



AKADEMIA KALISKA

im. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO

RADA NAUKOWA DYSCYPLINY NAUK O BEZPIECZEŃSTWIE

mgr Kaja Kasprzak

Rozprawa doktorska

na temat:

**Wpływ nowych substancji psychoaktywnych
na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej**

Promotor:

prof. dr hab. inż. Jarosław Wołęjszo

KALISZ

Luty 2023

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE	5
WSTĘP.....	10
1. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH.....	18
1.1. Uzasadnienie wyboru tematu	18
1.2. Przedmiot badań i cele badawcze	21
1.3. Problem badawczy	21
1.4. Hipotezy robocze	22
1.5. Metody, techniki i narzędzia badawcze	24
1.6. Dobór i charakterystyka próby badawczej.....	31
1.7. Ogólna charakterystyka terenu badań	35
1.8. Charakterystyka procedury badawczej, w tym wskazanie etapów i harmonogramu pracy badawczej.....	35
2. BEZPIECZEŃSTWO SPOŁECZNE W UNII EUROPEJSKIEJ	38
2.1. Bezpieczeństwo społeczne – wyjaśnienie zagadnienia	39
2.2. Działania realizowane przez międzynarodowe, krajowe i pozarządowe instytucje oraz przez obywateli.....	44
2.2.1. Działania realizowane przez Unię Europejską	44
2.2.2. Działania realizowane przez kraje członkowskie Unii Europejskiej.....	55
2.2.3. Działania realizowane przez organizacje pozarządowe	81
2.2.4. Działania realizowane przez obywateli Unii Europejskiej.....	82
2.3. Podaż narkotykowa w Unii Europejskiej – zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego	84
2.4. Popyt na narkotyki w Unii Europejskiej – zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego	88
2.5. Profilaktyka uzależnień od narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych	90
2.6. Weryfikacja hipotez	127
2.7. Wnioski	131
3. NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE JAKO WIELOWYMIAROWE ZAGROŻENIA DLA UNII EUROPEJSKIEJ.....	132
3.1. Nowe substancje psychoaktywne – pierwsze informacje o nich w krajach Unii Europejskiej	133
3.2. Nowe substancje psychoaktywne – historia zjawiska.....	136
3.3. Zasadnicze tendencje rozwoju rynku nowych substancji psychoaktywnych w krajach Unii Europejskiej w XXI wieku.....	143
3.4. Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne konteksty oraz następstwa rozwoju rynku nowych substancji psychoaktywnych.....	152
3.5. Internet jako nowe źródło podaży i promocji nowych substancji psychoaktywnych	159

3.6. Weryfikacja hipotez	171
3.7. Wnioski	175
4. USPRAWNINIENIA KONCEPCJI PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO ZWALCZANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W CELU POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO	177
4.1. Wyniki badań	179
4.2. Weryfikacja hipotez	237
4.3. Propozycja programu profilaktycznego	258
4.4. Działania, jakie należy podjąć w ramach walki z problemem narkotykowym na podstawie przeprowadzonej ankiety.....	266
4.5. Podsumowanie problemu z nowymi substancjami psychoaktywnymi	271
ZAKOŃCZENIE.....	273
BIBLIOGRAFIA.....	277
SPIS RYSUNKÓW	309
SPIS TABEL	314
WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW.....	318

STRESZCZENIE

Dysertacja pt. „*Wpływ nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej*” stanowiła próbę oceny zagrożeń związanych z zażywaniem nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w kontekście bezpieczeństwa społecznego w Polsce, Francji oraz Holandii. Obecnie regularnie słyszy się o rozwoju rynku NSP, a podejście do problemu jest odmienne w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej (UE). Rosnąca liczba omawianych substancji dostępnych na rynku wewnętrznym, ich różnorodność, szybkość, z jaką się pojawiają i rozprzestrzeniają, zagrożenia społeczne, zdrowotne, ekonomiczne oraz kryminalistyczne, które wynikają z tego problemu, a także rosnąca liczba zażywających omawiane substancje osób – to wszystko stanowi ogromne wyzwanie dla organów publicznych oraz służb medycznych.

Głównym motywem napisania niniejszej dysertacji był brak oceny wpływu NSP na bezpieczeństwo społeczne w krajach UE, która w konkretny sposób wskazywałaby źródła zagrożeń oraz nakreślała kierunki i sposoby implementacji zmian w obszarze badawczym.

Ta rozprawa doktorska wpisuje się w nauki o bezpieczeństwie przede wszystkim dlatego, że zawiera i jednocześnie wskazuje nowe horyzonty poznawcze, opierające się na rozważaniach autorki, która przeprowadziła wnikliwą analizę literatury przedmiotu oraz materiału empirycznego, ale również dlatego, że podejmuje próbę ukazania koncepcji zmian w obszarze profilaktyki narkotykowej. W dysertacji zostały szeroko omówione zagrożenia ekonomiczne, zdrowotne, społeczne i kryminalistyczne, które, mimo że są w znacznym stopniu rozpoznawalne, nadal nie zniechęcają ludzi do zażywania nowych substancji psychoaktywnych – nawet tych świadomych, zdających sobie sprawę z ich szkodliwości i destrukcyjnego działania na organizm.

Możliwość poznania od wewnątrz środowiska związanego z instytucjami europejskimi pozwoliła autorce zdefiniować obszary problemowe, które przyczyniły się do oceny poziomu bezpieczeństwa społecznego w zakresie profilaktyki narkotykowej.

Struktura rozprawy obejmuje część teoretyczną i empiryczną. Składa się ze wstępu, czterech rozdziałów, zakończenia, bibliografii, spisu rysunków, spisu tabel oraz załączników. W celu weryfikacji postawionych hipotez w drugim, trzecim i czwartym rozdziale podstawowym testem, który został wykorzystany w analizach statystycznych, jest test Chi-kwadrat Pearsona na niezależność zmiennych. Stosowany był głównie dla pytań zbudowanych na skalach nominalnych. Do określenia siły związku wykorzystane zostały współczynniki oparte na teście: Phi oraz V Kramera.

W pierwszym rozdziale pt. „*Metodologia badań własnych*” została poruszona tematyka przedmiotu oraz cel badań naukowych. Przedstawiono problem badawczy, jak również hipotezy: główną oraz szczegółową. Opisane zostały metody empiryczne i teoretyczne, techniki i narzędzia badawcze. Przedstawiony został także obszar i teren badań oraz scharakteryzowano próbę badawczą.

Do głównego problemu badawczego rozprawy doktorskiej należało następujące pytanie: *Jaki jest wpływ nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej?*

Do celu dysertacji i problemów badawczych na podstawie stanu wiedzy i analizy literatury przedmiotu oraz prognozowanych zmian przyjęto główną hipotezę: *nowe substancje psychoaktywne mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej. Zagrożają one zdrowiu psychofizycznemu i życiu człowieka, doprowadzając do uzależnień, przedawkowań, a nawet śmierci. W dłuższej perspektywie wpływa to destrukcyjnie na relacje ze środowiskiem oraz prowadzi do wzrostu przestępczości wśród nieletnich, agresji, znieczulicy moralnej, manipulacji, terroryzmu lub seryjnych morderstw. Zażywanie NSP oddziałuje także na gospodarkę państw UE, najbardziej obciążając system zdrowotny – w tym ośrodki zdrowia – generując wysokie koszty leczenia osób uzależnionych. Dodatkowo brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych, takich jak wspieranie użytkowników NSP i ich rodzin, wprowadzenie leczenia substytucyjnego, redukcji szkód zdrowotnych czy programów zapobiegających przedawkowaniu również negatywnie wpływa na obniżenie poczucia bezpieczeństwa społecznego.*

Drugi rozdział pt. „*Bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej*” skupiał się na działaniach prawnych i organizacyjnych realizowanych przez instytucje na szczeblu unijnym oraz krajowym względem poprawy bezpieczeństwa społecznego. W aspekcie prawnym przybliżono akty normatywne oraz działania Unii Europejskiej od 1993 roku w zakresie polityki antynarkotykowej. Skupiono się także na tworzeniu bezpieczeństwa społecznego przez pryzmat polityki przeciwdziałania przestępczości narkotykowej na przykładzie wybranych krajów: Polski, Francji i Holandii. Nakreślono również działania profilaktyki narkotykowej.

W rozdziale trzecim pt. „*Nowe substancje psychoaktywne jako wielowymiarowe zagrożenia dla Unii Europejskiej*” zostały określone zagrożenia związane z zażywaniem NSP oraz najbardziej istotne problemy ekonomiczne, społeczne, zdrowotne i kryminalistyczne. Przedstawiono rolę internetu jako dominującą formę sprzedaży tego typu substancji.

W rozdziale czwartym pt. „*Usprawnienia koncepcji programu profilaktycznego zwalczania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego*” została opracowana koncepcja nowoczesnego programu profilaktycznego w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Nakreśliła ona kierunki zmian mających na celu poprawę bezpieczeństwa społecznego wśród Europejczyków. Zmiany te dotyczą m.in. usprawnienia wymiany informacji między instytucjami na temat NSP, opierania się na dowodach, udostępniania rzetelnych danych na temat szkodliwości nowych substancji psychoaktywnych do publicznej informacji, łączenia usług na wielu poziomach (medycznych, prawnych itp.) i wiele innych.

Rozprawa doktorska wyczerpuje główne zagadnienia badawcze poparte wnikliwą analizą literatury, materiału empirycznego, przypadku oraz wyborem i zastosowaniem właściwych metod badawczych. W treści dysertacji autorka od początku do końca omówiła zagadnienia obejmujące tematykę bezpieczeństwa społecznego w wybranych krajach Unii Europejskiej: Polski, Francji oraz Holandii.

Słowa kluczowe: nowe substancje psychoaktywne, bezpieczeństwo społeczne, profilaktyka narkotykowa, program profilaktyczny, wielowymiarowe zagrożenia

SUMMARY

The dissertation entitled *The impact of new psychoactive substances on societal safety in the European Union* was an attempt to assess the risks associated with the use of new psychoactive substances (NPS) in the context of societal safety in Poland, France, and the Netherlands. Nowadays, we are hearing about the development of the NPS market on a regular basis, and the approach to the problem varies from one Member State of the European Union to another. The growing number of such substances available on the internal market, their diversity and the speed with which they appear and spread, the social, health, economic and forensic risks that arise from this problem, as well as the increasing number of people using these substances - all pose a huge challenge for public authorities and medical services.

