

25 LAT KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. OSIĄGNIĘCIA I WYZWANIA

Wywiad z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.



– Dopiero w latach 80. ubiegłego wieku – po transformacji ustrojowej w roku 1989 – zniesiony został zakaz informowania o problemie narkotykowym w Polsce. W jaki sposób transformacja wpłynęła na problem narkotykowy w naszym kraju?

– Cenzurowanie informacji dotyczących problematyki narkomanii zostało częściowo złagodzone we wczesnych latach 80. ubiegłego wieku, a więc jeszcze za czasów reżimu komunistycznego. Wynikało to z faktu, że widoczność tego zjawiska w życiu społecznym stała się wręcz powszechna. W polskich miastach pojawiły się tzw. otwarte sceny narkotykowe, slangowo nazywane bajzlami. Powszechnym doświadczeniem stał się widok osób „przyćpanych” w pasażach czy na dworcach kolejowych. Wzrastała liczba uciążliwych przestępstw pospolitych popełnianych przez osoby uzależnione (kto pamięta te czasy, z łatwością przywoła sobie widok „łapiącego figury” narkomana oferującego do sprzedaży na bazarze koło zapasowe od polskiego fiata czy radio samochodowe), szpitale zaczęły

odnotowywać wzrastającą liczbę osób intoksykowanych, wymagających interwencji ratujących ich życie lub pacjentów potrzebujących detoksykacji. Osoby te zupełnie nie mieściły się w konwencji leczenia odwykowego alkoholików. Jednakże środowiskami, które pierwsze zaczęły doświadczać z jednej strony grozy skutków popadania w uzależnienie, a z drugiej pustki instytucjonalnej i organizacyjnej, jako odpowiedzi państwa na wyzwania powodowane przez epidemię polskiej heroiny (kompotu), były rodziny oraz osoby bliskie ofiar narkomanii. Z tych środowisk popłynęły pierwsze sygnały o potrzebie organizacji jakichkolwiek form reakcji na zjawisko i niesienia pomocy krewnym i przyjaciołom odczuwającym skutki sięgania po narkotyki przez ich bliskich. Na kanwie tych oddolnych inicjatyw narodził się fenomen aktywności organizacji pozarządowych w dziedzinie uzależnień, którego bezdyskusyjnym pionierem i protoplastą stał się Marek Kotański i Stowarzyszenie MONAR.

cd wywiadu na stronie 2.

Pierwsze reakcje prawne – ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – pojawiły się w roku 1985 i miały charakter wybitnie profilaktyczno-leczniczy, koncentrujący się na zdrowiu publicznym. W okresie transformacyjnym, po roku 1989, problem narkomanii nie stał się bezpośrednio przedmiotem zainteresowania władz publicznych, choć samo zjawisko zaczęło zaostrzać swój charakter w związku z pojawieniem się wielu innych zjawisk społecznych wpływających na jego rozwój i charakterystykę, takich jak wzrost bezrobocia, osłabienie funkcjonowania opieki zdrowotnej, obniżenie autorytetu szkoły, załamywanie się dotychczasowych wzorów, norm i zasad moralnych czy pojawienie się przestępczości zorganizowanej – zastępującej dotychczasowych głównych producentów i dystrybutorów narkotyków, którymi byli najczęściej sami uzależnieni. Z pewnością zjawiskiem wprost identyfikowanym w tym okresie z narkomanią, która manifestowała się przede wszystkim w formie dożylnego przyjmowania polskiej heroiny, stała się epidemia zakażeń wirusem HIV i wzrost zachorowań na AIDS.

– Jak wyglądały początki reagowania i radzenia sobie z problemem narkotykowym w Polsce?

