizowały podobnych szkoleń, jednak stale zajmują się problematyką narkomanii.

Równie istotne jest zainteresowanie tą inicjatywą Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które współfinansowało już podobne seminaria adresowane do sędziów i prokuratorów, realizowane przez Małopolskie Stowarzyszenie PROBACJA.

Organizacja szkoleń byłaby łatwiejsza, gdyby udało się uzyskać patronat Wydziału Prawa Uniwersytetu Szczecińskiego. W tym celu należałoby zainteresować władze uczelni/wydziału poprzez organizację konferencji/spotkania.

6. Złożenie wniosku

Ostatni etap to złożenie stosownego wniosku do przedstawionych powyżej instytucji, ze szczegółowym planem szkolenia / konferencji, wskazaniem potrzeb takiego szkolenia oraz przybliżonych kosztów.

5.2. Niewielkie wykorzystanie kary ograniczenia wolności w praktyce.

Przeprowadzone badania doprowadziły do wniosku, że sądy bardzo rzadko stosują karę ograniczenia wolności, nawet jeśli ustawa przewiduje tę karę jako jedną z opcji obok kary grzywny samoistnej oraz kary pozbawienia wolności. Sądy, kiedy mają taką alternatywę, decydują się raczej na orzeczenie kary pozbawienia wolności w zawieszeniu. Nieorzekanie kary grzywny w przypadku osób uzależnionych nie budzi wątpliwości, gdyż osoby te mało kiedy stać na jej zapłacenie. Wydaje się jednak, że kara pozbawienia wolności orzekana z warunkowym zawieszeniem jej wykonania nie powinna mieć pierwszeństwa przed bezwzględną karą ograniczenia wolności. Regionalne Gremium Doradcze uznało, że stosowanie tej kary w stosunku do osób popełniających przestępstwa z związku z używaniem narkotyków – w zakresie określonym przez ustawę – stanowiłoby dobre rozwiązanie, zwłaszcza jeśli miejscem wykonywania kary byłyby instytucje zajmujące się pomocą osobom uzależnionym.

Przyczyny źródłowe problemu

Problem, przedstawiony na forum Regionalnego Gremium Doradczego został szczegółowo zanalizowany. Gremium wskazało następujące przyczyny źródłowe:

1. Brak takiej praktyki wśród sędziów – wynikający z trudności praktycznych związanych ze stosowaniem tej kary, o których poniżej:
2. Kara ograniczenia wolności jest dobrym instrumentem danym przez ustawodawcę, jednak brak stosownych narzędzi usprawniających jej wykonanie. Chodzi przede wszystkim o to, że sędziowie skazując na karę ograniczenia wolności kierują osoby skazane do jej odbycia w zakładach pracy lub w instytucjach, które figurują na listach posiadanych przez sądy. Listy te oprócz adresów zakładów pracy i instytucji zawierają liczbę osób, na które dany zakład/instytucja ma zapotrzebowanie. Dane liczbowe nie są jednak na bieżąco uaktualniane, co powoduje, że jeśli dany zakład zgłosił zapotrzebowanie na 6 osób, skazano do odbycia w nim już 4 osoby, to na liście nadal figuruje 6 osób, a nie 2. Jest to poważny problem organizacyjny, który zniechęca do orzekania kary ograniczenia wolności.
3. Organizacje pozarządowe, zajmujące się pomocą osobom uzależnionym nie zgłaszają sądom zapotrzebowania na osoby skazane na karę ograniczenia wolności. Ten stan wynika przede wszystkim z nieświadomości organizacji pozarządowych, które nie wiedzą, w jaki sposób zgłaszać sądom takie zapotrzebowanie.

Powiązanie problemu z rozwiązaniami (i przyczynami źródłowymi)

Członkowie Regionalnego Gremium Doradczego i zespołu badawczego RPAR zanalizowali problem w kontekście przyczyn leżących u jego źródła i postanowili skoncentrować się na następujących krokach:

1. powołanie stanowiska koordynatora wykonywania kary ograniczenia wolności. Stanowisko takie mogłoby zostać utworzone przy Urzędzie Miasta (wtedy koordynator objąłby swoim zakresem działania obszar właściwości Sądu Rejonowego) lub Urzędzie Marszałkowskim (wówczas zakres koordynacji działań sięgałby apelacji szczecińskiej). Zadaniem koordynatora byłaby koordynacja orzekanych kar ograniczenia wolności ze zmieniającym się zapotrzebowaniem zakładów pracy i innych instytucji na osoby skazane na taką karę.

2. Zawarcie porozumienia między Sądem Okręgowym w Szczecinie i Urzędem Miasta lub/i Urzędem Marszałkowskim w sprawie koordynowania wykonania kary ograniczenia wolności. W porozumienie tym urząd, w którym powstanie stanowisko koordynatora, zobowiązywałby się do określonych czynności objętych zakresem koordynacji, dzięki czemu sądy wiedziałyby, kto posiada bieżące informacje na temat zapotrzebowania na osoby skazane na karę ograniczenia wolności.
3. Zachęcenie sędziów do stosowania kary ograniczenia wolności poprzez włączenie tego tematu do programu seminariów dla sędziów i prokuratorów poświęconych problematyce uzależnień. Trzeba będzie przedstawić na seminarium zasady funkcjonowania nowo powołanego koordynatora, aby sędziowie, którzy będą orzekać w przyszłości karę ograniczenia wolności, otrzymali konkretne, rzetelne informacje na temat tego, w jaki sposób osoba koordynatora może ułatwić im pracę.
4. Skłonienie organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom uzależnionym do tego, aby wniosły o wpisanie ich na listę zakładów pracy i instytucji mających zapotrzebowanie na pracę osób skazanych na karę ograniczenia wolności. Jest oczywiste, że osoby uzależnione, skazane na odbycie tej kary w przedmiotowych organizacjach miałyby tam odbywać pracę np. malowanie ścian, sprzątanie, usługi informatyczne (przypadek z praktyki), jednak już od pozostałych pracowników organizacji będzie zależało, czy uda im się nakłonić taką osobę do podjęcia terapii.

Ocena wykonalności zadania

Zadanie zostało uznane za wykonalne, zwłaszcza, że na jedno ze spotkań Regionalnego Gremium Doradczego zaproszona została osoba robiąca badania na temat stosowania kary ograniczenia wolności, która przedstawiła doświadczenia dotyczące współpracy jednego z sądów okręgowych w Polsce z urzędem gminy w zakresie koordynowania realizacji kary ograniczenia wolności. Dotychczasowa współpraca wskazuje, że rozwiązanie jest skuteczne, zaś stanowisko koordynatora znacznie usprawnia zarówno orzekanie jak i stosowanie tej kary.

Wskazanie organizacji/osób, do których adresowane jest rozwiązanie

Realizacja zadania wymaga zaangażowania przynajmniej jednego z urzędów (miasta lub województwa samorządowego), z tym, że optymalne byłoby zaangażowanie obu. Z drugiej strony, konieczna jest wola współpracy po stronie sędziów, którzy mieliby orzekać karę

ograniczenia wolności. Trzeba będzie również zachęcić organizacje pozarządowe pomagające osobom uzależnionym do zgłaszania się na sądową listę zakładów pracy i instytucji mających zapotrzebowanie na pracę osób skazanych na karę ograniczenia wolności.

Przejsie od rozwiązań do Planu Działania

Realizacja rozwiązania będzie wymagała:

1. ustalenia formy i zasad funkcjonowania koordynatora, jego zakresu obowiązków
2. powołania koordynatora
3. zawarcia nieformalnego porozumienia z Sądem Okręgowym dotyczącego współpracy w sprawie „realizowania” kary ograniczenia wolności, obejmującego zasady przepływu informacji na temat bieżącego zapotrzebowania na osoby skazane na tę karę w zakładach pracy i innych instytucjach
4. przygotowanie bloku tematycznego poświęconego tematyce kary ograniczenia wolności w ramach seminarium dla sędziów i prokuratorów dotyczącego uzależnień
5. skłonienie organizacji zajmujących się pomocą uzależnionym do wpisywania się na listę organizacji mających zapotrzebowanie na pracę osób skazanych na karę ograniczenia wolności (skazanych w związku z używaniem narkotyków)

5.3. Brak diagnozy wzorów używania narkotyków w małych miastach i wsiach.

W wyniku przeprowadzonych badań RPAR, zespół badawczy ustalił, że wzorce używania narkotyków w małych miastach i wsiach różnią się od wzorców używania narkotyków w dużych miastach. Okazało się, że w małych miastach o wiele więcej osób przyjmuje narkotyki w drodze iniekcji, a narkotykiem przyjmowanym w ten sposób jest amfetamina. Ponadto okazało się, że osoby dokonujące iniekcji praktykują dzielenie się sprzętem iniekcyjnym, jednak nie łączą tej praktyki z możliwością zakażenia się wirusem HIV, ponieważ, jak wskazują wyniki badań, panuje przekonanie, iż zakażenie HIV związane jest z rodzajem przyjmowanego narkotyku (kompot, czyli polska heroina), a nie sposobem jego przyjmowania. Ponadto, w przeciwieństwie do sytuacji osób przyjmujących narkotyki w drodze iniekcji w Szczecinie, osoby takie mają ograniczony dostęp do sterylnego sprzętu. W małych miastach i wsiach nie działają programy wymiany igieł i strzykawek, nie jest też łatwo nabyć sterylny sprzęt w aptekach. Te bowiem, jak wynika z wywiadów, niechętnie

sprzedają igły, bądź sami użytkownicy narkotyków obawiają się poprosić o sprzęt iniekcyjny w miejscowej aptece, gdyż wiąże się to z ryzykiem ujawnienia swojego statusu jako użytkownika narkotyków. Okazuje się także, że instytucje odpowiedzialne za kreowanie bądź realizację polityki w zakresie przeciwdziałania narkomanii (władze samorządowe, lokalni terapeuci) nie posiadają wiedzy na temat sytuacji dotyczącej wzorców przyjmowania narkotyków w małych miastach i wsiach. Brak powyższej wiedzy uniemożliwia kreowanie programów pomocy adekwatnych do rzeczywistych potrzeb użytkowników narkotyków z regionów małych miast i wsi.

Przyczyny źródłowe problemu

Sytuacja powyższa została przedstawiona na spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego, które zajęło się poszukiwaniem przyczyn źródłowych. Gremium wskazało następujące przyczyny:

- 1) W małych miastach i wsiach nie ma organizacji pozarządowych zajmujących się problemem narkotyków i narkomanii, których pracownicy, z racji wykonywania swojej pracy dokonaliby rozeznania w problemie używania narkotyków;
- 2) Do czasu nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, czyli do lipca 2005 roku gminy nie miały obowiązku tworzenia lokalnych (gminnych) programów przeciwdziałania narkomanii, obowiązek taki istniał wyłącznie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi. Konsekwencję stanowił brak konieczności przeznaczania określonych środków finansowych bezpośrednio na rozwiązywanie problemów narkotykowych. W związku z powyższym nie istniała „ustawowa” potrzeba dokonania diagnozy sytuacji narkotykowej na poziomie gminy.
- 3) Ponieważ do chwili uchwalenia nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z lipca 2005 roku nie było potrzeby tworzenia odrębnych gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, gminy oraz zatrudnieni tam urzędnicy nie mają doświadczenia w zakresie tworzenia takich programów oraz ogólnie, w zakresie realizowania polityki dotyczącej narkotyków i narkomanii.
- 4) Brak doświadczenia w zakresie przeciwdziałania narkomanii może stanowić przeszkodę w udziale takich gmin w konkursach ogłaszanych np. przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Przystępowanie do konkursów ogłaszanych przez

Krajowe Biuro przez małe gminy wymaga dokonania diagnozy sytuacji w gminie startującej do konkursu, rezultaty diagnozy przekazane Krajowemu Biuru stanowiłyby z kolei cenne źródło informacji o sytuacji w terenie.