The main motive for writing this dissertation was the lack of an assessment of the impact of NPS on societal safety in EU countries, which would concretely identify the sources of threats and outline strategies and ways to implement changes in the research area.

This dissertation belongs in the field of security sciences primarily because it contains, and at the same time indicates new cognitive horizons based on the considerations of the author, who conducted a thorough analysis of the literature on the subject and empirical material, but also because it attempts to show the concept of change in the area of drug prevention. The dissertation extensively discusses the economic, health, social, and criminal threats, which, despite being largely recognized, still do not deter people from using new psychoactive substances - even those aware of their harmfulness and destructive effects on the body.

The experience of knowing the environment of the European institutions from the inside allowed the author to define the problem areas, which contributed to the assessment of the level of societal safety in the drug prevention field.

The structure of the dissertation includes theoretical and empirical elements. It consists of an introduction, four chapters, a conclusion, a bibliography, a list of figures, tables, and appendices. To verify the hypotheses in the second, third, and fourth chapters, the primary test used in the statistical analyses is Pearson's Chi-square test for independent variables. It was mainly used for questions built on nominal scales. Coefficients based on the aforementioned test, Phi and Kramer's V, were used to determine the strength of the relationship.

The first chapter, entitled *Methodology of own research*, addresses the subject matter and purpose of the research. The research problem, as well as the main and detailed hypotheses, are presented. Empirical and theoretical methods, research techniques, and tools are described. The research area is outlined and the research sample is characterized.

The main research problem of the dissertation included the following question: *What is the impact of new psychoactive substances on societal safety in the European Union?*

For the dissertation and research problems based on the state of knowledge and analysis of the literature on the subject, as well as projected changes, the main hypothesis was adopted: *new psychoactive substances have a negative impact on societal safety in the European Union. They threaten psychophysical health and human life, leading to addictions, overdoses, and even death. In the long term, it has a destructive effect on relationships with the environment and leads to an increase in juvenile crime, aggression, moral desensitization, manipulation, terrorism, or serial murders. NPS use also affects the economies of EU countries, putting the most strain on their health systems - including health centers - generating high treatment costs for addicts. In addition, the lack of preventive measures on the part of public institutions, such as support for NPS users and their families, the introduction*

of substitution treatment, health harm reduction, or overdose prevention programs, also has a negative impact on reducing the sense of societal safety.

The second chapter, entitled *Societal Safety in the European Union*, focuses on legal and organizational measures implemented by institutions at the EU and national levels towards improving societal safety. In the legal aspect, since 1993, normative acts and activities of the European Union in the field of drug policy, brought closer together. It also examines the creation of societal safety through the prism of drug crime prevention policy, with examples from selected countries: Poland, France, and the Netherlands. Finally, drug prevention activities are also outlined.

The third chapter, entitled *New Psychoactive Substances as the Multidimensional Threats to the European Union*, identifies the dangers of NPS use and the most significant economic, social, health, and criminal harms. The role of the Internet as the dominant form of selling this type of substance is portrayed.

The fourth chapter, entitled *Improvements to the concept of a prevention program to combat new psychoactive substances in order to improve societal safety*, develops the concept of a modern prevention program to combat new psychoactive substances. Furthermore, it outlines directions for change to improve societal safety among Europeans. These changes include, for example, improving the exchange of information between institutions on NPS, relying on evidence, making reliable data available to the public on the harmfulness of new psychoactive substances, combining services at multiple levels (medical, legal, etc.) and much more.

The dissertation exhausts the main research issues supported by a thorough analysis of the literature, empirical material, the case, and the selection and application of appropriate research methods. In the content of the dissertation, the author discusses the full range of issues around societal safety in selected countries of the European Union: Poland, France, and the Netherlands.

Keywords: new psychoactive substances, societal safety, drug prevention, prevention program, multidimensional threats

WSTĘP

Analiza literatury wskazuje, że w krajach Unii Europejskiej (UE) zagrożenie ze strony nowych substancji psychoaktywnych (potocznie nazywanych NSP lub dopalaczami) jest ciągle mniejsze niż w przypadku tzw. klasycznych narkotyków, szczególnie tych ujętych na liście substancji zakazanych Konwencji ONZ (dominujące substancje na rynku europejskim to pochodne konopi indyjskich, amfetamina, opiaty i kokaina).

NSP nie są jednak problemem, który należy bagatelizować, dlatego w 2005 roku stworzono system umożliwiający wykrywanie nowych substancji psychoaktywnych, działają też mechanizmy oceny ich zagrożeń pozwalające na wprowadzenie zakazu spożywania oraz handlu dopalaczami na terenie całej Unii Europejskiej. Jednak pomimo pewnej skuteczności jest to „polityka pożarowa” – realizowana *post factum*.

Dostępne opracowania ukazują interdyscyplinarność tego zagadnienia, a także zasadność podejmowania go w perspektywie medycznej (toksykologia, psychiatria, medycyna ratunkowa), pedagogicznej (profilaktyka społeczna, pedagogika porównawcza, profilaktyka uzależnień), socjologicznej (socjologia dewiacji), prawnej i kryminologicznej, etyczno-moralnej, ekonomicznej (ekonomia szarej strefy), a ujmowane tu zjawiska czy problemy dotyczą m.in.:

- zwiększenia odsetka osób mających za sobą pierwszorazowy i kolejny kontakt z narkotykami (w tym NSP)¹;
- coraz bardziej powszechnego zjawiska używania narkotyków i NSP przez ludzi bardzo młodych;
- różnorodności modeli polityki narkotykowej i profilaktyki narkomanii;
- pojawienia się nowej generacji narkotyków znanych jako dopalacze albo środki zastępcze i ich bardzo szybkich modyfikacji;

¹ W 2011 r. przeprowadzono badanie, w którym wzięło udział ponad 12 tysięcy osób w wieku 15-24 lata. Oszacowano wówczas, że 5% młodych Europejczyków przynajmniej raz zażyło NSP (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie 2011*, Luksemburg 2011, s. 105-111). Natomiast według raportu EMCDDA z 2016 r. nowe substancje psychoaktywne używało w ciągu jednego roku 3% osób w wieku 15-24 lata oraz 8% osób w tym samym wieku przynajmniej raz w życiu. Badanie obejmowało ankietowanych z Unii Europejskiej (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport Narkotykowy: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016 s. 15).

- poszerzenia listy typów narkotyków dostępnych na nielegalnym rynku oraz wzrost użytku niemedycznego leków przepisywanych zarówno przez lekarzy, jak i bezreceptowych¹;
- wzrostu znaczenia internetu jako miejsca popularyzacji narkotyków i NSP oraz propagowania sposobów (modeli) używania tych substancji;
- rosnących kosztów zwalczania przestępczości narkotykowej, analizy chemicznej nowych substancji, a także coraz bardziej skomplikowanego procesu leczenia i rehabilitacji chorych;
- wyzwania wobec włączania osób leczonych do sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie oraz przeciwdziałania ich stygmatyzacji;
- rosnących wpływów i potencjałów ekonomicznych świata przestępczego (narkotykowego) oraz prób wpływania na politykę lokalną i centralną².

Lista ta nie zamyka problemów, z którymi spotykają się władze lokalne, państwa i instytucje międzynarodowe czy badacze z różnych dziedzin nauk. W wielu aspektach problemu narkotykowego mamy do czynienia z potęgowaniem zagrożeń bezpieczeństwa społecznego do tego stopnia, że niektóre z nich wymknęły się spod kontroli. Przyczyną takiej sytuacji jest m.in.:

- przeniesienie znaczącej części ofert dopalaczowych do internetu, co utrudnia walkę z tego typu przestępczością;
- poszerzenie się transakcji nielegalnego rynku narkotykowo-dopalaczowego w oparciu o kryptowaluty, co poszerza szarą strefę i wzmacnia finansowy potencjał narko-biznesu;
- rozszerzenie rynku podaży substancji nielegalnych, co zwielokrotnia zyski grup przestępczych do tego stopnia, że podejmują one próby udziału w legalnym życiu polityczno-ekonomicznym.

¹ Zatrucia lekami w Polsce stanowią około 1/3 wszystkich zatruć substancjami psychoaktywnymi.

² Produkcja oraz handel narkotykami należą do jednego z najbardziej dochodowych biznesów. Stanowią jedną piątą światowych wpływów z działalności przestępczej. Marokańskie zorganizowane grupy przestępcze wykorzystują powiązania ze społecznościami marokańskich emigrantów w Europie. Współpracują także z europejskimi grupami przestępczymi uczestniczącymi również w innych rodzajach działalności przestępczej lub w terroryzmie. Dzięki temu wypracowały sobie swoje pozycje na rynku i są obecnie importerami ogromnych ilości haszyszu. Coraz większa liczba organizacji przestępczych zaangażowana jest także w przemyt kokainy. Jednak hurtowy import do Europy pozostaje wciąż zdominowany przez kolumbijskie i włoskie zorganizowane grupy przestępcze (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Euro-pol, *Raport o rynku narkotykowym w UE, Przegląd strategiczny*, Luksemburg 2016, s. 11-27).

Znaczenie sygnalizowanego tu problemu podkreśla fakt, że jest on przedmiotem analiz podejmowanych m.in. przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ)¹, Światową Organizację Zdrowia (WHO)², Komisję Europejską (KE)³ wraz z Parlamentem (PE)⁴ i Radą⁵. Od co najmniej dekady dyskusje te dotyczą nie tylko klasycznych narkotyków, ale także dopalaczy. Używanie tych drugich skutkuje tysiącami ciężkich zatruc oraz trudną do zatrzymania falą wypadków śmiertelnych⁶.

Rozwój tego zagrożenia jest trudno wytłumaczalny w społeczeństwach wiedzy, stąd pojawia się wiele koncepcji analizujących zjawisko i jego przyczyny. W Polsce pierwszymi badaczami, którzy zwrócili uwagę na rozwój narkomanii, jej implikacje oraz konieczność opracowania programów profilaktycznych byli Kazimierz Frieske i Ryszard Sobiech⁷, a także Zbigniew Thielle i Ludomir Zgirski⁸. Ogromny wkład w analizę zagadnienia wnieśli Czesław Cekiera, Zygfryd Juczyński, Brunon Hołyst, Marek Dziewiecki, Aleksander Markiewicz, Janusz Sierosławski i Zbigniew Gaś. Liczne ważne studia problemu powstały w lokalnych ośrodkach akademickich, m.in. w Akademii Humanistycznej w Pułtusku, Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wyższej Szkole Biznesu w Dąbrowie Górniczej.