– Jak już wspomniałem, początki reakcji na problem leżą po stronie społeczeństwa obywatelskiego, choć w latach 80. tego typu określenie jeszcze nie funkcjonowało. Formy terapii uzależnień pojawiły się w publicznej służbie zdrowia, ale miały bardzo ograniczony zasięg. Warto tu przywołać chociażby Ewę Andrzejewską i Zbigniewa Thille, choć takich osób było znacznie więcej. Należał do nich Marek Kotański, który zapoczątkował pionierskie zmiany w funkcjonowaniu oddziału leczenia narkomanii w szpitalu w Garwolinie, ale jego prawdziwie rewolucyjna rola objawiła się w wyprowadzeniu terapii uzależnień poza model stricte medyczno-psychiatryczny oraz uruchomieniu olbrzymiego potencjału społecznego, zainicjowaniu i rozwoju organizacji pozarządowej Stowarzyszenie MONAR. Wzorem MONAR-u zaczęły pojawiać się inne inicjatywy o charakterze świeckim i wyznaniowym, które w krótkim czasie zaowocowały powstaniem licznych organizacji pozarządowych, które stworzyły ofertę profilaktyczną i leczniczą dla osób uwikłanych w problematykę narkotyków i które

wypełniły lukę niezagospodarowaną przez instytucje państwowe i publiczne.

– W 1993 roku powołano Biuro ds. Narkomanii, pozostające w gestii Ministerstwa Zdrowia. Jakie były główne zadania tej instytucji w pierwszym okresie działania?

– Pojawienie się Biura powiązane było z procesem intensywniejszego włączania się struktur państwa w problematykę uzależnień i procesem lokowania ich w obszarze zdrowia publicznego. W 1993 roku minister zdrowia i opieki społecznej powołał do życia trzy instytucje: Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Biura ds. AIDS i Narkomanii, dziś znane pod szyldami Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W przypadku działań „alkoholowych” mieliśmy do czynienia bardziej z procesem umacniania i rozwijania istniejących już zasobów i struktur, z których wiele miało oparcie w instytucjach publicznych i państwowych, w tym we współpracy z jednostkami samorządowymi. W porównaniu z polityką alkoholową poziom zaawansowania struktur antynarkotykowych był bardzo skromny. Początkowo wysiłki zostały skoncentrowane na wspieraniu jedyne go poważnego gracza na tym rynku, tj. organizacji pozarządowych. Równoległe z tym procesem Biuro podjęło wiele inicjatyw zmierzających do podniesienia jakości i dostępności profilaktyki, programów redukcji szkód i terapii uzależnień, rozwoju zasobów ludzkich, szkoleń, rozwoju monitorowania i badań nad zjawiskiem, współpracy z samorządem czy włączenia się we współpracę międzynarodową.

– Kiedy opracowano pierwszą Krajową Strategię Przeciwdziałania Narkomanii? Na czym się ona koncentrowała?

– Różnego rodzaju inicjatywy i programy działań antynarkotykowych powstawały w Polsce od lat 80., jednak dopiero w roku 1999 uchwalony został Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001, który miał charakter kompleksowy, uwzględniający zarówno działania z zakresu redukcji popytu na narkotyki, jak i ograniczenia ich podaży. Miarą trudności przyjęcia tego nowatorskiego w tym czasie podejścia

niech będzie fakt, że uzgadnianie zrównoważonego podejścia do narkotyków (uwzględniającego w równym stopniu ważność zagadnień profilaktyczno-zdrowotnych, jak i problematyki walki z narkotykami i egzekwowania prawa) zajęło organom państwowym tak wiele czasu, iż Program został formalnie przyjęty dopiero pod koniec 1999 roku.

– Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wiązało się z przyjęciem obowiązków związanych z aktywnym działaniem w ramach Wspólnoty. Jakie w związku z tym były główne zmiany polityki narkotykowej w Polsce?