- 5) Samorząd województwa nie organizuje konkursów dla organizacji pozarządowych na zadania z zakresu realizacji polityki przeciwdziałania narkomanii. To również przyczynia się do podtrzymywania pasywnej postawy gmin i instytucji zajmujących się w nich się problemem narkomanii. Być może jest to mechanizm błędnego koła, sytuacja lokalna nie jest zdiagnozowana, problem narkotyków nie został rozeznany na poziomie gmin, nie jest też więc widoczny na poziomie województwa samorządowego, samorząd województwa nie zdaje sobie sprawy z sytuacji i nie adresuje programów skierowanych do podmiotów na poziomie gmin, ponieważ z gmin nie docierają do niego żadne niepokojące informacje w tym zakresie.
- 6) W małych miastach i wsiach trudno o zachowanie anonimowości, dlatego użytkownicy narkotyków, w obawie przed stygmatyzacją, tym bardziej starają się ukrywać swój status. Z problemem tym zespół badawczy RPAR zetknął się już na wstępnym etapie prowadzenia badań, ponieważ dużo trudniej było dotrzeć do osób IDU z małych miast aniżeli ze Szczecina. Można więc założyć, że użytkownicy narkotyków z małych gmin są zdecydowanie bardziej ukrytą populacją, aniżeli analogiczni użytkownicy narkotyków z dużych aglomeracji. To dodatkowo utrudnia dokonanie diagnozy sytuacji na prowincji.
- 7) Niewidoczność problemu na poziomie małych gmin powoduje brak zainteresowania tematem narkotyków i narkomanii u podmiotów odpowiedzialnych za realizację polityki narkotykowej.

Powiązanie problemu z rozwiązaniem (i przyczynami źródłowymi)

Uczestnicy Regionalnego Gremium Doradczego oraz członkowie zespołu badawczego RPAR zastanawiali się nad możliwymi rozwiązaniami problemu braku diagnozy używania narkotyków w małych gminach. **Celem ostatecznym** podjętych działań miałyby stać się dokonanie diagnozy wzorów używania narkotyków w małych gminach. Aby diagnoza była dokładna, powinna się wiązać z uruchomieniem programów opartych o pacę w środowisku osób wykazujących ryzykowne zachowania (*outreach*). Zanim jednak doszłoby do uruchomienia pracy w środowisku, do wstępnej diagnozy mogłoby przyczynić się:

przeprowadzenie ankiet i wywiadów z potencjalnymi użytkownikami narkotyków, terapeutami, pracownikami służby zdrowia i innymi zidentyfikowanymi w toku procesu osobami.

Ocena wykonalności zadania

Zadaniem Regionalnego Gremium Doradczego było wskazanie czynników, stojących na przeszkodzie realizacji celu oraz zasobów, jakimi Gremium lub zespół badawczy dysponują. Uruchomienie programów pracy w środowiskach osób wykazujących ryzykowne zachowania wiąże się z koniecznością zaangażowania znacznych środków finansowych – na szkolenia osób, mających pracować w środowisku (innymi słowy szkolenia dla przyszłych pracowników *outreachu*), następnie na wynagrodzenie dla takich osób za wykonywaną przez nich pracę. Praca w środowisku musi być także poprzedzona przygotowaniem na nią społeczności lokalnej, żeby ta nie była przeciwna takiej działalności. Problem narkotyków i narkomanii nadal jest problemem wstydliwym, wywołującym wiele emocji w społeczeństwie, które mogą uniemożliwić działalność pracownikom *outreachu*. Te właśnie czynniki zostały wskazane jako przeszkody, natomiast jako zasoby, którymi dysponuje zespół badawczy oraz Regionalne Gremium Doradcze wskazano doświadczenie TADY i MONAR-u w prowadzeniu pracy w zagrożonych środowiskach oraz możliwość prowadzenia przez te organizacje szkoleń dla przyszłych pracowników *outreachu*. Zadanie dokonania diagnozy wzorów używania narkotyków w mniejszych gminach województwa zostało uznane przez członków Regionalnego Gremium Doradczego za wykonalne.

Wskazanie organizacji/osób do których adresowane jest rozwiązanie

Dokonanie diagnozy wzorów używania narkotyków w gminach miejskich i wiejskich regionu adresowane jest do wszystkich użytkowników narkotyków. Członkowie Regionalnego Gremium Doradczego wskazali podmioty, których zaangażowanie będzie potrzebne dla zrealizowania zadania. Niewątpliwie będzie należało dotrzeć do władz lokalnych, zarówno do wójta (gminy wiejskie) lub burmistrza/prezydenta (gminy miejskie) jak również do osób odpowiedzialnych w gminie za kreowanie lokalnej polityki przeciwdziałania narkomanii. Członkowie Gremium podkreślili, że dzięki nowej ustawie taka osoba, o ile jeszcze nie istnieje, to będzie musiała zostać powołana. Ponadto będzie należało dotrzeć do zakładów opieki zdrowotnej oraz terapeutów uzależnień. Ponieważ wyniki przeprowadzonych badań RPAR wskazują, że problem iniekcyjnego przyjmowania

narkotyków dotyczy już bardzo młodych ludzi, dlatego przedmiotem zainteresowania powinny być także szkoły, od podstawowych po ponadgimnazjalne. Zespół badawczy stwierdził, że należy dotrzeć nie tylko do dyrektorów tych placówek, ale także do pedagogów lub psychologów szkolnych.

Niewątpliwie należy też zainteresować problemem samorząd województwa oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Spośród organizacji, które mogą być pomocne w realizacji zadania, Regionalne Gremium Badawcze wskazało: TADE, MONAR, „Powrót z U”, Policję, powiatowe placówki SANEPID-u, kuratorów społecznych, działających na danym terenie, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, duchownych. Natomiast według naszej obecnej wiedzy, w docelowych gminach brakuje organizacji pozarządowych, do których zadań należałoby przeciwdziałanie narkomanii, praca z uzależnionymi, redukcja szkód, pomoc osobom zakażonym wirusem HIV. Osoby wykonujące pracę w zagrożonych środowiskach mogłyby wywodzić się wówczas z tych organizacji, co byłoby najprostszym rozwiązaniem.

Przejście od rozwiązań do Planu Działania

1. Spotkanie z udziałem przedstawicieli niektórych mniejszych gmin województwa oraz reprezentantów samorządu województwa.

Punktem wyjścia dla wszelkich działań powinno być zorganizowanie spotkania/konferencji z udziałem przedstawicieli niektórych mniejszych gmin województwa oraz reprezentantów samorządu województwa, która odbyłaby się z udziałem członków zespołu badawczego RPAR oraz członków Regionalnego Gremium Doradczego. Takie spotkanie pozwoliłoby zespołowi badawczemu oraz uczestnikom Regionalnego Gremium Doradczego na uzyskanie wstępnej orientacji w sytuacji gmin.

- a. Ze względu na ograniczone możliwości organizacyjne/techniczne, zespół badawczy będzie musiał ograniczyć zaproszenie do wytypowanych 3-4 gmin.
- b. Do udziału w spotkaniu zostaną zaproszone osoby: odpowiedzialne za politykę wobec narkotyków na szczeblu gminy, przedstawiciele służby zdrowia, przedstawiciele kościoła, przedstawiciele powiatowego SANEPID-u, a także inne osoby zidentyfikowane w toku prac przygotowawczych, których kompetencje zawodowe/doświadczenie ma związek z rozwiązywaniem problemów narkotykowych.

- c. Celem spotkania byłoby zainteresowanie społeczności lokalnych współpracą w zakresie przeciwdziałania narkomanii na szczeblu gminy. Dlatego plan spotkania powinien przewidywać: prezentację odnoszących się do tematu fragmentów Raportu Końcowego RPAR, problemu braku diagnozy wzorów używania narkotyków oraz idące za nim zagrożenia związane z ryzykownymi zachowaniami użytkowników narkotyków.
- d. Następnie zespół badawczy miałby zaprezentować uczestnikom spotkania ideę pracy w środowiskach i związaną z nią możliwość dokonania diagnozy lokalnej sceny narkotykowej.
- e. Na zakończenie należałoby przeprowadzić z gośćmi reprezentującymi zaproszone gminy ćwiczenie Mapy Sił i Środków w odniesieniu do ich społeczności lokalnych, pozwalające na identyfikację kluczowych organizacji/osób/instytucji w terenie.

2. Ankiety dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i liceów oraz dla pedagogów/psychologów szkolnych

Kolejnym krokiem byłoby opracowanie dwóch ankiet kierowanych do szkół: odrębnej dla uczniów w końcowych klasach szkoły podstawowej, w gimnazjum i liceum oraz odrębnej dla szkolnych pedagogów/psychologów. Wyniki ankiet dałyby wstępne rozeznanie w problemie narkotyków i narkomanii wśród młodych ludzi.

3. Dotarcie do osób skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem narkotyków na terenie docelowej gminy w celu przeprowadzenia indywidualnych wywiadów

Dotarcie do osób skazanych za przestępstwa związane z narkotykami mogłoby być możliwe za pośrednictwem kuratorów sądowych i społecznych. Osoby skazane za przestępstwa narkotykowe byłyby cennym źródłem informacji na temat wzorów używania narkotyków, ewentualnych zachowań ryzykownych, możliwości korzystania z ofert terapeutycznych, postawy organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości wobec użytkowników narkotyków oraz innych zagadnień.

4. Uruchomienie pracy w środowisku osób zagrożonych używaniem narkotyków

Wstępna diagnoza dokonana poprzez realizację powyższych zadań pozwoliłaby na identyfikację środowisk najbardziej zagrożonych narkomanią. Kolejnym krokiem powinno być uruchomienie stałej pracy w zagrożonych środowiskach (w oparciu o tzw. *outreach*). Praca w tych środowiskach miałaby spełniać kilka celów:

- stanowiłaby narzędzie dokonania dokładnej diagnozy wzorów używania narkotyków
- pracownicy *outreachu* prowadziliby edukację zdrowotną osób przyjmujących narkotyki, w ramach której informowaliby o zagrożeniach zdrowotnych wynikających z używania narkotyków, możliwościach zmniejszania tego ryzyka, istniejących ofertach terapeutycznych dla takich osób.

5.4. Niedostateczna wiedza w małych miastach i wsiach na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków.

W wyniku przeprowadzonych badań, zespół badawczy RPAR odkrył, że wielu użytkowników narkotyków z małych miejscowości nie posiada podstawowej wiedzy na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków. Z wywiadów z użytkownikami narkotyków dowiedzieliśmy się, że niektórzy użytkownicy, zwłaszcza osoby w młodym wieku, mieszkające w małych miastach i wsiach, są nieświadomi związku między iniekcyjną drogą przyjmowania narkotyków a możliwością zakażenia HIV, HCV oraz spowodowania innych negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Wśród części ludzi przyjmujących iniekcyjnie amfetaminę panuje przekonanie, że zagrożenia takie jak zakażenie HIV i in. związane są **z rodzajem przyjmowanego narkotyku, a nie ze sposobem jego przyjmowania**. Niektórzy użytkownicy uważają bowiem, że ryzyko zakażenia HIV związane jest wyłącznie z przyjmowaniem polskiej heroiny, czyli kompotu. Za niewystarczającą wiedzą idą ryzykowne zachowania tych osób, ponieważ, jak dowiedzieliśmy się w toku badań, zdarza się, że młodzi ludzie korzystają z jednego zestawu sprzętu iniekcyjnego.