Bez wątplenia zjawiskiem powszechnie występującym, a mającym wpływ na rozwój problemów narkotykowych, są liberalne polityki legalizujące niektóre z tych substancji. Jednocześnie różnorodność podejść do legalizacji narkotyków – zwłaszcza marihuany – jest polem ogromnych sporów społecznych i politycznych. Część opinii publicznej oraz profesjonalistów oczekuje legalizacji tzw. lekkich narkotyków w nadziei na zmniejszenie podaży substancji bardziej szkodliwych. Inni uważają, że legalizacja jest porażką dotychczasowych modeli profilaktyki.

¹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2014*, Vienna, 2014.

² World Health Organization (WHO), *Health for the World's Adolescents, A second chance in the second decade*, Geneva, 2014.

³ *Report from the Commission to the European Parliament and the Council on progress in the EU's 2013-2020 Drugs Strategy and 2013-2016 Action Plan on Drugs*, COM(2015) 584, Brussels, 2014.

⁴ *Rezolucja ustawodawcza Parlamentu Europejskiego z dnia 17 kwietnia 2014 r. w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych (COM(2013)0619 – C7-0272/2013 – 2013/0305(COD))*, Bruksela, 2014.

⁵ Strategia antynarkotykowa UE na lata 2013–2020 z dn. 29.12.2012 roku, Rada, Zalecenia (Dz. Urz. UE c 402/1).

⁶ Na przykład z zażyciem nowych opioidów takich jak acetyl-fentanyl powiązано 32 zgony osób w Europie, dlatego substancja ta stała się obiektem wspólnego raportu EMCDDA i Europolu w 2015 r. Z kolei z użyciem syntetycznych kannabinoidów powiązано ponad 200 interwencji szpitalnych, do których doszło w okresie krótszym niż tydzień. Z substancją alfa-PVP, będącą na rynku od 2011 r, wykrytą w 28 krajach członowych powiązано 191 ostrych zatruc i 115 zgonów (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016, s. 53-70).

⁷ K. Frieske, R. Sobiech, *Narkomania. Interpretacja problemu społecznego*, Warszawa 1987, s. 265-289.

⁸ Z. Thielle, L. Zgirski, *Toksykomanie: Zagadnienia społeczne i kliniczne*, Warszawa 1976, 170 s.

Niebagatelne znaczenie w kreowaniu pronarkotykowych stanowisk należy przypisać popularności marihuany, która zyskuje coraz silniejszy status używki rekreacyjnej (w ocenie szerokich rzesz społeczeństw europejskich podobnej do alkoholu), a jej podaż na rynkach krajów UE pokazuje nieskuteczność działań jednostek policji oraz instytucji bezpieczeństwa i edukacji poszczególnych krajów. Marihuana jest od dwóch dekad najpopularniejszym narkotykiem we wszystkich krajach UE i najczęściej przyjmowanym przez młodzież¹. Jej używanie – podobnie jak w latach 60. XX wieku (tzw. pokolenie dzieci kwiatów) – zostało niemal powszechnie zaakceptowane przez młodzież; dostęp do tego narkotyku ma od 1/4 do 1/3 populacji młodych ludzi w krajach UE. Równolegle obserwujemy ogólnoeuropejski krach edukacji profilaktycznej w zakresie zapobiegania używaniu narkotyków i NSP. Choć zahamowano tendencje wzrostowe, to odsetek młodych ludzi deklarujących zażywanie omawianych substancji, w ostatniej dekadzie jest najwyższy od czasu podjęcia badań tego problemu. Już te dane i uwagi zachęcają do podjęcia szerszych studiów nad zjawiskiem narkomanii, jej profilaktyki oraz przeciwdziałania przestępczości narkotykowej.

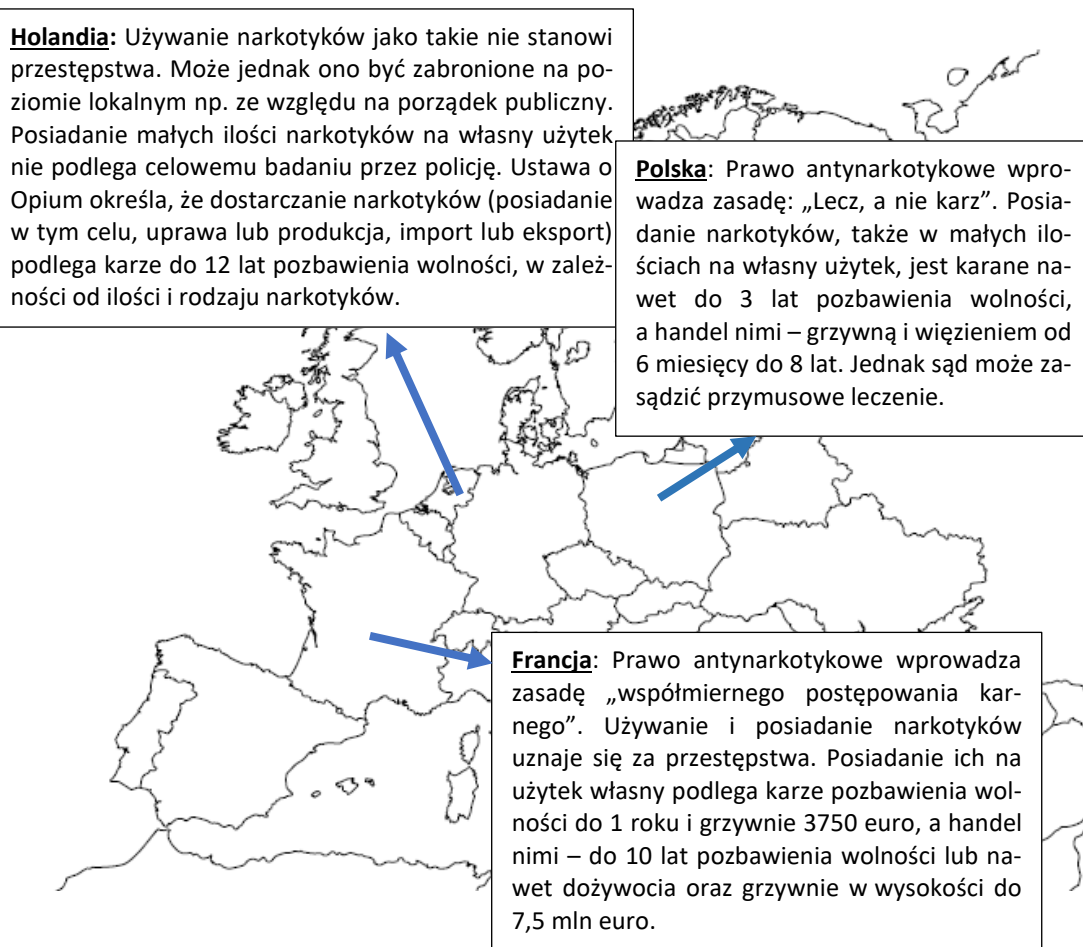
Jeżeli chodzi o NSP, na wstępie należy wskazać, że nie są one inną czy nową grupą substancji narkotycznych. To po prostu narkotyki nowej generacji, działające podobnie, jak substancje znane od wielu dekad, ale cechujące się bardzo dużym potencjałem uzależnienia (szczególnie psychicznego), koniecznością długotrwałej terapii oraz ryzykiem trwałych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Mają także najwyższy znany potencjał śmiertelności po pierwszym zażyciu. Substancje te stały się polem intensywnego zainteresowania świata przestępczego, który dostrzegł w nich luki prawne pozwalające na masową podaż (na rynku realnym i w internecie)².

Za naukowym zajęciem się problematyką profilaktyki wobec używania NSP (w kontekście tytułu dysertacji) przemawia co najmniej pięć faktów:

1. Kraje członkowskie UE realizują zupełnie odmienne polityki (programy profilaktyki) w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom narkotykowym (poza wspólnym podejściem do zwalczania przestępczości) i wprowadzają odmienne rozwiązania prawne (rys. 0.1.);

¹ Około 22 milionów dorosłych Europejczyków miało kontakt z konopiami w ciągu 2015 r., a ok. 1% pełnoletnich obywateli UE sięga po nie niemal codziennie (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku narkotykowym w UE, Przegląd strategiczny*, Luksemburg 2016, s. 7-9).

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku narkotykowym w UE, Przegląd strategiczny*, Luksemburg 2016, s. 28-31.



Rys. 0.1. Niektóre europejskie polityki narkotykowe

Źródło grafiki i danych: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Poland, Country Drug Report 2017* Luxembourg, 2017, s. 2; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *France, Country Drug Report 2017*, Luxembourg, 2017, s. 4; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2017*, Luxembourg, 2017, s. 4.

2. Podaż NSP wykazuje dużą dynamikę wzrostową w skali całej podaży rynku narkotykowego – w niektórych krajach to ponad 10% całego rynku nielegalnych substancji. Jednocześnie siła działania oraz uzależnienia nowych substancji psychoaktywnych przekracza wszystkie do tej pory znane narkotyki, a ich specyficzną cechą jest bardzo silne działanie na OUN oraz układy krążenia i oddechowy, co tworzy ogromne wyzwanie dla profilaktyki i całej służby zdrowia. Wiemy także, że mechanizm podaży internetowej jako główne źródło zaopatrzenia w NSP zwiększa ich dostępność dla ludzi młodych, często nieświadomych zagrożenia – tę tendencję widać w zatruciach. Internet, jako narzędzie handlu w globalizującej się gospodarce, stał się podstawowym źródłem zaopatrzenia w tego typu narkotyki¹;

¹ Dotyczy to klasycznego internetu i tzw. *darknetu* (TOR).

3. Instytucje UE podejmują próby nadania problematyce przeciwdziałania jednolitego rysu i kierunku, jednak powinny podjąć dodatkowe wysiłki, aby ograniczyć problemy zdrowotne, społeczne, rozwojowe i gospodarcze wynikające ze spożywania narkotyków. Istnieją dowody na to, że do jednego z najbardziej skutecznych i opłacalnych podejść w zakresie zwalczania tego zjawiska przez służby zaangażowane m.in. w zapobieganie czy ograniczanie szkód należy partnerska współpraca z organizacjami wolontariuszy i usługodawcami;
4. Rozwiązania prawne oraz profilaktyczne stosowane w poszczególnych krajach i w Unii Europejskiej jako całości nie hamują podaży nowych substancji psychoaktywnych wydaje się, że będzie to w najbliższej dekadzie kluczowy europejski problem narkotykowy;
5. Świat przestępczy coraz częściej wprowadza dopalacze do podaży pod nazwami starych narkotyków, ale zmieniając ich skład, np. poprzez dodawanie nowych substancji psychoaktywnych.