– Dotykamy tu tematu, który jest źródłem wielu nieporozumień. Wbrew obiegowym opiniom wpływ UE na krajową politykę narkotykową jest stosunkowo niewielki, ponieważ narkotyki przynależą do sfery zdrowia, a ta jest wyłączną kompetencją krajów członkowskich. Zobowiązania przedakcesyjne nakładały na nas obowiązek powołania do życia głównego ośrodka zajmującego się monitorowaniem narkotyków i narkomanii (Focal Point) współpracującego w ramach sieci REITOX z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w Lizbonie. W momencie wejścia Polski do UE ośrodek taki (polski Focal Point) istniał już w strukturach Biura od trzech lat, tj. od 2001 roku. Wejście do sieci REITOX w maju 2004 roku było już tylko zabiegiem formalnym, gdyż podjęte wcześniej działania umożliwiły stopniową harmonizację prac i wymianę porównywalnych w skali Unii danych i analiz pomiędzy stroną krajową a Lizboną.

Zmiany, jakie następowały w polskiej polityce narkotykowej, zachodziły stopniowo i wynikały bardziej z uwarunkowań krajowych niż z wpływów unijnych. Najczęściej jednak priorytety Unii i Polski były bardzo zbieżne. Jednym z pryncypiów Unii była i nadal pozostaje potrzeba uchwalania Strategii i Planów Działania UE w dziedzinie narkotyków. Jednakże przyjęcie takich dokumentów wynika wyłącznie z dobrej woli krajów członkowskich. Dokumenty te mają charakter wytycznych kierunkowych i są opracowywane na dość dużym poziomie ogólności. Wynika to z faktu, iż w materiałach tych trzeba uwzględnić specyfikę podejść do narkotyków i narkomanii wszystkich krajów członkowskich i jest to zadanie często karko-

łomne, ponieważ w Unii są reprezentowane skrajnie różne podejścia do problemu używania narkotyków, że przywołam tu tylko przykładowo model holenderski. Niewątpliwie jednym z efektów przystąpienia Polski do Unii była stopniowa harmonizacja działań i koncentrowanie ich wokół priorytetów kluczowych dla Unii jako całości, a przejawem tego procesu stało się m.in. powołanie w naszym kraju ciała koordynującego krajową politykę narkotykową, tj. Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

– W latach 1985–1997 problematykę narkotyków oraz narkomanii oraz kwestie odpowiedzialności karnej związane z nielegalnym obrotem narkotykami regulowała w Polsce Ustawa z dnia 31 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii. W jakim kierunku na linii leczenie – karanie zmieniały się w Polsce przepisy dotyczące przeciwdziałania narkomanii od lat 80. XX wieku do dziś?

– Regulacje ustawy z 1985 roku obowiązywały do roku 1997. Ewolucja modelu narkomanii z „problemu społecznego” w kierunku „modelu globalnego” – charakteryzującego się obecnością problematyki narkotyków i narkomanii we wszystkich sferach życia społeczeństwa i państwa – wymuszała potrzebę zmian prawnych umożliwiających m.in. walkę z problemami powiązаныmi z konsumpcją narkotyków, z zachowaniami patologicznymi czy przestępczością zorganizowaną. Wyrazem tych starań stała się ustawa z 1997 roku, która wprowadziła karalność za posiadanie narkotyków, ale wyłączała w praktyce z jej zakresu osoby posiadające nieznaczne ilości substancji na użytek własny. Rozwiązanie to pozwalało na zachowanie prymatu pierwszeństwa leczenia nad karaniem i pozwalało organom egzekwującym prawo na koncentrowanie ich działań na osobach wprowadzających substancje do obrotu, a nie na konsumentach, osobach uzależnionych lub używających narkotyków szkodliwie. Jednakże pod naciskiem mediów i niektórych organizacji pozarządowych w roku 2000 polska polityka narkotykowa została wpisana w amerykański model wojny z narkotykami (*war on drugs*) i posiadanie jakichkolwiek ilości narkotyków stało się przestępstwem zagrożonym karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 3. W efekcie tych działań nastąpiła kryminalizacja i nasiliła się stygmatyzacja środowiska

konsumentów narkotyków, co zawsze przekłada się na rozwój programów profilaktycznych i pomocowych. Szczególnie widoczne stało się to w Polsce po roku 2000 w kontekście znacznego ograniczenia dostępu i osłabienia rozwoju programów redukcji szkód. Próby odbudowania prymatu terapii nad karaniem pojawiły się w roku 2010 wraz z przyjęciem nowelizacji ustawy w kwestii tzw. dopalaczy. Zastosowano wobec tego zjawiska podejście administracyjne i skierowano działania instytucji egzekwowania prawa na osoby i podmioty wprowadzające nowe substancje psychoaktywne, jak dziś oficjalnie nazywamy dopalacze, do obrotu, a nie na ich konsumentów.