Przyczyny źródłowe problemu

Zespół badawczy przedstawił problem Regionalnemu Gremium Doradczemu, które zajęło się poszukiwaniem przyczyn źródłowych. Gremium wskazało następujące przyczyny:

- 1) W małych miastach i wsiach nie działają organizacje pozarządowe zajmujące się problemem narkotyków i narkomanii, których pracownicy zajmowałiby się edukacją zdrowotną użytkowników narkotyków oraz potencjalnych użytkowników narkotyków;
- 2) Działania edukacyjne prowadzone w szkołach najczęściej docierają do osób, które inicjację narkotykową mają już za sobą. W toku badań dowiedzieliśmy się bowiem, że problem iniekcyjnego używania narkotyków (głównie amfetaminy) dotyczy już dzieci w środkowych klasach szkoły podstawowej (12-14 lat), zaś działania edukacyjne najczęściej prowadzone są w gimnazjach i szkołach pogimnazjalnych.
- 3) Działania edukacyjne w szkołach prowadzone są przez osoby nieposiadające dostatecznej wiedzy na temat narkotyków, zagrożeń z nimi związanych oraz z istniejących w danym środowisku tendencji do brania określonych środków psychoaktywnych.
- 4) Ogólnopolskie kampanie edukacyjne (np. organizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii) nie cieszą się dużą popularnością w obszarach małomiasteczkowych i wiejskich, przyczyn tego zjawiska można między innymi upatrywać w panującym nadal przekonaniu, że problem narkotyków w ogóle nie dotyczy środowisk małych miast i wsi.
- 5) Osoby, które sięgają po popularne w środowiskach młodzieżowych narkotyki (amfetamina, ekstaza, marihuana), nie postrzegają takiego zachowania jako problemu. Pojęcie „narkoman” utożsamiane jest nadal z osobą przyjmującą kompot w drodze iniekcji, natomiast używanie innych narkotyków, w tym również iniekcyjne uważane jest za używanie „rekreacyjne”, co za tym idzie, bezpieczne. Członkowie zespołu badawczego dowiedzieli się w wyniku przeprowadzonych wywiadów i zrealizowanych Grup Fokusowych, że to przekonanie podzielają również rodzice.
- 6) Brak alternatyw spędzania wolnego czasu wśród młodzieży – dowiedzieliśmy się, że przyczyną sięgania po narkotyki (zwłaszcza amfetaminę, przyjmowaną w drodze iniekcji) wśród młodych osób między innymi jest nuda i brak alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu. Ponieważ ceny popularnych narkotyków spadają, dla młodych ludzi tańszym sposobem na rozrywkę jest wzięcie narkotyku aniżeli np. pójście na basen.

- 7) Brak perspektyw rozwoju – przynajmniej subiektywnie w postrzeganiu osób, które sięgają po narkotyki. W toku wywiadów członkowie zespołu badawczego często słyszeli o poczuciu beznadziejności życia młodych użytkowników narkotyków, którzy sięgają po te środki po to, aby zabić czas, oderwać się od ponurej rzeczywistości. Dotyczy to głównie ludzi z małych miast dotkniętych wysokim poziomem bezrobocia, ich rodzice są często słabo wykształceni i bezrobotni, zaś ich dzieci powtarzają model zachowania rodziców, z tym, że zamieniają alkohol na różne środki odurzające.

Powiązanie problemu z rozwiązaniem (i przyczynami źródłowymi)

Celem piątego i szóstego spotkania Regionalnego Gremium Doradczego było znalezienie sposobu na zwiększenie wiedzy na temat zagrożeń wynikających z używania narkotyków wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne, mieszkających w małych miastach i wsiach. Regionalne Gremium Doradcze uznało, że najlepszym sposobem byłoby powiązanie rozwiązania tego problemu z rozwiązaniami innych zdiagnozowanych w toku badań problemów koncentrujących się wokół małych miast i wsi (jak np. brak diagnozy sceny narkotykowej w małych miastach i wsiach czy ryzykowne zachowania wśród użytkowników narkotyków z małych miast i wsi). **Celem ostatecznym** byłoby doprowadzenie do uruchomienia działań edukacyjnych w oparciu o pracę w zagrożonych środowiskach (*outreach*) oraz równolegle przeprowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do użytkowników narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji. Aby kampania edukacyjna odpowiadała rzeczywistym potrzebom adresatów, konieczne jest wcześniejsze przeprowadzenie diagnozy wzorów używania narkotyków na określonym terenie. Taka uprzednia diagnoza pozwala na dostosowanie informacji do konkretnych zachowań użytkowników oraz potencjalnych użytkowników narkotyków. Kampanie edukacyjne powinny się jednak rozpocząć od szerokiego rozpowszechniania istniejących ulotek i materiałów informacyjnych. Ciekawy pomysł wart rozważenia został przedstawiony przez jednego z naszych rozmówców, użytkownika narkotyków w drodze iniekcji wywodzącego się ze środowiska małego miasta, równocześnie osobę zakażoną wirusem HIV, który zaproponował, że mógłby prowadzić takie działania edukacyjne wśród swoich znajomych i kolegów. Byłaby to tzw. „edukacja koleżeńska” (*peer education*), uważana za jeden ze skuteczniejszych sposobów prowadzenia działań edukacyjnych.

Następnie, kiedy już zostanie przeprowadzona diagnoza, zgodnie z przyjętymi przez członków Regionalnego Gremium Doradczego rozwiązaniami, można będzie przygotować

kampanię edukacyjną dostosowaną do zidentyfikowanych potrzeb użytkowników i potencjalnych użytkowników narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji.

Celowe byłoby również położenie szczególnego nacisku w kampaniach informacyjnych na alternatywne możliwości spędzania wolnego czasu przez młodych ludzi. Muszą to być jednak takie formy spędzania czasu, które będą dla młodzieży atrakcyjne (np. obniżenie ceny wstępu na pływalnię, utworzenie ośrodka sportu, zachęcenie szkół do prowadzenia kółek zainteresowań). Należy też wziąć pod uwagę, że jedną z prawdopodobnych przyczyn sięgania po środki odurzające jest przekonanie młodych ludzi o braku możliwości własnego rozwoju i poprawy jakości swojego życia, a przez to bezsensowności podejmowania nauki i szukania „pożytecznych” zajęć. Dlatego można by też zachęcić władze samorządowe do przeprowadzenia akcji, w której informowałoby się młodych ludzi o możliwościach rozwoju w danym regionie i zachęcało do podjęcia wysiłku edukacyjnego.

Ocena wykonalności zadania

Dokonując wskazania czynników ułatwiających lub utrudniających realizację zadania, członkowie Regionalnego Gremium Doradczego uznali, że prowadzenie działań edukacyjnych w środowisku osób zagrożonych w ramach *outreachu* związane jest z takimi samymi ułatwieniami i trudnościami, jakie wiążą się z uruchomieniem pracy w środowisku dla potrzeb zdiagnozowania wzorców używania narkotyków. Pojawia się więc konieczność zaangażowania środków finansowych na uruchomienie pracy w środowisku (szkolenia pracowników *outreachu*, wynagrodzenia za ich pracę), jak również przygotowania społeczności lokalnej do pracy w środowisku. Zasobami byłyby tu: doświadczenie w realizowaniu działań edukacyjnych takich organizacji jak: MONAR, TADA, można by także na początku skorzystać z materiałów informacyjnych, jakimi dysponują te organizacje. Ze stwierdzonym w toku badań problemem niedostatecznej wiedzy na temat zagrożeń związanych z narkotykami wśród ich użytkowników, trzeba także zapoznać Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dopiero wspólne (Regionalnego Gremium Doradczego oraz przedstawicieli KBPN) przeanalizowanie problemu pozwoli stwierdzić, jakie rozwiązania będą odpowiednie na szczeblu lokalnym, regionalnym, a jakie na centralnym.

Zadanie zostało uznane przez członków Regionalnego Gremium Doradczego za wykonalne.

Wskazanie organizacji/osób, do których adresowane jest rozwiązanie

Rozwiązanie w postaci zwiększenia wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem narkotyków w drodze iniekcji adresowane jest do wszystkich osób, które używają narkotyków w ten sposób oraz do wszystkich tych, którzy są zagrożeni takim używaniem narkotyków. Wśród podmiotów, które trzeba będzie zaangażować w realizację zadania, członkowie Regionalnego Gremium Doradczego wskazali w pierwszej kolejności TADE i MONAR, jako organizacje mające doświadczenie w przeprowadzaniu akcji informacyjnych oraz „Powrót z U” jako organizację zrzeszającą rodziców, mającą największe doświadczenie w pracy z rodzinami użytkowników narkotyków. Należy też przedstawić propozycję rozwiązania problemu braku dostatecznej wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem narkotyków w drodze iniekcji przedstawicielom samorządu województwa odpowiedzialnym za politykę zdrowotną. Problem oraz propozycje jego rozwiązania powinny zostać także przedstawione Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Kolejne kroki realizacji Planu działania będą wymagały zaangażowania osób, które zajmują liczącą się pozycję w środowisku lokalnym, takich jak przedstawiciele lokalnych władz w zakresie ochrony zdrowia, przedstawiciele szkolnictwa, w tym pedagodzy szkolni, księża, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a także przedstawiciele policji.

Próba zmiany nastawienia młodych ludzi, którzy już używają narkotyków lub są na to narażeni, będzie wymagała dodarcia do nich i zaangażowania tych wszystkich osób bądź instytucji, które mogą mieć wpływ na kształtowanie zachowań.

Przejsie od rozwiązań do Planu Działania

Ponieważ przeprowadzenie właściwej kampanii edukacyjnej na docelowym terenie (małe miasta i wsie regionu) możliwe będzie dopiero po dokonaniu diagnozy wzorów używania narkotyków, toteż niektóre kroki zmierzające do realizacji tego zadania będą tożsame z tymi, podjętymi dla dokonania diagnozy.

1. Spotkania z udziałem przedstawicieli docelowych mniejszych gmin województwa oraz reprezentantów samorządu województwa.

Jest to również punkt wyjścia dla przystąpienia do realizacji kampanii edukacyjnych. Spotkanie z jednej strony ma na celu zaprezentowanie przedstawicielom gmin wyników badań RPAR, zaś z drugiej strony ma pozwolić na zorientowanie się zespołowi badawczemu

RPAR i członkom Regionalnego Gremium Doradczego w sytuacji gmin. Jak już wyżej napisano (w rozwiązaniu dotyczącym diagnozy), na spotkaniu zespół badawczy przeprowadziłby ćwiczenie Mapy Sił i Środków, które pozwala na identyfikację podmiotów mających kluczowe znaczenie dla realizacji zadania w terenie.