Opisywane tu substancje chemiczne lub naturalne są często wytwarzane w celu naśladowania efektów takich narkotyków jak konopie, amfetamina (psychostymulanty), opiaty lub inne¹. Warto podkreślić, że niektóre z nich są sprzedawane bezpośrednio na rynku nielegalnych narkotyków, podczas gdy inne są dostępne legalnie, bo nie podlegają kontroli. Często nazywa się je „legalnymi dopalaczami” (ang. *legal highs*), co tworzy mylne wrażenie, że te substancje są dozwolone i bezpieczne, choć w większości przypadków nigdy nie były testowane pod kątem szkodliwości zdrowotnej (somatycznej i psychicznej).

Kolejnym problemem jest fakt, że substraty wpisywane do rejestrów substancji zakazanych zostają szybko zastąpione przez inne, nowo utworzone, najczęściej dużo silniejsze. Przykładem takich ekspresowych reakcji świata przestępczego na wprowadzanie rozwiązań prawnych jest zamienienie mefedronu bufedronem, a następnie wprowadzenie klefedronu². Cały mechanizm potęgują nowe, zasygnalizowane już zagrożenia, takie jak np. nowe kanały sprzedaży. Substancje, które rządy państw uznają za nielegalne, są natychmiast przenoszone do trudno rozpoznawalnego rynku internetowego, do sieci darknet³, m.in. poprzez przeglądarki typu TOR.

¹ Dla przykładu w zastępstwie amfetaminy sprzedaje się 4-metyloamfetaminę, legalną alternatywą dla ketaminy jest metoksetamina, a dla LSD - substancja 25I-NBOMe (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy, Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 17-32).

² Nowe silne psychostymulanty.

³ *Darknet* jest częścią głębokiej sieci, która nie jest dostępna w standardowych przeglądarkach internetowych. Służy do przechowywania zaszyfrowanych danych, takich jak np. pliki rządowe czy osobiste dane bankowe.

Rozważając zagrożenia warte badań naukowych, autorka chciałaby zwrócić uwagę na kilka istotnych faktów:

- brak jednolitego unijnego podejścia do problematyki dopalaczy;
- bezradność polityk narodowych w zwalczaniu tego problemu;
- próby wykorzystania rynku ciężkich substancji do wywierania presji na władze poszczególnych krajów w celu legalizacji marihuany;
- rosnące potrzeby placówek oświatowych (szkół), resocjalizacyjnych i opiekuńczo-wychowawczych w zakresie profilaktyki tego problemu.

Wskazują one na wielowątkowy charakter zagrożeń ze strony NSP, w tym jego wymiary prawne, medyczne, edukacyjno-profilaktyczne czy społeczne.

Analiza literatury tematu, zwłaszcza raportów europejskich i międzynarodowych¹ sugeruje jednoznacznie, że organy powinny podjąć skuteczne działania w celu ochrony zdrowia publicznego i ogólnego bezpieczeństwa społecznego poprzez:

- ograniczenie podaży nowych substancji psychoaktywnych oraz promocji ich używania²;
- zwiększenie świadomości społecznej w zakresie ryzyka używania NSP;
- przygotowanie służb do skutecznej reakcji na nowe zagrożenia;
- wprowadzanie nowych form profilaktyki narkomanii, szczególnie poprzez narzędzia internetowe.

Polem takich działań mogą być instytucje Unii Europejskiej. Autorka uważa, że wdrożenie takiej strategii jest niezbędne, ponieważ państwa członkowskie nie mogą same rozwiązać problemów wynikających z rozprzestrzeniania się na rynkach wewnętrznych dopalaczy oraz mnogości i rozbieżności podejść krajowych (polityka otwartych granic w ramach strefy Schengen dodatkowo ułatwia przestępcom dystrybucję NSP oraz innych narkotyków)³.

Nie obejmuje ona sprzedaży narkotyków w powszechnie znanej części Internetu, do której można uzyskać dostęp za pośrednictwem typowych wyszukiwarek takich jak Google czy Bing (zob. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Europol, *Drugs and the darknet, Perspectives for enforcement, research and policy*, The Hague 2017, s. 15-30).

¹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2016*, Vienna 2016; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku narkotykowym w UE, Przegląd strategiczny*, Luksemburg 2016.

² Ten aspekt wydaje się bardzo ważny, gdyż dopalacze są intensywnie promowane na internetowych forach tzw. użytkowników, a ich konstrukcja wprowadza w błąd odbiorców. Na żadnym z nich nie ma informacji o śmiertelnych przedawkowaniach czy ciężkich zatruciach.

³ Dodatkowo nieskoordynowane działania w państwach członkowskich mogą łańcuchowo wywołać niepożądane skutki, np. zaszkodzić funkcjonowaniu rynku wewnętrznego w zakresie handlu niebezpiecznymi substancjami lub powodować przemieszczanie szkodliwych substancji z jednego kraju do drugiego.

W niniejszej dysertacji w pierwszym rozdziale pt. *„Metodologia badań własnych”* została poruszona tematyka przedmiotu oraz cel badań naukowych. Przedstawiono problem badawczy, jak również hipotezy: główną oraz szczegółową. Opisane zostały metody empiryczne i teoretyczne, techniki i narzędzia badawcze. Przedstawiony został także obszar i teren badań oraz scharakteryzowano próbę badawczą.

Drugi rozdział pt. *„Bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej”* skupiał się na działaniach prawnych i organizacyjnych realizowanych przez instytucje na szczeblu unijnym oraz krajowym względem poprawy bezpieczeństwa społecznego. W aspekcie prawnym przybliżono akty normatywne oraz działania Unii Europejskiej od 1993 roku w zakresie polityki antynarkotykowej. Skupiono się także na tworzeniu bezpieczeństwa społecznego przez pryzmat polityki przeciwdziałania przestępczości narkotykowej na przykładzie wybranych krajów: Polski, Francji i Holandii. Nakreślono również działania profilaktyki narkotykowej.

W rozdziale trzecim pt. *„Nowe substancje psychoaktywne jako wielowymiarowe zagrożenia dla Unii Europejskiej”* zostały określone zagrożenia związane z zażywaniem NSP oraz najbardziej istotne problemy ekonomiczne, społeczne, zdrowotne i kryminalistyczne. Przedstawiono rolę internetu jako dominującą formę sprzedaży tego typu substancji.

W rozdziale czwartym pt. *„Usprawnienia koncepcji programu profilaktycznego zwalczania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego”* została opracowana koncepcja nowoczesnego programu profilaktycznego w walce z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Nakreśliła ona kierunki zmian mających na celu poprawę bezpieczeństwa społecznego wśród Europejczyków. Zmiany te dotyczą m.in. usprawnienia wymiany informacji między instytucjami na temat NSP, opierania się na dowodach, udostępniania rzetelnych danych na temat szkodliwości nowych substancji psychoaktywnych do publicznej informacji, łączenia usług na wielu poziomach (medycznych, prawnych itp.) i wiele innych.

1. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

1.1. Uzasadnienie wyboru tematu

Obecnie organizacje rządowe realizujące cele bezpieczeństwa narodowego skupiają się na wielowątkowości i wielowymiarowości. Pojęcie bezpieczeństwa coraz częściej poszerzane jest o wartości, które należy objąć ochroną, takie jak ideologia, kultura, ekonomia, nauka czy społeczeństwo.

Jedną z dziedzin nabierającą współcześnie szczególnego znaczenia to bezpieczeństwo społeczne. Jego brak wpływa szczególnie na dzieci i młodzież, w codziennym życiu są bowiem narażone na różnego rodzaju patologie społeczne, w tym narkomanię.

Praca doktorska skupia się na tematyce związanej z zagrożeniami narkotykowymi (dopalaczowymi) z perspektywy holistycznej wobec bezpieczeństwa społecznego. Narkomania jest bowiem problemem:

- prawnym (kryminologiczny i kryminalistyczny);
- społecznym (w tym związanym z bezpieczeństwem oraz z modelem edukacyjno-profilaktycznym);
- ekonomicznym;
- moralnym;
- zdrowotnym¹.

Tematyka dysertacji została podjęta jako wynik obserwacji autorki dokonanych podczas stażu odbytego w Komisji Europejskiej w dziale „Polityki walki z narkotykami” w Brukseli w 2014 roku. Dotyczył on głównie prowadzenia prac legislacyjnych na temat walki z coraz szybciej rozpowszechnianymi nowymi substancjami psychoaktywnymi. W międzyczasie (10.2014 r.) autorka obroniła we Francji pracę magisterską pt. „Odpowiedź ustawodawcza Unii Europejskiej na rosnącą liczbę nowych narkotyków syntetycznych w Europie”. Analiza literatury tematu, dokumentów UE oraz debat, jakie odbywały się w instytucjach, zwróciła uwagę na rosnącą skalę problemu dopalaczowego. W kolejnych latach obserwacje te zostały pogłębione podczas pracy w Parlamencie Europejskim.

W dysertacji autorka zamierza zwrócić uwagę na empiryczne fakty:

- leczenie osób uzależnionych od dopalaczy (NSP) jest bardzo kosztowne – szczególnie wysokie są koszty ratowania ich życia w przypadkach zatrucia;

¹ M. Jędrzejko, T. Safjański, M. Walancik, *Narkotyki i narkomania, Zjawiska globalne – problemy lokalne*, Wyd. ASPRA-JR, Warszawa, 2015, s. 13.

- działania ratunkowe angażują specjalistów wielu dziedzin i często są długotrwałe – mają tu miejsce liczne przypadki przebywania pacjentów na OIOM-ie przez kilkanaście tygodni;
- zatrucia dopalaczami wymagają wieloletnich badań kontrolnych;
- nie zostały poznane długofalowe skutki używania dopalaczy¹;
- ryzyko śmierci po zażyciu dopalaczy jest niewspółmiernie wyższe niż w przypadku tzw. klasycznych narkotyków;
- dopalacze są na ogół substancjami o bardzo silnym potencjale uzależnienia – głównie psychicznego;
- dopalacze często są sprzedawane użytkownikom nieświadomym składu zażywanych substancji², wykorzystuje się do tego złożone techniki marketingowe;
- równoległe do rynku NSP rozwija się promowanie (głównie przez internet) sposobów ich używania – UE i instytucje krajowe nie dysponują narzędziami prawnymi pozwalającymi na blokowanie takich informacji;
- zakup dopalaczy w znacznej mierze odbywa się za pomocą internetu.