Krokiem niezmiernie ważnym z punktu widzenia zdrowia publicznego i pracy profilaktyczno-terapeutycznej z osobami uwikłanymi w używanie i uzależnienie od substancji zmieniających świadomość stało się wprowadzenie w roku 2011 do polskiego prawa narkotykowego elementów oportunistycznego. Rozwiązanie to daje możliwość niewszczywania lub umorzenia śledztwa w przypadku posiadania narkotyków w nieznaczej ilości, na własny użytek, po rozpoznaniu sytuacji sprawcy i przy braku interesu społecznego w ściganiu sprawcy czynu zabronionego. Dzięki takiemu mechanizmowi tysiące osób dostały co najmniej drugą szansę na rozwiązanie swoich problemów w duchu profilaktyki i terapii.

– Jakie były kroki milowe w rozwoju w Polsce systemu przeciwdziałania narkomanii?

– Obawiam się, że nie mamy tyle miejsca w Serwisie, aby omówić tak szeroko postawione zagadnienie. Zasygnalizuję więc tylko kilka zdarzeń, ale z pełną świadomością, iż będzie mi można zarzucić pominięcie wielu istotnych elementów tej historii. Koncentrując się tylko na rozwoju strukturalnym i instytucjonalnym, należy, moim zdaniem, jeszcze raz przywołać fenomen organizacji pozarządowych. Krokiem uruchamiającym procesy transformacji na pewno było powołanie do życia przez MZiOŚ najpierw Pełnomocnika ds. Narkomanii, a następnie Biura ds. Narkomanii. W roku 1997 policja uruchomiła w swoich strukturach Biuro ds. Narkotyków – którego tradycje są ciągle widoczne w pracy Centralnego Biura Śledczego. Powołanie wyspecjalizowanych instytucji przez ministrów właściwych

do spraw zdrowia i spraw wewnętrznych pozwoliło na zainicjowanie współpracy pomiędzy redukcją podaży a programami redukcji popytu i wypracowanie zrębów tzw. zrównoważonego podejścia do narkotyków i narkomanii. Rok 1999 zainicjował serię Krajowych Programów Przeciwdziałania Narkomanii, które w sposób kompleksowy, do roku 2016, były krajową odpowiedzią na problem narkotyków. W 2001 roku wpisaliśmy do katalogu prawnego działania z obszaru redukcji szkód oraz wspomniany już Focal Point. Rok ten to również data rozszerzenia kompetencji i zadań naszego Biura, które zostało przekształcone w instytucję koordynującą działania narkotykowe: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Z punktu widzenia rozwoju jakości terapii rok ten przyniósł początek certyfikowanych szkoleń terapeutów i instruktorów terapii uzależnień. W roku 2002, w ramach procesu przedakcesyjnego, powołana została, jako ciało koordynujące politykę narkotykową, Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii, i rozpoczęliśmy proces włączania samorządu terytorialnego w politykę narkotykową poprzez powołanie do życia sieci ekspertów wojewódzkich. Proces ten został uwieńczony w roku 2005, gdy, na mocy nowej ustawy z 29 lipca, w politykę narkotykową zostały włączone gminy. Procesowi temu towarzyszyło wskazanie źródeł finansowania gminnych i wojewódzkich programów narkotykowych i wdrożenie przez Biuro – korzystające z funduszy Unii – programów wspierania samorządów w przeciwdziałaniu narkomanii na szczeblu lokalnym. Maj 2004 roku to data nie wymagająca specjalnego uzasadnienia. Z mojej perspektywy istotne było to, iż do akcesji byliśmy przygotowani z wyprzedzeniem i bez żadnej zbędnej zwłoki czy nerwowości weszliśmy w oficjalne struktury unijne, które były dla nas otwarte już wcześniej i z czego skutecznie korzystaliśmy zarówno w kwestiach merytorycznych, jak i finansowych. Kolejne lata przyniosły nam Kodeks Etyczny Terapeuty Uzależnień, rozszerzenie zakresu badań naukowych nad problematyką uzależnień oraz – krok milowy w zakresie podniesienia jakości i skuteczności profilaktyki – wdrożenie z inicjatywy Biura, wspólnego projektu z PARPA, MEN, IPiN – systemu rekomendacji programów profilaktycznych. Wydarzeniem, które w moim rozumieniu zapoczątkowało proces zmiany w generalnym postrzeganiu