2. Spotkanie członków zespołu badawczego z przedstawicielami Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Spotkanie takie miałoby na celu prezentację rezultatów RPAR oraz zaprezentowanie proponowanych przez członków Regionalnego Gremium Doradczego rozwiązań. W zależności od postawy Krajowego Biura i jego aktualnych możliwości finansowych, być może udałoby się uzyskać wsparcie (finansowe, ale także poparcie dla zamierzonych zadań, jak również pomoc merytoryczną). Ponadto Krajowe Biuro co roku prowadzi ogólnopolskie kampanie edukacyjne ostrzegające przed negatywnymi skutkami używania narkotyków, dlatego wydaje się, że wyniki badań RPAR stanowią cenną informację dla osób, które przygotowują takie kampanie.

3. Zyskanie zainteresowania problemem niedostatecznej wiedzy na temat zagrożeń związanych z iniekcijnym używaniem narkotyków oraz planowaną kampanią edukacyjną lokalnych osób wpływu, zidentyfikowanych podczas spotkania z przedstawicielami docelowych mniejszych gmin

Pierwsze spotkanie z przedstawicielami mniejszych gmin i przeprowadzenie ćwiczenia Mapy Sił i Środków ma pozwolić na identyfikację szczególnie istotnych osób, których udział może umożliwić lub ułatwić przeprowadzenie kampanii edukacyjnej. Chodzi tu przede wszystkim o przedstawicieli samorządów odpowiedzialnych za kreowanie i wdrażanie gminnych programów przeciwdziałania narkomanii (obowiązkowych według nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), o lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ewentualnie pielęgniarki środowiskowe, o dyrektorów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych oraz pedagogów szkolnych, a także inne osoby wskazane dzięki ćwiczeniu Mapy Sił i Środków. Niezbędne też będzie uzyskanie i utrzymanie zainteresowania problemem oraz jego rozwiązaniem przedstawicieli samorządu województwa.

4. Przeprowadzenie jednorazowej kampanii informacyjnej w małych miastach i wsiach

Jednorazowa kampania informacyjna (bilbordy, plakaty, itp.) może być poprzedzona rozdawnictwem materiałów informacyjnych, jakimi dysponują takie organizacje jak TADA czy MONAR za pośrednictwem osób (zidentyfikowanych w poprzednich stadiach Planu Działania), które mają styczność z osobami przyjmującymi narkotyki oraz zagrożonymi używaniem narkotyków, zwłaszcza w drodze iniekcji.

Po dokonaniu diagnozy wzorów używania narkotyków na docelowym terenie trzeba będzie przygotować kampanię edukacyjną ściśle dostosowaną do zdiagnozowanych potrzeb. Kampania powinna być przeprowadzona profesjonalnie, w sposób analogiczny do tego, w jaki przeprowadza się takie kampanie na szczeblu ogólnopolskim.

5. Stałe działania informacyjne i edukacyjne prowadzone przez pracowników *outreachu*

Ponieważ uruchomienie pracy w zagrożonych środowiskach w oparciu o *outreach* jest jednym z rozwiązań zaproponowanych przez członków Regionalnego Gremium Doradczego, dalsze działania edukacyjne mogłyby być realizowane przez pracowników *outreachu*. Jest to zresztą jedno z podstawowych zadań, jakie realizują osoby pracujące w zagrożonych środowiskach. Działalność edukacyjna prowadzona przez takie osoby przyniesie prawdopodobnie najlepsze rezultaty, ponieważ osoby te są najbardziej świadome rzeczywistych potrzeb użytkowników narkotyków, z którymi pracują. Edukacja prowadzona przez pracowników *outreachu* powinna być zadaniem długofalowym, prowadzonym zawsze równolegle do innych zadań wykonywanych przez te osoby.

6. Zainteresowanie kluczowych osób potrzebą przekonania młodych ludzi do zmiany postrzegania swojej przyszłości

Zmiana nastawienia młodych ludzi będących użytkownikami lub potencjalnymi użytkownikami narkotyków wymaga przeanalizowania tego zagadnienia z kluczowymi osobami zidentyfikowanymi przez członków Regionalnego Gremium Doradczego oraz zespół badawczy w miarę poznawania sytuacji, jaka panuje w danej gminie.

5.5. Ryzykowne zachowania użytkowników narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji w małych miejscowościach.

W wyniku przeprowadzonych badań RPAR, zespół badawczy dowiedział się, że osoby sięgające po środki odurzające przyjmowane w drodze iniekcji, dokonują tego w sposób wiążący się z ryzykiem zakażenia wirusem HIV i innymi negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Usłyszeliśmy o praktykowaniu dzielenia się sprzętem iniekcyjnym, zwłaszcza wśród młodych ludzi, mieszkańców małych miast. Dotyczy to przede wszystkim amfetaminy, która w tych regionach przyjmowana jest drogą iniekcji. Taka forma przyjmowania narkotyków jest związana ze szczególnym ryzykiem zakażenia HIV, HCV oraz innymi chorobami.

Przyczyny źródłowe problemu

Jako przyczyny takiego problemu, członkowie Regionalnego Gremium Doradczego wskazali:

1. Brak dostatecznej wiedzy na temat zagrożeń związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków. Badania RPAR wykazały, że wiele osób, które przyjmują amfetaminę w ten sposób, jest przekonanych o swoim bezpieczeństwie. Uważają one bowiem, że ryzyko zakażenia związane jest z rodzajem narkotyku (polska heroina, czyli kompot), a nie ze sposobem przyjmowania (iniekcja).
2. Ograniczone możliwości w dostępie do sterylnego sprzętu iniekcyjnego. Jak okazało się w badaniach na prowincji, apteki niechętnie sprzedają igły i strzykawki (zwłaszcza niewielkich rozmiarów) osobom, które równocześnie nie wykupują leków przeznaczonych do iniekcji.
3. Wstyd i obawa przed ostracyzmem społecznym skutecznie zniechęca do pójścia do apteki i poproszenia o sprzęt iniekcyjny, zwłaszcza w małych miejscowościach, gdzie każdy zna każdego;
4. Brak programów wymiany igieł i strzykawek. Nigdzie poza Szczecinem nie prowadzi się wymiany igieł i strzykawek ani w formie stacjonarnej, ani w oparciu o *outreach*.

Powiązanie problemu z rozwiązaniem (i przyczynami źródłowymi)

Regionalne Gremium Doradcze oraz członkowie zespołu badawczego RPAR wskazali następujące rozwiązania:

1. Przeprowadzenie szeroko zakrojonej akcji informacyjno-edukacyjnej, adresowanej do użytkowników i potencjalnych użytkowników narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji. Ta kwestia omówiona została w poprzedniej sekcji.
2. Doprowadzenie do otwarcia programów wymiany igieł i strzykawek w miejscowościach poza Szczecinem. Taka wymiana mogłaby być realizowana w ramach planowanego uruchomienia pracy w zagrożonych środowiskach w oparciu o *outreach*. Być może w niektórych miejscowościach stosowniejszym rozwiązaniem będzie otwarcie punktów wymiany stacjonarnej. Wybór opcji zależy jednak będzie od warunków lokalnych, zidentyfikowanych w kolejnych krokach Planu Działania.

Ocena wykonalności zadania

Zadanie zostało uznane za wykonalne, ponieważ zakłada stworzenie programów wymiany igieł i strzykawek w ramach pracy w środowisku (*outreach*), co powoduje, że maksymalny wysiłek realizatorów Planu Działania będzie koncentrował się wokół uruchomienia *outreachu*. Utworzenie tej formy pomocy dla osób wykazujących zachowania ryzykowne w małych miastach jest wspólnym celem Planów Działania adresowanych do trzech kluczowych problemów: diagnoza, edukacja oraz wymiana sprzętu. Zadania te nie są sprzeczne, mogą być (i z reguły są) realizowane łącznie.

Wskazanie organizacji/osób do których adresowane jest rozwiązanie

Uruchomienie programów wymiany igieł i strzykawek w regionie adresowane jest do tych osób, które przyjmują narkotyki w drodze iniekcji i mają ograniczone możliwości ze zdobyciem sterylnych igieł i strzykawek, przez co narażeni są na ryzyko zakażenia i inne negatywne konsekwencje zdrowotne. W realizację zadania należy zaangażować przede wszystkim MONAR, który ma wieloletnie doświadczenie w realizacji programów wymiany igieł i strzykawek, zarówno stacjonarnej jak i ulicznej. Problem należy też przedstawić przedstawicielom urzędów gmin odpowiedzialnym za politykę zdrowotną na danym obszarze.

Być może na docelowym obszarze znajdują się też inne osoby/ instytucje/ organizacje, których zaangażowanie będzie miało istotny wpływ na powodzenie zadania.

Przejsie od rozwiązań do Planu Działania

1. **Spotkanie z udziałem przedstawicieli niektórych mniejszych gmin województwa oraz reprezentantów samorządu województwa.**

Tak jak dla poprzednio omówionych rozwiązań, i w tym przypadku punktem wyjścia byłoby ma być zorganizowanie spotkania/konferencji z udziałem przedstawicieli niektórych mniejszych gmin województwa oraz reprezentantów samorządu województwa, która odbyłaby się z udziałem członków zespołu badawczego RPAR i członków Regionalnego Gremium Doradczego. Na spotkaniu tym zespół badawczy RPAR przedstawi rezultaty badań, zidentyfikowane problemy oraz proponowane rozwiązania. Odnośnie do problemu ryzykownych zachowań wśród użytkowników narkotyków przyjmowanych w drodze iniekcji oraz propozycji rozwiązania w postaci uruchomienia programów wymiany igieł i strzykawek, program spotkania powinien przewidywać:

- a. krótkie przedstawienie zagrożeń płynących z dokonywania iniekcji niesterylnym sprzętem;
- b. przedstawienie idei wymiany igieł i strzykawek, w szczególności podkreślenie, że działania takie nie zmierza do podtrzymywania uzależnionych w nałogu, a jedynie do uchronienia takich osób przed negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi.
- c. Zaprezentowanie proponowanego rozwiązania w postaci otwarcia programów wymiany w ramach pracy w *outreachu*.

Następnie na spotkaniu należy przeprowadzić ćwiczenie Mapy Sił i Środków, pozwalające na identyfikację kluczowych osób w docelowych gminach, których zaangażowanie w rozwiązanie problemu będzie miało podstawowe znaczenie z punktu widzenia realizacji zadania.

2. Wyłonienie pracowników *outreachu* i przygotowanie ich do pracy.

Po spotkaniu trzeba będzie wyłonić osoby, które będą pracować w środowisku osób wykazujących ryzykowne zachowania. W chwili obecnej nie jest wiadomo, jakimi zasobami ludzkimi dysponują docelowe gminy, w związku z czym możemy mieć do czynienia alternatywnie z dwoma rozwiązaniami:

- a) być może w wyniku przeprowadzenia ćwiczenia Mapy Sił i Środków zidentyfikowane zostaną lokalne organizacje, w skład których wchodzić osoby mogące wykonywać taką pracę, wówczas wystarczy jedynie osoby te przygotować do pracy poprzez zorganizowanie dla nich szkolenia oraz zapewnienia praktyki. Szkolenie powinno być prowadzone m.in. przez pracowników MONAR-u, którzy mają obszerne doświadczenie w pracy w ramach *outreachu*, w tym wymiany igieł i strzykawek.