Na przykładzie Francji można pokazać, że koszty leczenia uzależnień znacznie przewyższają zyski, jakie uzyskuje państwo np. z akcyz za papierosy czy alkohol. Szacuje się, że w tym kraju uzależnienia od substancji chemicznych kosztują społeczeństwo 250 mld euro rocznie. Oprócz uzależnień związanych z produktami tytoniowymi (koszt ok. 122 mld euro), alkoholem (ponad 118 mld euro) i narkotykami (8,7 mld euro) brane są pod uwagę również takie zagrożenia jak zachowania antysocjalne, przemoc, wydatki publiczne związane z prewencją, karaniem czy leczeniem osób uzależnionych. Dane te odpowiadają 5,8% wydatków publicznych Francji lub jednej trzeciej jej deficytu³. Biorąc pod uwagę koszty związane ze szkodami zdrowotnymi powodowanymi przez dopalacze, szacuje się, że wynoszą one 211 mln euro rocznie w całej UE, natomiast koszty związane z egzekwowaniem prawa karnego wahają się od 117 do 144 mln euro rocznie⁴.

¹ Dotyczy to przede wszystkim syntetycznych kannabinoidów, fenyloetyloamin, katynonów, tryptamin, piperazyny, seansów z ayahuascą oraz masowego łączenia dopalaczy z napojami energetycznymi i alkoholem.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016, s. 52-69.

³ P. Kopp, *Le cout social des drogues en France*, OFDT, Saint-Denis 2015, s. 63-68.

⁴ *Executive summary of the impact assessment*, Commission Staff Working Document, SWD(2013) 320 final, Brussels, 17.9.2013.

Trzeba zwrócić uwagę także na fakt, że postawa ludzi – zwłaszcza młodych – wobec działań mających na celu ograniczenie używania narkotyków i NSP jest nacechowana „nie-wiarą” w wiedzę naukową. Można co prawda wskazać, że osoby uzależnione od narkotyków żyją krócej, ale skala spustoszeń nie jest tak wielka, jak dla alkoholu i tytoniu¹.

Zaskakujące jest to, że powszechny dostęp do informacji nt. szkodliwości NSP nie zatrzymuje ludzi przed sięganiem po nie. Nowe substancje psychoaktywne zaburzają ośrodkowy układ nerwowy i wymuszają na człowieku wykonywanie działań zmierzających do poszukiwania oraz przyjmowania kolejnych porcji narkotyku, co jest silniejsze od wszelkich prób zaprzestania brania. W dodatku na obecnym etapie wiedzy medycznej narkomania należy do chorób nieuleczalnych, tak jak alkoholizm². Osoba uzależniona może jednak nauczyć się wstrzeźliwości i kontrolowania swoich zachowań.

W ciągu ostatnich dwóch dekad badacze zjawiska przestępczości narkotykowej i narkomanii, a także wielu polityków, przedstawiciele instytucji rządowych oraz międzynarodowych czy aktywistów organizacji pozarządowych (ang. non-governmental organisations, NGOs) zwracają uwagę na dynamiczne zmiany w obszarze podaży i używania nowych substancji psychoaktywnych. Problem ten staje się poważnym wyzwaniem dla prawodawstwa, nauk o zdrowiu, medycyny ratunkowej oraz profilaktyki i terapii uzależnień. Z niszowego zagrożenia NSP stały się poważnym niebezpieczeństwem w kontekście bezpieczeństwa społecznego. To temat coraz częściej podejmowany na forum międzynarodowym oraz na forach poszczególnych państw, mobilizuje media i opinię publiczną. Znajduje także odzwierciedlenie w studiach i badaniach naukowych – od 2008 roku autorka tej dysertacji zdefiniowała ponad 400 artykułów naukowych, badań, raportów, a także innych opracowań poświęconych całościowo lub częściowo problematyce zagrożenia bezpieczeństwa społecznego nowymi substancjami psychoaktywnymi. Jednocześnie kwestia ta stała się przedmiotem bardzo rozległych badań w ramach agencji UE – przykładem są doroczne raporty Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

Przedmiotem analiz w niniejszej pracy są:

- dokumenty Komisji Europejskiej, dokumenty i opracowania Parlamentu Europejskiego i Rady;
- dokumenty krajowe państw objętych badaniem dotyczące polityki narkotykowej;
- studia, analizy i raporty EMCDDA;

¹ P. Kopp, *Le cout social des drogues en France*, OFDT, Saint-Denis 2015, s. 25-36.

² M. Dziewiecki, *Nowe przesłanie nadziei*, Warszawa 2000, s. 69-80.

- raporty i opracowania Europolu;
- dokumenty krajowe (akty prawne, raporty, badania, studia problemów);
- polska i zagraniczna literatura tematu – głównie ta wydana po 2008 roku¹;
- raporty międzynarodowe i krajowe z badań.

Na podstawie kwerendy opracowań dotyczących badanego zakresu problemowego autorka wnioskuje, że takie opracowanie jak w niniejszej pracy w krajach UE jeszcze nie powstało.

Tematyka dysertacji znajduje się na pograniczu zagadnień bezpieczeństwa społecznego i pedagogiki społecznej – profilaktyki zachowań ryzykownych (uzależnień), a poszerzona została o kwestie odnoszące się przede wszystkim do nauk o zdrowiu, prawa oraz socjologii. To wszystko posłuży pełniejszemu wyjaśnieniu zjawiska i ukazania jego szerszych aspektów.

1.2. Przedmiot badań i cele badawcze

Przedmiotem badań w niniejszej pracy był system bezpieczeństwa społecznego w zakresie zapobiegania podaży i używania nowych substancji psychoaktywnych w Unii Europejskiej (UE).

W kontekście przedstawionego powyżej przedmiotu badań celem poznawczym pracy było zidentyfikowanie zagrożeń, jakie wynikają z rozpowszechnienia na rynku europejskim NSP poprzez przedstawienie skali zagrożeń i tendencji rozwojowych problemu dopalaczowego w UE oraz przeanalizowanie istniejącej legislacji (w zakresie polityk edukacyjnych i profilaktycznych) na poziomie europejskim.

Celem utylitarnym było opracowanie programu profilaktycznego skutecznego w walce z problemem nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego UE.

1.3. Problem badawczy

Ze względu na przyjęty obszar i cel badań głównym problemem badawczym była odpowiedź na poniższe pytanie.

¹ Dysertacja będzie oparta o analizę co najmniej 200 nowych źródeł naukowych.

Problem główny

Jaki jest wpływ nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej?

Rozwiązanie głównego problemu badawczego wymaga uzyskania odpowiedzi na szereg pytań szczegółowych.

Problemy szczegółowe

- 1. Jakie elementy składają się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej w zakresie profilaktyki narkotykowej?*
- 2. Jakie zagrożenia związane są z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim?*
- 3. Jaka powinna być koncepcja programu profilaktycznego dążącego do ograniczenia zażywania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego?*

1.4. Hipotezy robocze

Do tak przyjętego celu i głównego problemu badawczego, na podstawie obecnego stanu wiedzy oraz prognozowanych zmian, można sformułować **następującą hipotezę główną:**

Nowe substancje psychoaktywne mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej. Zagrożają one zdrowiu psychofizycznemu i życiu człowieka, doprowadzając do uzależnień, przedawkowań, a nawet śmierci. W dłuższej perspektywie wpływa to destrukcyjnie na relacje ze środowiskiem oraz prowadzi do wzrostu przestępczości wśród nieletnich, agresji, znieczulicy moralnej, manipulacji, terroryzmu lub seryjnych morderstw. Zażywanie NSP oddziałuje także na gospodarkę państw UE, najbardziej obciążając system zdrowotny – w tym ośrodki zdrowia – generując wysokie koszty leczenia osób uzależnionych. Dodatkowo brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych, takich jak wspieranie użytkowników NSP i ich rodzin, wprowadzenie leczenia substytucyjnego, redukcji szkód zdrowotnych czy programów zapobiegających przedawkowaniu również negatywnie wpływa na obniżenie poczucia bezpieczeństwa społecznego.

Na podstawie tak sformułowanej wstępnej hipotezy głównej przyjęto następujące **hipotezy szczegółowe:**

(H1) Założono, że elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej to działania prawne i organizacyjne realizowane przez krajowe, międzynarodowe oraz pozarządowe instytucje, ale także przez samych obywateli w celu zapewnienia pewnego poziomu życia osobom, rodzinom i grupom społecznym oraz unikania ich marginalizacji i wykluczenia społecznego wskutek narkomanii. Na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej składa się działalność edukacyjna i zapobiegawcza, programy leczenia osób uzależnionych, zwalczanie przestępczości związanej z niedozwolonym obrotem narkotykami, programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych, współpraca międzynarodowa, wymiana informacji oraz monitoring badań i trendów narkotykowych¹.

(H2) Założono, że wielowymiarowe zagrożenia związane z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim to zagrożenia ekonomiczne (leczenie osób uzależnionych od dopalaczy jest bardzo kosztowne – szczególnie wysokie są koszty ratowania ich życia w przypadkach zatrucia, rosnące nakłady na leczenie i rehabilitację), zdrowotne (coraz większa ilość osób uzależnionych, nasilenie się chorób psychicznych), społeczne (dezorganizacja życia człowieka, brak perspektyw rozwoju osobistego, degradacja relacji społecznych lub całkowite wykluczenie, bieda, brak pracy) oraz kryminalistyczne (coraz większe koszty związane ze zwalczaniem przestępczości międzynarodowej i krajowej, rozprzestrzenianie się NSP głównie za pośrednictwem internetu).

(H3) Należy sądzić, że koncepcja programu profilaktycznego dążącego do ograniczenia zażywania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego powinna być skierowana na zapobieganie przedawkowaniom, zwiększenie prawdopodobieństwa przeżycia, ograniczenie zażywania NSP, wymianę informacji między kompetentnymi instytucjami, a także na gromadzenie jak największej ilości informacji i udostępnianie tej wiedzy obywatelom. Powinna także być odpowiednio dostosowana do grup docelowych oraz łączyć ze sobą wiele usług (m.in. medycznych, społecznych, terapeutycznych, prawnych).