problematyki uzależnień była inicjatywa Krajowego Biura i wystąpienie do ministra zdrowia z wnioskiem o powierzenie od roku 2010 dyrektorowi Biura zarządzania w imieniu ministra Funduszem Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W opiniach wielu środowisk istotne stało się postrzeganie uzależnień jako całego kompleksu powiązanych ze sobą zjawisk, oderwanych od kontekstu wyłącznie chemicznego. Powszechnie rejestrowana politoksykomania, związki uzależnień behawioralnych z chemicznymi, fenomen NSP, zmiany w postrzeganiu uzależnień w międzynarodowych dyskusjach nad klasyfikacją chorób (ICD, DSM), odchodzenie od myślenia w kategoriach patologii w kierunku redukcji czynników ryzyka i wzmacniania czynników chroniących, czy wreszcie doświadczenia innych krajów oraz części polskich samorządów, skłoniły władze do wypracowania koncepcji integracji problematyki uzależnień w obszarze zdrowia publicznego. Efektem tych procesów stało się przyjęcie w roku 2015 ustawy o zdrowiu publicznym i w ślad za nią rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia (który „wchłonął” m.in. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii jako dokument samodzielnie istniejący), którego cel operacyjny 2 definiuje się jako profilaktykę i rozwiązywanie problemów z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych i innych zachowań ryzykownych. Powyższe rozwiązania stanowią podstawę obecnego i przyszłego funkcjonowania Biura.

– ***Jak organizacje pozarządowe uczestniczą w przeciwdziałaniu narkomanii w naszym kraju?***

– Oceniamy, że około 80% działań z obszaru terapii, prawie 100% z dziedziny redukcji szkód oraz około 90% aktywności profilaktycznych dokonuje się z udziałem NGO. Partycypację NGO w polityce narkotykowej uważam za jeden z kluczowych czynników umożliwiających skuteczne ograniczanie skutków uzależnień w naszym kraju.

– ***Co dotychczas udało się zrobić, jakie są główne sukcesy polityki narkotykowej w naszym kraju?***

– W dziedzinie uzależnień, a szczególnie narkotyków, rozmowa o sukcesach to ryzykowne zadanie. Jeśli spojrzymy na zagadnienie z perspektywy ba-

dań epidemiologicznych to, posługując się danymi z różnych źródeł naukowych, możemy stwierdzić, że osiągnęliśmy stan, w którym jedynym narkotykiem, którego konsumpcja wykazuje cechy wzrostu, jest marihuana – choć i w tym obszarze widzimy tendencje spowalniające. Porównania wskaźników polskich np. z unijnymi w obszarze ilości problemowych użytkowników narkotyków na 1000 mieszkańców, zgonów skorelowanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych czy dynamiki nowych zakażeń HIV pokazuje, że sytuacja w naszym kraju jest zdecydowanie lepsza niż w większości Europy. Ale przecież jesteśmy świadomi, że tzw. obiektywne wskaźniki najczęściej nie mają żadnej wartości dla opinii publicznej, mediów czy polityków w konfrontacji z nawet pojedynczymi czy indywidualnymi i tragicznymi konsekwencjami przyjmowania substancji lub podejmowania zachowań ryzykownych. Tak długo, jak ludzie cierpią, tak długo lepiej nie mówić o sukcesach, a po prostu trzeba nie poddawać się i pracować.