- b) może też być tak, że nie znajdziemy na docelowym terenie żadnych osób/organizacji, które mogłyby realizować pracę w środowisku. Wówczas trzeba będzie znaleźć ochotników, którzy podjęliby się takiego zadania.
- c) Niezależnie od ewidentnej potrzeby uruchomienia pracy w zagrożonych środowiskach, w przypadku rozwiązania przewidującego otwarcie programów wymiany igieł i strzykawek, można pomyśleć o wymianie stacjonarnej. Takie rozwiązanie jednak nie zawsze będzie odpowiednie do danych warunków, może się okazać, że stacjonarne punkty wymiany nie zdadzą egzaminu np. z obawy potencjalnych klientów przed publicznym przyznaniem się do problemu. Dotyczy to zwłaszcza miejscowości o wysokim poziomie sprawowanej kontroli społecznej

3. Przygotowanie społeczności lokalnej na działania pracowników outreachu i wymiany igieł i strzykawek

Przed przystąpieniem do realizacji zadania należy przygotować społeczność lokalną na wymianę igieł i strzykawek. Jak wskazują doświadczenia różnych miejsc i różnych programów wymiany sprzętu, jest to działalność, która może spotkać się z silnym sprzeciwem społeczności lokalnej. Dlatego należy dać możliwość zapoznania się mieszkańców z istotą pracy w *outreachu* oraz stworzyć klimat, w którym mieszkańcy mogliby się oswoić z zagadnieniem wymiany igieł i strzykawek. W tym zakresie istotne mogą być następujące posunięcia:

- a. uwzględnienie w planowanej kampanii edukacyjno-informacyjnej (patrz poprzednia sekcja) klarownych informacji na temat problemu iniekcyjnego stosowania narkotyków oraz programów wymiany igieł i strzykawek. Przesłanie takie powinno być adresowane także do osób, które nie są użytkownikami narkotyków, jednak ich sprzeciw może uniemożliwić realizację programu.
- b. Wsparcie ze strony władz lokalnych (organów gminy) dla inicjatywy wymiany igieł i strzykawek. Pomocne mogłyby być np. plakaty wspierające wymianę igieł, wiszące w urzędzie gminy, co stanowi jasny przekaz, iż wymiana jest działaniem społecznie pożądanym, a nie „podejrzany przedsięwzięciem”.

5.6. Brak przepływu informacji na temat możliwości pomocy terapeutycznej między instytucjami (policja, prokuratura, sądy, itd.)

W toku realizacji projektu zespół badawczy RPAR kilkakrotnie spotkał się z problemem, który skrótowo określamy jako brak przepływu informacji pomiędzy instytucjami na temat możliwości terapeutycznych. Ponieważ osoba uzależniona od narkotyków jest przedmiotem zainteresowania zarówno polityki zdrowotnej, społecznej jak i karnej, to często zdarza się, że osoby uzależnione wchodzą w kontakt z takimi instytucjami, które nie mają wiedzy na temat możliwości terapeutycznych dostępnych dla uzależnionych. Chodzi tu przede wszystkim o policję, prokuraturę oraz sądy, czyli o instytucje powołane do egzekwowania prawa, mające jednak różne potencjalne możliwości motywowania osób uzależnionych do leczenia. Problem leży w tym, że osoby pracujące w tych instytucjach nie posiadają dostatecznego rozeznania w zakresie możliwości pomocy osobom uzależnionym proponowanym przez poszczególne ośrodki terapeutyczne, a czasem wręcz w ogóle nie wiedzą, gdzie taką pomoc można otrzymać. Kierowanie uzależnionego na leczenie do placówki, której oferta terapeutyczna nie koreluje z potrzebami konkretnego pacjenta, powoduje, że leczenie takie będzie najczęściej nieskuteczne. Jak wskazują wyniki badań, zagadnienie znajomości oferty terapeutycznej dotyczy w szczególności:

- a. sędziów sądów rodzinnych, ponieważ na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku mogą oni stosować leczenie przymusowe, problem w tym, aby dopasować orzeczone leczenie do istoty uzależnienia u podsądnego
- b. prokuratorów – obecnie na mocy art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku (poprzednio: art. 57 uopn z 1997 roku) mogą oni zawiesić postępowanie przygotowawcze, jeśli osoba podda się leczeniu lub uczestnictwie w programie profilaktyczno-leczniczym; dlatego dobrze byłoby, gdyby prokuratorzy, stosując ten przepis (zresztą niemalże martwy w praktyce, o czym mowa wyżej), wiedzieli, z jakiej oferty terapeutycznej skorzysta podejrzany
- c. sędziów sądów karnych, którzy dzięki regulacjom z art. 71 uopn z 2005 roku (poprzednio art. 56 uopn z 1997 roku) też mają możliwość oddziaływania terapeutycznego na uzależnionych – stąd również potrzeba znajomości ofert poszczególnych placówek terapeutycznych.

- d. policjantów – którzy sami przyznają, że chętnie kierowaliby osoby mające problem (dotyczy to zwłaszcza ludzi młodych) do odpowiednich placówek, jednak brak im informacji, gdzie znajdują się takie placówki i jaki mają zakres działania.

Ponadto, jak stwierdzili członkowie Regionalnego Gremium Doradczego, kierowanie osoby uzależnionej na leczenie w konkretne miejsce rodzi swoiste poczucie osobistej odpowiedzialności za daną osobę i jej losy, powoduje pewnego rodzaju personifikację problemu. Dlatego Regionalne Gremium Doradcze podkreśliło potrzebę stworzenia systemu przepływu informacji pomiędzy instytucjami stykającymi się z osobami uzależnionymi.

Brak przepływu informacji na temat możliwości terapeutycznych dotyczy również instytucji spoza organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Nawet podmioty, które zajmują się problemami osób uzależnionych, nie zawsze wiedzą, do jakiej instytucji daną osobę skierować. Wiadomo też, że dopiero kompleksowe podejście do osoby uzależnionej (terapia, wsparcie, itd.) dają realną szansę na sukces i wyleczenie.

Przyczyny źródłowe problemu

Na spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego wskazano następujące przyczyny braku przepływu informacji między instytucjami.

1. Niedostateczna wiedza o skali problemu narkomanii, a zarazem ofert pomocy dla osób uzależnionych oraz ich bliskich, a także identyfikacji osób zawodowo zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii;
2. Niewystarczająca wiedza ekspertów w zakresie postępowania z pacjentem uzależnionym oraz o możliwości i zakresie pomocy wynikającej z zapisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
3. Ograniczona oferta dla uzależnionych wynikająca z lokalnych deficytów instytucjonalnych oraz braku organizacji pozarządowych wykonujących m.in. zadania własne gminy (terapia, wsparcie, aktywizacja zawodowa); dotyczy to zwłaszcza małych gmin;
4. Panująca często wśród osób dotkniętych problemem niechęć do otwartego szukania pomocy, wynikająca z lęku przed oceną społeczną i stygmatyzacją, szczególnie w małych miejscowościach o wysokim poziomie sprawowanej kontroli społecznej;

5. Niewielka aktywność i brak wzajemnych kontaktów pracowników gmin zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii na szczeblu samorządu województwa skutkujący niemożnością przepływu informacji oraz wymiany „najlepszych praktyk”, czyli doświadczeń płynących ze sprawdzonych sposobów działania.

Powiązanie problemu z rozwiązaniem (i przyczynami źródłowymi)

Uczestnicy Regionalnego Gremium Doradczego oraz polskiego zespołu badawczego próbowali znaleźć rozwiązania problemu niedostatecznej wymiany informacji w regionie Zachodniopomorskim.

Jednym z rozwiązań wskazanych przez członków Regionalnego Gremium Doradczego było stworzenie wymiany informacji między podmiotami stykającymi się zawodowo z osobami uzależnionymi poprzez **wypracowanie następującej procedury postępowania z pacjentem:**

1. etap kontaktu z uzależnionym: zidentyfikowanie osoby uzależnionej: poprzez *outreach* lub zgłoszenie problemu w punkcie konsultacyjnym (np. Monar, TADA, Powrót z U) lub ZOZ-ie („Zdroje”) lub przez ujęcie osoby popełniającej przestępstwo przez policję albo inne służby interwencyjne;
2. etap diagnozy: czy chodzi o uzależnienie, nadużywanie, eksperymentowanie;
3. etap ustalenia terapii dla pacjenta (indywidualna i/ lub grupowa);
4. etap zaoferowania pomocy terapeutycznej dla pozostałych członków rodziny – terapia współuzależnienia, negatywnych skutków przemocy w rodzinie;
5. nawiązanie kontaktu z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w celu uzyskania ubezpieczenia społecznego (lub poprzez rejestrację w Powiatowym Urzędzie Pracy) oraz doraźnej pomocy finansowej (zasilek);
6. diagnoza stanu zdrowia – przeprowadzenie testów na HIV, HBV, HCV i inne,
7. próba zakwalifikowania w przypadku pacjenta uzależnionego od opiatów do udziału w programie leczenia substytucyjnego metadonem.

Należy dodać, że powyższe wyliczenie dotyczy „wzorcowego przypadku”, który obejmuje wszystkie szczeble działania, w konkretnych sytuacjach poszczególne elementy mogą w ogóle nie mieć zastosowania.

Natomiast w przypadku osób, które z racji używania narkotyków weszły w konflikt z prawem, najważniejszym zadaniem byłoby stworzenie listy podmiotów (osób, instytucji, organizacji pozarządowych, placówek medycznych, itd.), które mogłyby zająć się osobą

dotkniętą problemem uzależnienia (lub też zgodnie z nową ustawą, używającą szkodliwie narkotyków) wraz z podaniem zakresu świadczonych usług, adresu, numeru telefonu oraz osoby kontaktowej, która potrafiłaby udzielić szczegółowej informacji na temat oferowanej pomocy terapeutycznej. Takie rozwiązanie powinno być pomocne dla policji, prokuratorów (zwłaszcza w aspekcie art. 72 nowej uopn) oraz sędziów, zarówno rodzinnych jak i karnych.

Z tego powodu członkowie Regionalnego Gremium Doradczego wraz z członkami zespołu badawczego zaproponowali stworzenie bazy informacyjnej, która zawierałaby wykaz różnych instytucji pomocowych, z podaniem w/w informacji. Opracowane informatory powinny mieć różne formy, tak, aby korzystanie z nich przez osoby, do których owe informatory będą adresowane, nie nastroczało trudności.

Informacje zawarte w informatorze powinny dotyczyć: zakresów obowiązków poszczególnych placówek, oferty dla uzależnionego oraz rekomendacji innych instytucji i organizacji, bytów świadczących ogólnie pojętą pomoc istotnych w procesie terapii. Tę międzyinstytucjonalną wymianę informacji można aranżować w postaci uaktualnianej co 2-6 miesięcy strony internetowej, skróconej wersji informatora czyli w postaci ulotki (mały format) oraz obszernego informatora z opisem poszczególnych placówek.

Proponuje się więc stworzenie następujących baz danych:

- strona internetowa,
- obszerny informator z pełnym zakresem danych w formie broszury,
- mini-informator, w skróconej wersji (folder lub ulotka), adresowany przede wszystkim do policjantów, który, jak stwierdzili reprezentanci Policji na spotkaniu Regionalnego gremium Doradczego, zmieściłby się w notesie policjanta.

Konieczne jest również okresowe uaktualnianie powyższej bazy informacji, dlatego potrzebne będzie wskazanie osoby odpowiedzialnej za taką aktualizację.