¹ K. Rejman, S. Bąk, *Determinanty bezpieczeństwa społecznego*, [w:] *Bezpieczeństwo publiczne*, nr 12/2018, Jarosław 2018, s. 65-82.

1.5. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W ramach procesu badawczego w niniejszej pracy zastosowano zarówno **empiryczne, jak i teoretyczne metody badania** poziomu bezpieczeństwa społecznego w praktyce narkotykowej:

- **teoretyczne:** analiza, synteza, abstrahowanie, wnioskowanie, uogólnienie, porównanie, dedukcja i analogia – te metody badawcze zostały zastosowane podczas realizacji wszystkich etapów prowadzonych badań, a ich dobór wynika z charakteru problemu badawczego;
- **empiryczne:** obserwacja, metoda sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu narzędzia badawczego w postaci kwestionariusza ankiety.

Metody teoretyczne

Metody teoretyczne pozwoliły uzyskać materiał badawczy zawarty w bibliografii, wyodrębnić znaczące części w procesie badawczym, a następnie przeprowadzić porównanie i syntezę wyróżnionych elementów składowych do uzyskania materiału potrzebnego do dalszych badań.

Podczas badania została wykorzystana **analiza**, którą oparto na zdolności umysłu ludzkiego do myślowego rozdzielenia na części faktów, zjawisk, zdarzeń i skomplikowanych procesów w celu ich lepszego poznania. Analiza stanowiła tutaj podstawę do sprecyzowania problemów badawczych, gdyż nie tylko umożliwiła przedstawienie i uzasadnienie ważności oraz aktualności określonych problemów, ale także pozwoliła sformułować hipotezy robocze. Podczas procesu badawczego analiza wiąże się z syntezą – analiza warunkuje syntezę, a synteza może być punktem wyjścia do dalszych analiz. U podstaw precyzowania problemu naukowego leżą procedury analityczne. Związane są one także z wysunięciem hipotez, które to z kolei mają postać syntezy. Dlatego oczywiste jest, że w poszczególnych badaniach, pracach naukowych, ale także w treści danego myślenia czy w postępowaniu badawczym lub treści wytworzonej wiedzy naukowej istnieje możliwość, że będzie przeważać (dominować) albo analiza, albo synteza¹.

Metoda ta została wykorzystana w rozdziale pierwszym, drugim, trzecim i czwartym, głównie przy zastosowaniu techniki analizy jakościowej i ilościowej. Zastosowano ją także w trakcie studiowania literatury, przy gromadzeniu i selekcji informacji zawartych

¹ E. Wiśniewski, *Metodyka wojskowych badań naukowych*, „Zeszyty Naukowe ASG WP” cz. 1(3), 1990, s. 61.

w literaturze oraz dokumentach normatywnych ukierunkowanych na bezpieczeństwo społeczne. Umożliwiło to pogłębienie wiedzy w obszarze złożonej problematyki badawczej.

Kolejną metodą badawczą wykorzystaną w dysertacji jest **synteza**. Opiera się ona na zdolności umysłu ludzkiego do myślowego łączenia według określonych zasad faktów, zjawisk, zdarzeń itp., które zostały uprzednio rozdzielone i podejmowane w celu lepszego ich poznania. Nie oznacza to jednak, że synteza stanowi proste odwrócenie analizy. W takiej sytuacji nie byłaby samoistną metodą badawczą, a jedynie sprawdzającą w stosunku do analizy. Ma ona za zadanie nadanie nowej, lepszej jakości. Dodatkowo pokazuje istotę tematu i najistotniejsze właściwości badanego obiektu, zjawiska czy procesu. Jej istotą są długie i skomplikowane drogi rozważań prowadzące do nowych, całkiem nieoczekiwanych rezultatów¹. Metoda ta została wykorzystana w drugim, trzecim i czwartym rozdziale dysertacji.

Uogólnienie – będące kolejną metodą badawczą – zostało zastosowane jako element podsumowujący każdą fazę pracy badawczej, w tym także rozdział końcowy rozprawy, łącząc wyniki badań ilościowych i jakościowych. Metoda ta jest podobieństwem zjawisk czy przedmiotów, a występowanie w nich wspólnych właściwości powala na formułowanie twierdzeń ogólniejszych. To operacja myślowa przechodząca od twierdzeń o pojedynczym zjawisku czy przedmiocie do pojęć i twierdzeń bardziej ogólnych, dotyczących grup czy klas zjawisk, a następnie do jeszcze bardziej ogólnych itd. Powstaje za pomocą łączenia faktów takich jak przedmioty, zjawiska, zdarzenia czy procesy na podstawie stwierdzenia podobieństw pod jakimś kątem².

Kolejną metodą badawczą jest **abstrahowanie**, które zostało wykorzystane do następujących czynności: pomijania (eliminowania), odłączania (izolacja) i wyodrębnienia. Zadania te mogą stanowić istotę abstrakcji polegającej na wyodrębnieniu pewnych elementów przedmiotu badań uznanych wcześniej z pewnych względów za nieistotne lub drugorzędne. Kolejnym krokiem w ramach tej metody jest uwzględnienie innych części, które pod pewnymi względami są także nieistotne³.

Metoda badawcza, jaką jest **porównanie**, polega na zestawieniu wspólnych oraz różnicujących cech badanego zjawiska. Jak już wspomniano, autorka rozprawy doktorskiej zastosowała syntezę na wszystkich etapach prac badawczych, gdzie istotą było zidentyfikowanie cech wspólnych, podobieństw i różnic pomiędzy zagadnieniami badawczymi, przede

¹ W. Pytkowski, *Organizacja badań i ocena prac naukowych*, PWN, Warszawa 1985, s. 114.

² E. Wiśniewski, *Metodyka wojskowych badań naukowych*, „Zeszyty Naukowe ASG WP” cz. 1(3), 1990, s. 79.

³ *Ibidem*, s. 74.

wszystkim w zakresie profilaktyki narkotykowej, a także związanego z tym bezpieczeństwa społecznego. To pozwoliło stworzyć porównanie, które zostało przeprowadzone podczas zestawienia prawodawstwa antynarkotykowego w Polsce, Francji i Holandii oraz w przypadku zestawienia zagrożeń związanych z zażywaniem NSP w tych krajach.

Wnioskowanie (rozumowanie), inaczej zwane interferencją, to integralny element prowadzonego procesu badawczego. Zostało ono wykorzystane we wszystkich rozdziałach niniejszej dysertacji, a także w części poświęconej wnioskowi i w zakończeniu. Wnioskowanie subiektywne pewne zostało przeprowadzone według schematu niezawodnego¹, czyli:

Każde X jest Y;

Każde Z jest X;

Każde Z jest Y.

Do metod wnioskowania zaliczane są również redukcja i dedukcja, pomagające określić charakter badanych cech i zdarzeń tworząc jednolity proces badawczy.

Następna metoda to wspomniana powyżej **redukcja**. Redukcja wraz z wnioskowaniem pojawia się wtedy, gdy „z przesłanek tego wnioskowania nie wynika jego wniosek, natomiast z wniosku tego wnioskowania wynikają przesłanki”². Metoda ta może być traktowana jako powrót do następstw przyczyn danych zjawisk, ale trzeba mieć na uwadze, że jest to typ wnioskowania zawodnego³. W niniejszym badaniu redukcja została zastosowana podczas wskazania i opisanego rezultatów stosowania modelu działań profilaktycznych, w tym programów profilaktyki narkotykowej.

Metoda zwana **dedukcją** jest rozumowaniem polegającym na odtwarzaniu faktów (*implicite* i *explicite*) zawartych we wniosku ogólnym⁴. To nazywane rozumowanie oparte o wnioskowanie formalnie poprawne, czyli realizowane poprzez dany schemat logiczny, np. transpozycję⁵. Dedukcja została zastosowana przy wskazaniu czynników, które mogą wpływać na poprawę bezpieczeństwa społecznego poprzez ulepszenie działań profilaktyki narkotykowej.

W dysertacji wykorzystano także elementy statystyki, które posłużyły do ustalenia związków opinii z przynależnością do grupy respondentów z Polski, Francji lub Holandii

¹ K. Ajdukiewicz, *Logika pragmatyczna*, PWN, Warszawa 1965, s. 109.

² K. Ajdukiewicz, *Zarys logiki*, Wyd. PZWS, Warszawa 1956, s. 162.; K. Ajdukiewicz, *Logika pragmatyczna...*, *op. cit.*, s. 127-133.

³ M. Pelc, *Wybrane problemy metodologiczne wojskowych badań naukowych*, Wyd. AON, Warszawa 1998, s. 18-19.

⁴ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Wyd. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001, s. 50.

⁵ K. Ajdukiewicz, *Zarys logiki...*, *op. cit.*, s. 160-161.

oraz do syntezy myślowej opinii uzyskanych w trakcie badania ankietowego w celu uogólnienia uzyskanych wyników. W ramach uporządkowania zebranego materiału empirycznego zostały utworzone szeregi statystyczne, dokonano estymacji i analizy korelacji między zmiennymi. Zastosowana została także graficzna prezentacja danych. Do tych wszystkich celów wykorzystano arkusz kalkulacyjny programu Microsoft Excel.

Metody empiryczne

Obserwacja jako metoda naukowa to proces uważnego i celowego postrzegania podczas prowadzonego badania. Odpowiada także za gromadzenie oraz interpretację zgłębionych danych w ich naturalnym przebiegu, kiedy pozostają w bezpośrednim polu widzenia i słyszenia dla obserwatora. W naukowym rozumieniu obserwacja obejmuje w pierwszej kolejności postrzeganie danych, następnie ich utrwalanie i na końcu próbę ich interpretacji – to trzy wyróżniane etapy¹. W rzeczywistości są one od siebie niezależne i nie muszą następować po kolei. Zdarza się, że postrzeganie zjawisk przebiega jednocześnie na etapie ich gromadzenia i interpretowania. Trafna interpretacja sprawia, że metoda nie jest jałowa czy bezprzedmiotowa². Zastosowanie obserwacji pozwoliło autorce zbadać środowisko tworzenia prawa antynarkotykowego, ale także działania na szczeblu krajowym związane z prewencją. W początkowej fazie badań obserwacja przyczyniła się do refleksji nad sytuacją problemową, w efekcie była punktem wyjścia do podjętych badań i ich prowadzenia.