– ***A jakie porażki zanotowaliśmy w walce z narkomanią, jakie są bariery w efektywnym rozwiązywaniu problemu?***

– Jedno zagadnienie jest grzechem, z którym nie potrafimy sobie w Polsce poradzić i w którym jak w soczewce skupiają się nasze fobie narkotykowe i niekonsekwencja działań. To problem dostępu do terapii substytucyjnej. Mamy dobre i długie z perspektywy Europy doświadczenia, pozytywne wyniki ewaluacyjne, świetnie wyszkolone kadry, mamy nawet środki finansowe. I ciągle są obszary w kraju, w których dostęp do terapii zastępczej jest zerowy. To jest kwestia mentalności, która ciągle nie pozwala nam w pełni zaakceptować faktu, że uzależnienie należy do grupy chorób przewlekłych, a te z natury swojej potrafimy leczyć najczęściej tylko objawowo. Terapia podtrzymująca jest ciągle jeszcze uznawana przez niektórych jako źródło legalnego „ćpania”. A przecież człowiek z problemem uzależnienia to taki sam chory jak każdy inny. Pomagając mu, czynimy środowisko wokół nas zdrowszym i bezpieczniejszym.

– ***Na czym aktualnie Krajowe Biuro szczególnie się skupia? Jakie będą najważniejsze kierunki działań w najbliższej przyszłości?***

– Jestem przekonany, że zrobiliśmy wiele dobrego, ale przecież wszystko to wymaga codziennej „pielęgnacji” oraz permanentnej uwagi i zaangażowania. Pamiętam dobrze pozytywne wyniki badań epidemiologicznych z początku XXI wieku. A w roku 2008 wybuchł problem „dopalaczy” i przeorał nasze myślenie i działania ilościowo i jakościowo. Wszystko jest ważne: jakość i dostęp do profilaktyki, redukcji szkód i terapii, monitoring i badania, współpraca z samorządami i społeczeństwem obywatelskim, koordynacja działań na poziomie samorządowym, krajowym i międzynarodowym, zmiany legislacyjne, nie zapominając o finansach i inwestowaniu w infrastrukturę i zasoby ludzkie. Z pewnością hierarchie celów będą ewoluowały w zależności od sytuacji. Wydaje się, że najbliższy czas to kwestia rozszerzenia dostępu do terapii substytucyjnej (dostęp do leków w trybie aptecznym), przeciwdziałanie zagrożeniom, jakie niesie dla środowisk użytkowników i pracowników różnych instytucji kontakt z syntetycznymi opioidami (fentanylami), wzmacnianie systemowe leczenia uzależnień (kwestia Centrów Leczenia Uzależnień) czy

też zagadnienia integrowania problematyki uzależnień na poziomie lokalnym, regionalnym i centralnym. Kwestie techniczne i rozwiązania systemowe zawsze będą dla mnie pochodną przyjętych zasad etycznych i profesjonalnych. Z wielkim zadowoleniem obserwuję ewolucję postaw wobec osób dotkniętych uzależnieniami: odchodzenie od definicji patologii w kierunku choroby czy zachowań ryzykownych i wzmacniania czynników chroniących, dawanie pierwszeństwa sprawom zrozumienia potrzeb i ograniczeń człowieka, co manifestuje się m.in. wzrostem poziomu akceptacji dla hasła, takich jak „prymat leczenia nad karaniem” czy wzrostem wrażliwości na ludzkie cierpienie i nadzieją jego powstrzymania, czego przykładem stał się dostęp do leków recepturowych na bazie ziela koniczyny. Wierzę, że podejścia sytuujące pomoc człowiekowi w centrum uwagi władz i instytucji, wspierane autorytetem nauki i dobrych praktyk, będą decydujące dla przyszłości problematyki uzależnień w naszym kraju, a więc i dla przyszłości Krajowego Biura.