Ocena wykonalności zadania

Regionalne Gremium Doradcze uznało stworzenie bazy informacji za wykonalne. Przy ocenie wykonalności rozwiązania podkreślono m.in. fakt, że Regionalne Gremium zrzesza szereg reprezentantów instytucji, które znajdują się z Informatorze. Dzięki temu od razu dysponujemy obszernym zakresem danych tele-adresowych, informacjami na temat zakresu świadczonych usług oraz kluczowych postaci w poszczególnych instytucjach.

Podkreślono także konieczność wykorzystania posiadanych zasobów tj.: strategii współpracy Gminy Miasto Szczecin stosowanej w przeciwdziałaniu uzależnieniom, materiałów informacyjnych, jakimi dysponują organizacje pozarządowe, informatorów wydanych przez Zachodniopomorski Urząd Marszałkowski, a także przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wskazanie organizacji/ osób do których adresowane jest rozwiązanie

Rozwiązanie w postaci opracowania sposobu rzetelnej wymiany informacji o ofercie i kliencie adresowane jest do wszystkich osób zaangażowanych w problem przeciwdziałania narkomanii tj. pracowników administracji rządowej i samorządów, wymiaru sprawiedliwości, osób przyjmujących środki psychoaktywne i ich rodzin. Członkowie CAB i polski zespół badawczy wskazali po kolei, przyjmując za kryterium granice Województwa Zachodniopomorskiego:

1. Pełnomocnika wojewody ds. narkomanii i AIDS przy Urzędzie Wojewódzkim;
2. osobę odpowiedzialną za realizację Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii – reprezentanta Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego;
3. koordynatorów Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii – w pierwszym etapie wdrażania planu działania w 3-4 wybranych gminach;
4. sąd rodzinny i karny na szczeblu rejonowym i okręgowym;
5. prokuraturę.
6. policję, tj. Komenda Wojewódzka, Miejska i Komisariaty;
7. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie oraz wybranych przedstawicieli pomocy społecznej gmin zaproszonych do współpracy;
8. SPZOZS „Zdroje” (detoksykacja, terapia, leczenie, metadon);
9. organizacje pozarządowe świadczące usługi dla pacjentów ze Szczecina i województwa (Monar – punkt konsultacyjny i ośrodki, Powrót z U, TADA, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii);

Na szczeblu miejskim za realizację zadania może odpowiadać Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej, Urzędu Miasta Szczecin, na szczeblu województwa do zorganizowania omawianej wymiany informacji należy zaprosić przedstawiciela samorządu województwa.

Przejście od rozwiązań do Planu Działania

1. Punktem wyjścia będzie - włączenie zaplanowanych zadań w przyszłoroczny Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii, aktualnie będący w fazie tworzenia projektu budżetu. Przewidywana kwota na 2006 r. kształtuje się na poziomie 725 000,- zł.
2. Zebranie informacji, które mają być zawarte w Informatorze,
3. Zamieszczenie tych informacji na stronie internetowej Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta, w odpowiedniej zakładce;
4. Przygotowanie Informatora w obszernej wersji broszurowej – złożenie zebranych informacji do druku
5. Przygotowanie skróconej wersji bazy danych, w postaci „mini-informatora”, niezbędnego dla pracowników interweniujących (policja, pogotowie, Izba Wyrzężeń, Miejski Ośrodek Interwencji Kryzysowej, pomoc społeczna) zawierającego kompendium wiedzy dla udzielającego pomocy instytucjonalnej osobie uzależnionej od środków psychoaktywnych

5.7. Nieznajomość prawa wśród użytkowników narkotyków; brak dostępu do bezpłatnej pomocy prawnej

Wyniki projektu RPAR wskazują, że użytkownicy narkotyków z reguły borykają się z problemami prawnymi. Problemy te są dwojakiego rodzaju. Po pierwsze, są to problemy z prawem karnym, co wynika z nielegalnego statusu narkotyków oraz kryminalizacji czynności leżących zarówno po stronie popytu jak i podaży narkotyków. Ponadto, w toku postępowania karnego, jako oskarżeni mają prawo do obrońcy. Czasami, jeśli biegły uzna, że zachodzą wątpliwości co do poczytalności takiej osoby, otrzymuje ona obrońcę z urzędu, jednak badania wskazują, że są to sytuacje bardzo rzadkie. Inną podstawą do uzyskania obrońcy z urzędu jest sytuacja majątkowa oskarżonego, która nie pozwala na pokrycie kosztów obrony bez uszczerbku finansowego dla siebie i rodziny. Jednak przyznanie obrońcy z urzędu na tej podstawie wymaga złożenia wniosku, o czym z reguły oskarżeni nie wiedzą. Po drugie, użytkownicy narkotyków doświadczają całego szeregu trudności związanych z nieznajomością innych dziedzin prawa, takich jak prawo pracy czy prawo administracyjne. Problemy drugiego rodzaju dotyczą zresztą bardzo wielu osób, i tu użytkownicy narkotyków nie są w jakiejś szczególnej sytuacji, z tym, że najczęściej ich sytuacja finansowa nie pozwala na skorzystanie z fachowej pomocy. Dlatego problem ten został przez Regionalne Gremium Doradcze uznany za istotny, zaś członkowie Gremium skoncentrowali się na znalezieniu

rozwiązania, którym ma być udostępnienie użytkownikom narkotyków darmowej pomocy prawnej

Przyczyny źródłowe problemu

Brak dostępu do darmowej pomocy prawnej dla osób uzależnionych od środków odurzających jest względny, co podkreślono na spotkaniu Regionalnego Gremium Doradczego. Darmowa pomoc prawna w Szczecinie istnieje, jest ona organizowana na Wydziale Prawa Uniwersytetu Szczecińskiego, gdzie w ramach tzw. kliniki prawa studenci prawa udzielają pomocy prawnej. Jednak osoby uzależnione nie korzystają z tej pomocy, boją się bowiem pokazywać w takich publicznych miejscach jak uniwersytet.

Powiązanie problemu z rozwiązaniem (i przyczynami źródłowymi)

W związku z dokonaną przez projekt RPAR diagnozą, celowe wydaje się zorganizowanie bezpłatnej pomocy prawnej adresowanej do uzależnionych użytkowników narkotyków. Miejscem świadczenia pomocy powinna być siedziba organizacji pozarządowej, do której uzależnieni mają zaufanie, np. TADA lub MONAR. Pomoc mogłaby być świadczona przez studentów prawa lub młodych prawników w ramach dyżurów 2 razy w tygodniu, z uwzględnieniem cotygodniowych dyżurów telefonicznych prawnika mającego doświadczenie w sprawach związanych z narkotykami.

Ocena wykonalności zadania

Regionalne Gremium Doradcze uznało zorganizowanie bezpłatnej pomocy prawnej osobom uzależnionym za wykonalne. Przy ocenie wykonalności rozwiązania podkreślono m.in. to, że organizacja pomocy w siedzibie istniejącej organizacji niesie za sobą zasoby w postaci całego zaplecza biurowego (pomieszczenie, biurko, komputer, drukarka, telefon, Internet, faks, itd.). Jediną trudnością jest znalezienie funduszy na realizację działania. Potencjalnymi sponsorami są gmina – miasto Szczecin, województwo samorządowe, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, fundusze Unii Europejskiej.

Wskazanie organizacji/ osób, do których adresowane jest rozwiązanie

Pomoc prawna organizowana ma być w ramach istniejącej organizacji pozarządowej. Dlatego z wnioskiem o przyznanie funduszy na taką działalność do zidentyfikowanego sponsora wystąpić powinna ta właśnie organizacja. Planowana pomoc prawna adresowana będzie do osób uzależnionych od środków odurzających lub używających substancji

psychoaktywnych szkodliwie w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku.

Przejsście od rozwiązań do Planu Działania

1. identyfikacja źródeł finansowania pomocy prawnej,
2. ustalenie organizacji, w ramach której będzie świadczona pomoc prawna,
3. wyłonienie osób, które będą świadczyć pomoc prawną spośród studentów prawa. W tym zakresie kluczowe będzie uzyskanie wsparcia ze strony dziekana Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego,
4. sporządzenie kosztorysu przedsięwzięcia,
5. złożenie wniosku do potencjalnego sponsora/sponsorów,
6. uruchomienie pomocy prawnej.

5.8. Trudności w znalezieniu pracy – niewielkie szanse byłych uzależnionych na rynku pracy

W toku badań potwierdziła się teza, że podjęcie pracy przez osoby wychodzące z problemu uzależnienia jest bardzo ważnym elementem terapii. To samo dotyczy osób uzależnionych, które odbyły karę pozbawienia wolności i w zakładzie karnym przeszły terapię. Jeśli takim osobom nie uda się znaleźć pracy, to wszystko, co udało się osiągnąć w terapii, idzie na marne. Dlatego zwiększenie szans byłych uzależnionych na rynku pracy uznane zostało przez członków Regionalnego Gremium Doradczego za problem, dla którego należy znaleźć rozwiązanie.

Przyczyny źródłowe problemu

Niewielkie szanse byłych uzależnionych na rynku pracy wynikają przede wszystkim z ogólnie wysokiego poziomu bezrobocia w Polsce. Istotną rolę w kwestii zatrudniania pełni Powiatowy Urząd Pracy, który oprócz ofert pracy, dysponuje także doradcami zawodowymi. Jednak, jak dowiedzieliśmy się z przeprowadzonych wywiadów, osoby uzależnione oraz te, które wyszły z uzależnienia niechętnie korzystają z oferty urzędu pracy, związane jest to bowiem z koniecznością pójścia do urzędu i spotkania się z wieloma osobami. Dla takich osób jest to czasem zbyt trudne, dlatego po prostu tego nie robią.

Powiązanie problemu z rozwiązaniem (i przyczynami źródłowymi)

Z tego względu zespół badawczy RPPAR oraz członkowie Regionalnego Gremium Doradczego zdecydowali się umożliwić takim osobom korzystanie z pomocy doradców zawodowych w miejscu, do którego nie obawialiby się pójść, czyli np. w siedzibie którejś z organizacji pozarządowych, znanych osobom uzależnionym i byłym uzależnionym, np. MONAR, TADA. Doradztwo zawodowe mogłoby być prowadzone przez doradców pracujących w Urzędzie Pracy, z tym, że w ramach tego rozwiązania, osoby te świadczyłyby pomoc w siedzibie organizacji.

Ocena wykonalności zadania

Regionalne Gremium Doradcze uznało zorganizowanie poradnictwa zawodowego dla osób wychodzących z problemu uzależnienia poza siedzibą Urzędu Pracy za wykonalne. Kluczową kwestią będzie zapoznanie przedstawicieli Urzędu Pracy z wynikami projektu RPPAR oraz zaangażowanie ich w dalsze działania Regionalnego Gremium Doradczego. Potencjalnymi sponsorami działania są: gmina – miasto Szczecin, województwo samorządowe, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, fundusze Unii Europejskiej.

Wskazanie organizacji/ osób do których adresowane jest rozwiązanie

Rozwiązanie adresowane jest do osób, które próbują rozwiązać problem uzależnienia i unormować sobie życie. Odbiorcami byłyby zatem osoby, które ukończyły terapię zorientowaną na osiągnięcie abstynencji, uczestniczą w programie metadonowym lub wyszły z zakładu karnego, w którym odbyły terapię. Ponieważ doradztwo ma być realizowane w ramach organizacji pozarządowej, organizacja ta będzie wnioskodawcą o przyznanie funduszy na realizację zadania.