Druga metoda empiryczna to **metoda sondażu diagnostycznego**, przyjęcie jej wynikało z przedmiotu i celu badań. Jest to sposób gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych oraz funkcjonalnych. Ujawnia również dynamikę zjawisk społecznych, opinie i poglądy wybranych społeczności, nasilanie się i kierunki rozwoju danych zjawisk. Może się skupiać na wszelkich zjawiskach instytucjonalnie niezlokalizowanych, które mają znaczenie wychowawcze w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której występuje badane zjawisko³. Pomogła ona w rozwiązaniu większości szczegółowych problemów badawczych przedstawionych przez autorkę, a wyniki zostały zaprezentowane w rozdziale drugim, trzecim i czwartym.

¹ *Participant Observation and the Collection and Interpretation of Data*, „American Journal of Sociology”, t. 40, 1955, s. 355.

² C. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Wydawnictwo Zysk i Ska, Poznań 2001, s. 223.

³ T. Pilch, T. Barman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie jakościowe i ilościowe*, Żak Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 2018, s. 80.

W celu weryfikacji hipotez został obliczony współczynnik korelacji liniowej Pearsona oraz współczynnik determinacji. W oparciu o analizę uzyskanych wyników dokonano oceny korelacji pomiędzy poszczególnymi zmiennymi zmiennej niezależnej X_i i zmiennej zależnej Y_i . To pozwoliło określić, czy udzielone odpowiedzi związane są z przynależnością ankietowanych do jednego z badanych krajów. W związku z faktem, że badania przeprowadzono na próbie statystycznej, obliczony współczynnik współzależności cech upoważniał do formułowania wyłącznie prawdopodobnych wniosków o określonej sile korelacji między zmiennymi.

Współczynnik korelacji liniowej Pearsona, oznaczony symbolem r_{xy} jest miernikiem siły związku prostoliniowego między dwiema cechami mierzalnymi. Związkiem prostoliniowym nazywana jest taka zależność, gdzie jednostkowym przyrostom jednej zmiennej (przyczyny) towarzyszy średnio stały przyrost drugiej zmiennej (skutku) oraz taki, który wskazuje kierunek korelacji i jego natężenie¹. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona jest wyznaczany z następującego wzoru, w którym $S_{(x)}$ i $S_{(y)}$ są odchyleniami standardowymi odpowiednich zmiennych²:

$$r_{xy} = \frac{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}) (y_i - \bar{y})}{S_{(x)} S_{(y)}}$$

gdzie:

n – liczba obserwacji,

\bar{x} , \bar{y} – średnie wartości badanych zmiennych,

$S_{(x)}$ – odchylenie standardowe zmiennej x_i ,

$S_{(y)}$ – odchylenie standardowe zmiennej y_i .

W ocenie kierunku oraz siły zależności między ustalonymi grupami ankietowanych, w odniesieniu do wyrażonych przez nich opinii zostały wykorzystane poniższe zależności wraz ze skalą zmienności.

Najważniejsze własności współczynnika korelacji liniowej Pearsona r_{xy} przedstawiają się następująco:

- współczynnik może przyjmować wartości z przedziału $\langle -1; 1 \rangle$;

¹ M. Sobczyk, *Statystyka*, PWN, Warszawa 2007, s. 237.

² M. Sobczyk, *Statystyka: Podstawy teoretyczne, przykłady, zadania*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000, s. 240

- $r_{xy} = 0$, jeżeli cechy są liniowo nieskorelowane;
- $|r_{xy}| = 1$, jeżeli występuje zależność funkcyjna; znak współczynnika korelacji wskazuje kierunek zależności ("+" – dodatnia korelacja, "-" – ujemna korelacja)¹.

Przyjmuje się następujące przedziały do oceny siły współzależności:

- $|0,0-0,2|$ - współzależność bardzo słaba;
- $|0,2-0,4|$ - współzależność słaba;
- $|0,4-0,6|$ - współzależność umiarkowana;
- $|0,6-0,8|$ - współzależność silna;
- $|0,8-1,0|$ - współzależność bardzo silna².

Współczynnik determinacji obliczany jest jako kwadrat współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Informuje on o części zmian zmiennej objaśnianej (skutek), która jest wyjaśniona przez zmiany zmiennej objaśniającej (przyczyna) w ujęciu procentowym³.

$$WD = r_{xy}^2 * 100\%$$

Badania empiryczne zostały przeprowadzone przez autorkę na zasadzie dobrowolności oraz z zachowaniem pełnej anonimowości respondentów.

W celu przeprowadzenia badań empirycznych wykorzystano kwestionariusz ankiety (załącznik 1 – w Polsce, załącznik 2 – we Francji, załącznik 3 – w Holandii). Autorka dołożyła wszelkich starań, aby pytania były precyzyjne, logiczne, a przy tym pozwalały na uzyskanie rzetelnych informacji pomocnych przy weryfikacji hipotez oraz podczas formułowania wniosków. Tworzenie kwestionariusza odbywało się zgodnie z zasadami opisanymi w czterech zasadniczych rozdziałach⁴. Powstałe kwestionariusze poddane zostały weryfikacji przez autorkę oraz inne metodologiczne osoby, a także drogą badań próbnych. Sprawdzanie składało się z trzech etapów.

Ankieta zawierała 19 pytań, wśród których znajdowało się 8 pytań jednokrotnego wyboru, 7 wielokrotnego wyboru oraz 4 pytania metryczkowe.

¹ A. Maksimowicz-Ajchel, *Wstęp do statystyki: Metody opisu statystycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007, s. 167

² B. Pułaska-Turyńska, *Statystyka dla ekonomistów*, Wydanie II rozszerzone, Difin, Warszawa 2008, s. 275.

³ M. Sobczyk, *Statystyka: Podstawy teoretyczne, przykłady, zadania*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000, s. 240.

⁴ E. Krok, *Budowa kwestionariusza ankietowego a wyniki badań*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 874 „Studia informatica” nr 37, 2015, s. 56-58

Wśród nich można wyróżnić:

- pytanie 1 – mające na celu ustalenie, czy respondenci uważają, że NSP zagrażają zdrowiu lub życiu człowieka;
- pytanie 2 – mające na celu określenie przez ankietowanych czynników związanych z podażą NSP, które najbardziej zagrażają bezpieczeństwu społecznemu;
- pytanie 3 – ustalające pogląd respondentów na czynniki związane z popytem NSP stanowiące największe zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego;
- pytanie 4 – ustalające pogląd respondentów na czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego;
- pytanie 5 – mające na celu określenie przez respondentów, kto/co powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne;
- pytanie 6 – mające na celu określenie przez respondentów, co składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej;
- pytanie 7 – ustalające pogląd respondentów na temat największych zagrożeń związanych z pojawieniem się NSP;
- pytanie 8 – ustalające pogląd ankietowanych na temat największych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP;
- pytanie 9 – mające na celu określenie przez respondentów czynników ograniczających skuteczność programów profilaktycznych;
- pytanie 10 – mające na celu określenie przez respondentów, na jakie ogólne aspekty profilaktyki powinny być skierowane programy profilaktyczne;
- pytanie 11 – mające na celu określenie przez respondentów, na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki powinny być skierowane programy profilaktyczne;
- pytanie 12 – ustalające poglądy respondentów na temat działań skuteczniających programy profilaktyczne w walce z narkomanią;
- pytanie 13 – ustalające poglądy ankietowanych na temat najistotniejszych aspektów związanych z pracownikami służby zdrowia w zakresie profilaktyki narkotykowej;
- pytanie 14 – ustalające poglądy respondentów na temat elementów, które powinny być uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia;
- pytanie 15 – mające na celu ocenę przez respondentów, czy polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego;

- pytanie 16-19 – określające płeć, wiek, wykształcenie i kraj zamieszkania respondentów.

Pytania od 1 do 7 oraz pytanie 15 to pytania jednokrotnego wyboru, natomiast pytania od 8 do 14 to pytania wielokrotnego wyboru. Zawarte w kwestionariuszu pytania merytoryczne umożliwiły identyfikację ankietowanych pod względem wieku, poziomu wykształcenia, płci i kraju zamieszkania: Polska, Francja lub Holandia.

1.6. Dobór i charakterystyka próby badawczej

Przeprowadzone badania empiryczne sprowadzały się do analizy opinii respondentów – wybranych losowo w Polsce, Francji oraz Holandii – na temat wpływu NSP na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej.

W związku z tym dokonano podziału ankietowanych w zależności od miejsca zamieszkania:

- **Polska;**
- **Francja;**
- **Holandia.**

Ankiety przeprowadzono w trzech językach: w Polsce po polsku, we Francji po francusku, a w Holandii po angielsku. Próbę badawczą określono na zasadzie **doboru losowego prostego zależnego** umożliwiającego uzyskanie próby reprezentatywnej. Polegał on na bezpośrednim i nieograniczonym wyborze jednostek do próby statystycznej, gdzie poszczególne jednostki badawcze mogły uczestniczyć w ankiecie tylko raz¹.

Określenie liczebności próby badawczej uwarunkowano wielkością badanej populacji oraz dążeniem do uzyskania wiarygodnych i precyzyjnych wyników. Zdecydowano się na więcej niż 100 jednostek². W rezultacie ankietę przeprowadzono wśród populacji mieszkającej w Polsce (80 respondentów), we Francji (40) oraz w Holandii (40), co dało 160 wypełnionych kwestionariuszy. Badania prowadzono od września do grudnia 2022 roku za pośrednictwem internetu. Ankietę umieszczono na stronie on-line w celu sprawniejszego zdobycia danych.

¹ M. Cieślarczyk, *Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz elementy statystyki stosowane w pracach magisterskich i doktorskich*, AON, Warszawa 2006, s. 72.