Przejsie od rozwiązań do Planu Działania

1. identyfikacja sponsora/sponsorów, finansujących doradztwo zawodowe,
2. wskazanie organizacji, w ramach której będzie świadczone doradztwo,
3. porozumienie organizacji pozarządowej z Urzędem Pracy,
4. sporządzenie kosztorysu przedsięwzięcia,
5. złożenie aplikacji do potencjalnych sponsorów o przyznanie środków,
6. uruchomienie doradztwa zawodowego.

6. Plan Działania

6.1. Umieszczenie w budżecie gminy – miasta Szczecin działu zatytułowanego „Przeciwdziałanie narkomanii”

Istotne znaczenie dla realizacji zaplanowanych przez zespół badaczy RPAR i Regionalne Gremium Doradcze zadań ma umieszczenie w budżecie gminy– miasta Szczecin na 2006 rok odrębnego działu zatytułowanego „Przeciwdziałanie narkomanii”, na który zaplanowano przeznaczenie określonej kwoty pieniędzy. Powoduje to, że część zaplanowanych zadań będzie można realizować z budżetu miasta, choć nie może być on głównym źródłem finansowania planowanych zadań.

6.2. Rozwiązania adresowane do małych miejscowości (diagnoza wzorów używania narkotyków, uruchomienie pracy w zagrożonych środowiskach w oparciu o outreach, otwarcie programów redukcji szkód, w tym wymiany igieł i strzykawek)

W przypadku rozwiązań adresowanych do małych miejscowości, punktem wyjścia jest zorganizowanie konferencji z udziałem przedstawicieli gmin, które będą gminami docelowymi dla realizacji ustalonych zadań oraz z przedstawicielem województwa samorządowego jako organu nadrzędnego nad samorządem gminy.

- a) Pierwszym krokiem będzie identyfikacja docelowych gmin, obecnie proponujemy te, które zostały wskazane w czasie trwania projektu jako problemowe: Stargard Szczeciński, Goleniów oraz kilku innych, a następnie identyfikacja konkretnych osób z tych gmin, których obecność będzie najbardziej pożądana na konferencji,
- b) Przedmiotem konferencji będzie między innymi przedstawienie wyników projektu badawczego RPAR w odniesieniu do małych miejscowości, takich jak: iniekcyjne przyjmowanie amfetaminy, ryzykowne zachowania (dzielenie się sprzętem iniekcyjnym), niski wiek inicjacji narkotykowej, niewiedza wśród lokalnych terapeutów na temat wzorów przyjmowania narkotyków oraz rozmiarów problemu, brak adekwatnej pomocy dla osób uzależnionych od środków odurzających.

- c) Celem konferencji będzie zainteresowanie przedstawicieli docelowych gmin zidentyfikowanymi w toku badania problemami oraz przeprowadzenie z nimi ćwiczenia Mapy Sił i Środków, które pozwoli wskazać kluczowe podmioty, odgrywające lub mogące odegrać istotną rolę w realizacji strategii przeciwdziałania narkomanii na danym terenie.

Po konferencji planowane jest zorganizowanie kilku (2-3) roboczych spotkań zespołu badawczego oraz członków Regionalnego Gremium Doradczego z przedstawicielami tych gmin, które wykażą zainteresowanie problemem oraz chęć współpracy. Spotkania te poświęcone byłyby szczegółowemu omówieniu proponowanych w Raporcie Końcowym RPAR strategii. Spotkania te zmierzałyby również do wyłonienia mniejszych lokalnych Gremiów Doradczych dla każdej z uczestniczących gmin. Omawiane rozwiązanie zakłada bowiem przejęcie odpowiedzialności za działanie w terenie przez podmioty z tego terenu.

Pierwszym problemem, którym trzeba by się zająć, jest dokonanie wstępnej diagnozy wzorów używania narkotyków na docelowych obszarach poprzez zorganizowanie ankiet adresowanych do szkół (uczniowie i pedagodzy szkolni), klubów, zakładów opieki zdrowotnej (lekarze rodzinni i pielęgniarki środowiskowe). Przy współpracy z osobami/instytucjami/organizacjami trzeba będzie dokonać wyłonienia przyszłych pracowników *outreachu*, a następnie wyszkolić ich w zakresie pracy w środowisku, korzystając z doświadczeń pracowników TADY i MONAR-u. Należy też przygotować społeczność lokalną do prowadzenia *outreachu* poprzez zorganizowanie kampanii informacyjno-edukacyjnej. Forma kampanii będzie zależać od charakteru obszarów docelowych i zostanie ustalona po zaznajomieniu się realizatorów ze specyfiką docelowych miejscowości.

W czasie realizacji zadań odnoszących się do społeczności lokalnych kluczowe znaczenie będzie mieć podtrzymywanie współpracy lokalnych Gremiów Doradczych.

Pracownicy *outreachu*, po tym, jak zostaną przeszkoleni, powinni zostać zaopatrzeni w materiały edukacyjne do rozdawania w środowisku, w którym będą pracować. W tym celu można wykorzystać materiały, którymi dysponują szczecińskie organizacje pozarządowe. Można w tym zakresie poprosić o pomoc także Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Istotne znaczenie będzie też miało ustalenie sposobu, w jaki pracownicy *outreachu* będą zbierali informacje o sposobach używania narkotyków. Ważne, aby przekazywane materiały informacyjne i edukacyjne odnosiły się do rzeczywistych zachowań wykazywanych przez miejscowych użytkowników narkotyków.

Innymi słowy w materiałach tych nie powinna pojawiać się np. informacja na temat kokainy i zagrożeń z nią związanych, jeśli z dokonanej diagnozy wynika, że kokaina jest narkotykiem zupełnie nieznanym na danym terenie. Ponadto informacja musi być przekazana w sposób przystępny i zrozumiały dla adresatów.

Jeśli wstępna diagnoza dokonana przez badanie RPAR zostanie potwierdzona przez później zebrane informacje, a iniecyjne stosowanie narkotyków w danej miejscowości rzeczywiście okaże się poważnym problemem, wówczas konieczne będzie uruchomienie programu wymiany igieł i strzykawek. Wymiana taka byłaby finansowana lub przynajmniej współfinansowana z budżetu przedmiotowej gminy, co będzie łatwiejsze dzięki dwóm czynnikom. Po pierwsze realizacja zadania od samego początku zakłada współpracę z władzami gminy oraz innymi istotnymi lokalnymi podmiotami w ramach lokalnego Gremium Doradczego. Po drugie, nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii nakłada na wszystkie gminy obowiązek wydzielenia w budżecie gminnym odrębnej kwoty przeznaczonej na realizację zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Forma wymiany natomiast (uliczna lub stacjonarna) będzie zależeć od sytuacji, jaka panuje w danej miejscowości i zostanie ustalona po dokonaniu diagnozy wzorów używania narkotyków.

Szczegółowe kroki w obrębie tego zadania zostaną rozpisane po rozpoczęciu jego realizacji .

6.3. Seminaria dla sędziów i prokuratorów

Etap przygotowawczy realizacji tego zadania to spotkanie z sędzią, będącym członkiem Regionalnego Gremium Doradczego, prokuratorem, który był Informatorem Interakcyjnym i Systemowym oraz z dziekanem Wydziału Prawa. Przedmiotem spotkania będzie ustalenie wstępnego programu seminarium. Przy określeniu zakresu seminariów pomocne będą też doświadczenia organizatorów cyklu podobnych szkoleń, realizowanych w 2005 roku przez Małopolskie Stowarzyszenie PROBACJA. Ustalając program seminarium trzeba będzie uwzględnić wyniki wywiadów indywidualnych (zarówno IDU jak i systemowych i interakcyjnych) oraz wywiadów grupowych (Grup fokusowych). Chodzi o to, żeby program szkolenia dopasowany był do rzeczywistych potrzeb, a nie tylko wyobrażeń o nich zespołu badawczego. Następnym krokiem będzie wyłonienie realizatorów (wykładowców) seminarium.

Zespół badawczy RPAR zakłada zrealizowanie jednego pilotażowego seminarium adresowanego do szczecińskich sędziów i prokuratorów. Dlatego będzie należało znaleźć

miejsce dla przeprowadzenia takiego seminarium, zrobić kosztorys i wreszcie wystąpić do Urzędu Miasta z wnioskiem o sfinansowanie takiego pilotażowego seminarium.

Równocześnie trzeba będzie poszukać sponsora dla całego cyklu seminariów, które objęłyby zakresem znaczną część województwa zachodniopomorskiego. Należy rozważyć takich potencjalnych sponsorów jak: urząd marszałkowski, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, fundusze strukturalne Unii Europejskiej.

6.4. Działania związane z „promowaniem” kary ograniczenia wolności

Usprawnienie stosowania kary ograniczenia wolności wymagać będzie przede wszystkim stworzenia stanowiska koordynatora przy Urzędzie Miasta lub Urzędzie Marszałkowskim. Koordynator będzie miał za zadanie czuwanie nad uaktualnianiem informacji na temat zapotrzebowania na pracę osób skazanych na karę ograniczania wolności w poszczególnych zakładach i instytucjach. Aby koordynator mógł spełniać należycie swoje obowiązki, celowe wydaje się zawarcie porozumienia między zaangażowanymi urzędami (reprezentantami jednostek samorządu terytorialnego) a Sądem Okręgowym w Szczecinie. Równocześnie trzeba będzie zachęcić sędziów do stosowania tej kary (oczywiście w granicach ustawy) poprzez przedstawienie usprawnień wynikających z powołania instytucji koordynatora. W tym celu należy wpisać temat kary ograniczenia wolności do bloku tematycznego planowanych seminariów dla sędziów i prokuratorów. Zasadne będzie też nakłonienie organizacji pozarządowych, świadczących pomoc osobom uzależnionym do wpisywania się na sądową listę zakładów i instytucji, do których można kierować osoby skazane na karę ograniczenia wolności.

6.5. Informator o placówkach pomocowych

Zebranie informacji na temat miejsc, w których osoby uzależnione od środków odurzających mogą otrzymać różne formy pomocy, jest jednym z rozwiązań zaproponowanych przez Regionalne Gremium Doradcze. Pierwszym krokiem będzie tu zebranie niezbędnych danych od wszystkich podmiotów świadczących pomoc uzależnionym. Dużym ułatwieniem jest to, że większość z tych podmiotów reprezentowana jest w Regionalnym Gremium Doradczym.

Zebrane informacje zostaną opracowane w dwóch wersjach – pełnej i skróconej. Wersja pełna będzie miała docelowo formę broszury, wersja skrócona formą 2-3 stronicowego folderu – informatora w formacie, który zmieści się w policyjnym notatniku. Druga forma jest wynikiem uwzględnienia uwag policjantów, obecnych na Regionalnym

Gremium Doradczym. Istotą informatora ma być to, że będzie on zawierał szczegółowe dane kontaktowe do osób zatrudnionych w poszczególnych instytucjach, które będą mogły udzielić zainteresowanym dokładnych informacji. O druk informatora zespół badawczy zwróci się z prośbą do Urzędu Miasta.

Członkowie Regionalnego Gremium Doradczego rozpowszechnią informator w obrębie grup zawodowych, jakie reprezentują. Aby doprowadzić do rozwinięcia praktyki korzystania z informatora i usprawnienia przepływu najpierw informacji, a następnie ludzi do instytucji pomocowych, zespół badawczy, moderując kolejne, nieformalne już spotkania CAB, będzie prosił uczestników o sprawozdanie z korzystania przez ich instytucje z informatora.

6.6. Bezpłatna pomoc prawna

Zadanie to zakłada udostępnienie bezpłatnej pomocy prawnej osobom uzależnionym od narkotyków oraz osobom w trakcie lub po terapii uzależnień. Pomoc miałaby być świadczona w siedzibie którejś ze szczecińskich organizacji pozarządowych, znanej osobom uzależnionym. Przede wszystkim należy ustalić sposób wyłonienia prawników, którzy mieliby świadczyć pomoc prawną. W tym celu niezbędne będzie zaangażowanie w rozwiązanie zadania akademickiego nauczyciela prawa, będącego członkiem Regionalnego Gremium Doradczego. Następnie trzeba będzie zrobić kosztorys przedsięwzięcia w próbnym, półrocznym okresie. Kolejnym krokiem będzie identyfikacja potencjalnych sponsorów zadania. Ostatni etap to przygotowanie i złożenie wniosku do ustalonego w poprzednim etapie sponsora.

6.7. Doradztwo zawodowe

Zadanie to przewiduje uruchomienie doradztwa zawodowego dla osób mających problemy ze środkami odurzającymi. W celu realizacji zadania trzeba będzie nawiązać współpracę z doradcami zawodowymi Powiatowego Urzędu Pracy, którzy w ramach tego rozwiązania udzielaliby okresowo porad w siedzibie istniejącej organizacji pozarządowej w Szczecinie. Pierwszym krokiem jest zaproszenie doradcy zawodowego urzędu pracy na kolejne, nieformalne już spotkanie Regionalnego Gremium Doradczego. Na spotkaniu tym zostanie przedyskutowana forma współpracy oraz zasady organizacyjne przedsięwzięcia. Niezbędne będzie przygotowanie kosztorysu realizacji zadania oraz identyfikacja sponsora. Być może najbardziej odpowiednie w tym zakresie będzie przygotowanie wniosku o finansowanie z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.

7. Podsumowanie i wnioski

Projekt RPAR w Szczecinie realizowany w okresie od stycznia do września 2005 dokonał szczegółowej analizy polityki wobec narkotyków i narkomanii realizowanej na obszarze województwa zachodniopomorskiego. Wynikiem tej analizy było zidentyfikowanie słabych punktów polityki będącej przedmiotem badania oraz wskazanie możliwych sposobów jej poprawy.

Efektem końcowym projektu jest sporządzenie Planu Działania, zawierającego proponowane rozwiązania zidentyfikowanych w toku badań problemów. Plan Działania obejmuje następujące akcje:

1. Zorganizowanie seminariów dla sędziów i prokuratorów z obszaru właściwości apelacji szczecińskiej. Seminaria te mają w założeniu podnieść wiedzę tych grup zawodowych w zakresie problematyki uzależnień, oferty terapeutycznej poszczególnych ośrodków świadczących pomoc osobom uzależnionym oraz instrumentów oddziaływania terapeutycznego na osoby uzależnione w toku postępowania karnego przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku. Proponowane rozwiązanie ma w założeniu zachęcić sędziów i prokuratorów do szerszego stosowania mechanizmów terapeutycznych wynikających z ustawy. Oprócz tego, przedmiotem seminariów będzie problematyka stosowania kary ograniczenia wolności oraz możliwości jej stosowania wobec osób uzależnionych, co powinno przyczynić się do większego wykorzystania tej sankcji w przyszłości. Zadanie to wymaga zaangażowania w jego realizację samorządu terytorialnego różnych szczebli, Sądu Okręgowego i Prokuratury Okręgowej.
2. Zwiększenie roli kary ograniczenia wolności jako sankcji karnej, która w niektórych sytuacjach może być optymalnym rozwiązaniem. Kara ograniczenia wolności jako kara nieizolacyjna stanowi mniejszą dolegliwość dla osób uzależnionych od środków odurzających. Kara pozbawienia wolności natomiast, mimo że bardziej dolegliwa, rzadko kiedy spełnia cele kary w stosunku do osób uzależnionych, zwłaszcza cele wychowawcze i prewencyjne. Dokonana w toku badań analiza sytuacji w zakładach karnych wskazuje, że izolowanie uzależnionych w zakładach karnych nie zapobiega wcale kontynuacji przyjmowania środków odurzających przez takie osoby, zaś objęcie osób uzależnionych terapią w zakładach karnych jest problematyczne z powodu

długiego okresu oczekiwania na włączenie do programu. Dlatego w sytuacjach, w których ustawa na to zezwala, lepszym rozwiązaniem jest orzekanie wobec osób uzależnionych kary ograniczenia wolności. Nie wyklucza to bowiem możliwości równoczesnego podjęcia terapii. Jednak stosowanie kary ograniczenia wolności rodzi wiele trudności praktycznych, co wymaga podjęcia pewnych kroków usprawniających orzekanie i czuwanie nad wykonaniem tej kary.

3. Opublikowanie w czasopiśmie skierowanym do adwokatów artykułu dotyczącego sposobów prowadzenia obrony osób uzależnionych od środków odurzających przez adwokatów. Okazało się bowiem, że adwokaci broniący osób uzależnionych rzadko kiedy wnoszą o zastosowanie środków oddziaływania terapeutycznego wobec oskarżonych. Dlatego publikacja taka może przyczynić się do zachęcenia obrońców do takiej właśnie linii obrony.
4. Zdiagnozowanie wzorów używania narkotyków w małych miastach i wsiach regionu. Diagnoza jest konieczna, ponieważ jak pokazują wyniki badania, sytuacja na scenie narkotykowej regionów wiejskich i małomiasteczkowych jest słabo rozpoznana przez odpowiednie instytucje kreujące i realizujące politykę przeciwdziałania narkomanii. Realizacja zadania będzie wymagała zaangażowania przede wszystkim samorządu województwa oraz docelowych gmin.
5. Uruchomienie programów edukacyjno-informacyjnych w zagrożonych środowiskach. Wyniki badań pokazują, że pewne grupy osób wykazują zachowania ryzykowne, grożące wzrostem zakażeń HIV, HCV, HBV i innymi negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Dzieje się tak mimo corocznych kampanii edukacyjnych organizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Poziom wiedzy na temat zagrożeń związanych z przyjmowaniem narkotyków oraz bezpieczniejszych form ich przyjmowania został oceniony jako niski, co powoduje konieczność podjęcia zdecydowanych kroków przeciwdziałających. Programy edukacyjne, o których mowa, adresowane byłyby do konkretnych osób praktykujących zachowania ryzykowne. Dla zwiększenia ich skuteczności, programy te powinny działać w oparciu o *outreach*, czyli pracę w zagrożonym środowisku polegającą na bezpośrednim udzielaniu informacji w formie ustnej lub rozdawnictwie ulotek edukacyjnych osobom wykazującym ryzykowne zachowania. Wymogiem

realizacji zadania jest współpraca z Urzędem Marszałkowskim oraz docelowymi gminami.

6. Dostosowanie polityki przeciwdziałania narkomanii do zdiagnozowanych wzorów używania narkotyków. Diagnoza wzorów używania narkotyków ma pozwolić na wykreowanie polityki przeciwdziałania narkomanii adresowanej do konkretnych odbiorców, zróżnicowanej pod kątem zdiagnozowanych potrzeb. Przykładowo – w miejscach, gdzie podstawowym problemem okażą się syntetyczne środki przyjmowane nieiniekcyjnie na dyskotekach – priorytet powinny mieć programy dyskotekowe typu „Party working”, natomiast w miejscach, gdzie dominuje iniekcyjne przyjmowanie narkotyków i równocześnie są utrudnienia w dostępie do sterylnej sprzątki iniekcyjnej, priorytet powinny mieć programy wymiany igieł i strzykawek. Takie zróżnicowanie polityki narkotykowej w zależności od zdiagnozowanych potrzeb powinno przyczynić się również do większej efektywności ekonomicznej polityki przeciwdziałania narkomanii, uniknie się bowiem wydatkowania pieniędzy na programy, które nie są konieczne, zaś programy oferowane będą trafiły w potrzeby, co stanowi podstawę zwiększenia ich skuteczności.
7. Wydanie informatora zawierającego niezbędne informacje na temat instytucji i organizacji świadczących pomoc osobom uzależnionym. Informator taki oprócz adresów instytucji oraz krótkiego opisu zakresu i sposobu ich działania, zawierałby także dane teleadresowe do osoby, która będzie w stanie udzielić szczegółowych informacji na temat oferty danej instytucji bezpośrednio osobie zainteresowanej. Informator zostanie wydany z funduszy Urzędu Miasta lub Urzędu Marszałkowskiego. Docelowo ma również powstać skrócona wersja Informatora, w małym formacie, który zawierać będzie jedynie podstawowe informacje oraz odesłanie do pełnej wersji Informatora. Mniejsza wersja informatora jest propozycją zgłoszoną przez policjantów, którzy chcieliby, aby Informator mieścił się w ich notesach służbowych.
8. Uruchomienie punktu poradnictwa prawnego dla osób, które weszły w konflikt z prawem w związku z używaniem narkotyków. Wyniki badania pokazują, że osoby uzależnione lub osoby wychodzące z uzależnienia często napotykają na problemy prawne, z którymi nie są w stanie samodzielnie sobie poradzić. Istotą planowanego poradnictwa prawnego byłoby jego świadczenie w siedzibie którejś z istniejących

organizacji pozarządowych, znanych osobom uzależnionym, czyli w miejscu, do którego takie osoby mają zaufanie. Punkt poradnictwa zostanie zorganizowany przy współpracy z Wydziałem Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego, gdzie funkcjonuje prowadzona przez studentów klinika prawa.

9. Uruchomienie doradztwa zawodowego. Osoby, które ukończyły terapię uzależnień mają dużo trudniejszą sytuację na rynku pracy niż inni, nieuzależnieni bezrobotni. Doradztwo zawodowe funkcjonujące przy Powiatowym Urzędzie Pracy jest dostępne dla każdego, jednak jak pokazują badania, osoby po terapii uzależnień niechętnie korzystają z doradztwa dostępnego w takim miejscu jak Urząd Pracy. Wynika to głównie z niechęci do pojawiania się w miejscach publicznych, wielu byłych uzależnionych czuje się bowiem napiętnowanych. Dlatego przy współpracy z Urzędem Pracy celowe będzie utworzenie punktu doradztwa zawodowego działającego okresowo w siedzibie jednej z istniejących organizacji pozarządowych, znanej osobom uzależnionym.

Wnioski z badania „Szybka ocena prawa i polityki wobec narkotyków w krajach Europy Centralnej oraz krajach byłego Związku Radzieckiego” (RPAR) zrealizowanego w 2005 roku w Szczecinie dowodzą, że projekt RPAR okazał się skutecznym narzędziem badawczym. Natomiast rolę, jaką odegra realizacja projektu w aktywizacji społeczności lokalnej i w budzeniu poczucia współodpowiedzialności za tworzenie i realizację lokalnej polityki wobec narkotyków, będzie można ocenić po tym, w jakim stopniu uda się wprowadzić rozwiązania zawarte w proponowanym Planie Działania.