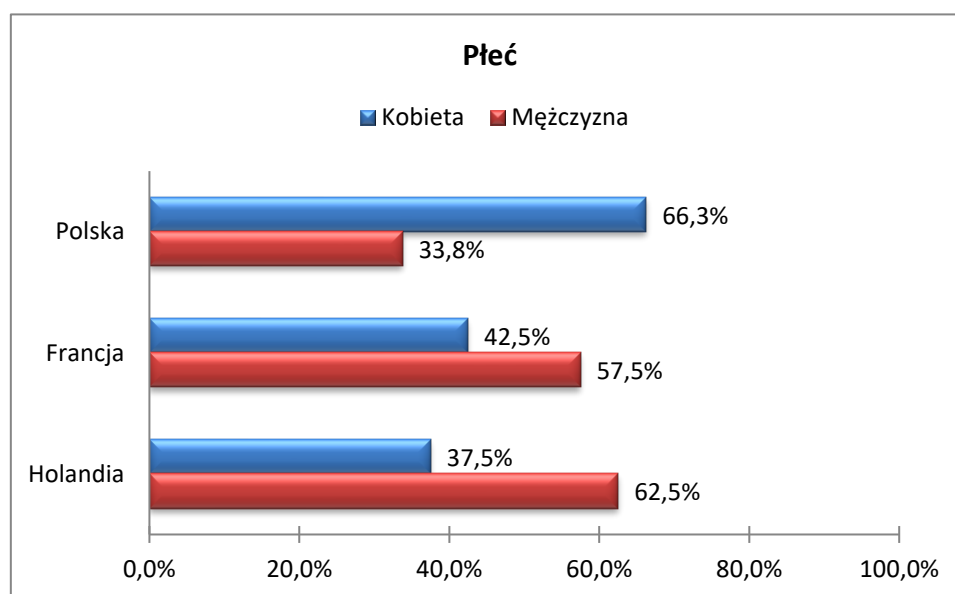
² Ustalania liczebności próby badawczej: M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Warszawa 2010; T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Żak Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 1995; B. Walasek-Jarosz, *Tok realizacji badań oraz opracowanie wyników*, [w:] *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, red. S. Palka, GWP, Gdańsk 2010, s. 177–199.

Pierwszą grupę badawczą stanowiły osoby mieszkające w Polsce, drugą reprezentowali mieszkańcy Francji, a trzecią – Holandii. Łącznie w badaniach ankietowych wzięło udział 160 osób – 85 kobiet (53,1%) oraz 75 mężczyzn (46,9%). W Polsce odpowiedzi udzieliło: 53 kobiety (66,3%) oraz 27 mężczyzn (33,8%), we Francji – 17 kobiet (42,5%) oraz 23 mężczyzn (57,5%), a w Holandii – 15 kobiet (37,5%) oraz 25 mężczyzn (62,5%). Empiryczny rozkład grup badawczych prezentuje tabela 1.1.

Tabela 1.1.
Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem płci

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Płeć	Kobieta	N	53	17	15	85
		%	66,3%	42,5%	37,5%	53,1%
	Mężczyzna	N	27	23	25	75
		%	33,8%	57,5%	62,5%	46,9%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,265	11,269 ^a	2	0,004	0,004 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 1.1. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem płci

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

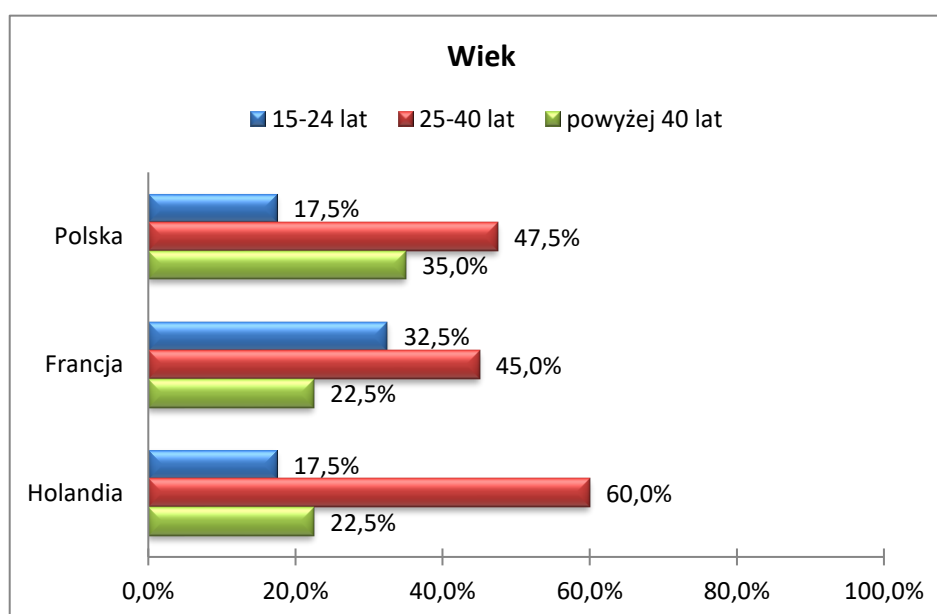
Kobiety częściej uczestniczyły w badaniu realizowanym na terenie Polski, natomiast mężczyźni w większym stopniu brali udział w badaniu we Francji i Holandii. Nieznaczna większość kobiet odpowiedziała także na ankiety wśród trzech krajów.

Wiek respondentów został podzielony na trzy kategorie: 15-24 lata, 25-40 lat oraz powyżej 40 lat. W badaniu wzięło udział 34 osoby (21,3%) z najmłodszej kategorii wiekowej, 80 (50%) w przedziale 25-40 lat oraz 46 (28,8%) z kategorii powyżej 40 lat. Empiryczny rozkład wiekowy grup badawczych prezentuje tabela 1.2.

Tabela 1.2.
Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wieku

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Wiek	15-24 lat	N	14	13	7	34
		%	17,5%	32,5%	17,5%	21,3%
	25-40 lat	N	38	18	24	80
		%	47,5%	45,0%	60,0%	50,0%
	powyżej 40 lat	N	28	9	9	46
		%	35,0%	22,5%	22,5%	28,8%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,142	6,450 ^a	4	0,168	0,172 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 1.2. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

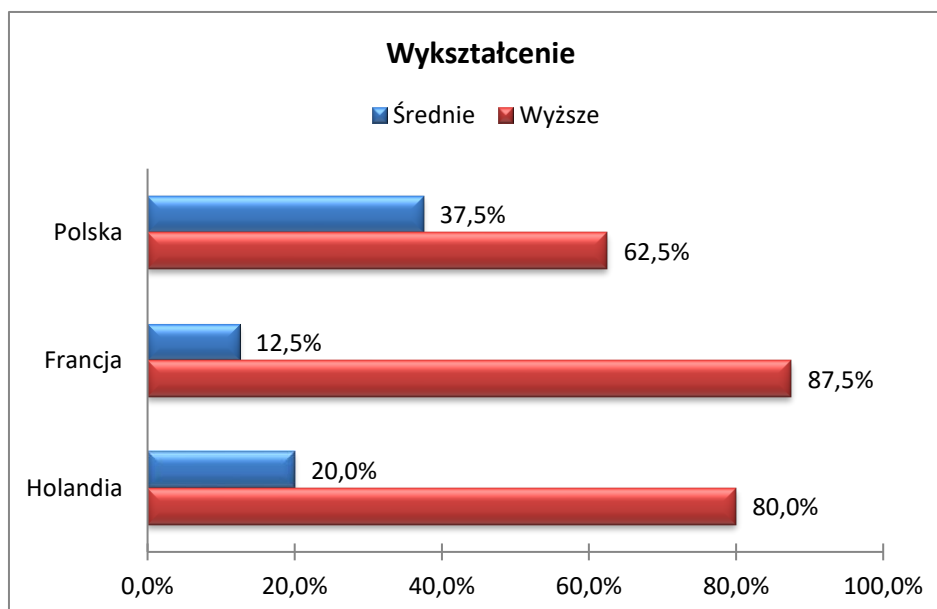
Połowa wszystkich ankietowanych wskazała, że ma od 25 do 40 lat. Nie wykazano tutaj jednak związku istotnego statystycznie.

Podczas analizy uzyskanych wyników okazało się, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wyższym wykształceniem. Ich liczba wynosiła 117 (73,1%) w porównaniu do 43 (26,9%) z wykształceniem średnim. Empiryczny rozkład grup badawczych dotyczący poziomu wykształcenia prezentuje tabela 1.3.

Tabela 1.3.
Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wykształcenia

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Wykształcenie	Średnie	N	30	5	8	43
		%	37,5%	12,5%	20,0%	26,9%
	Wyższe	N	50	35	32	117
		%	62,5%	87,5%	80,0%	73,1%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,247	9,763 ^a	2	0,008	0,007 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 1.3. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wykształcenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

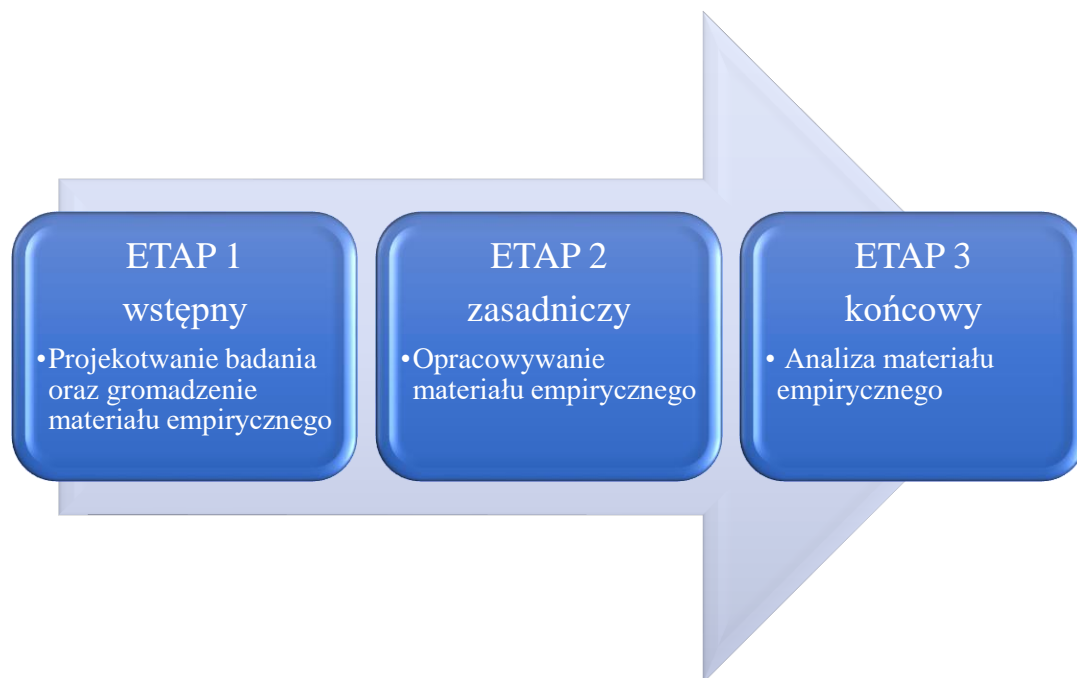
Wyższy stopień wykształcenia częściej dotyczył respondentów z Francji (35 osób, czyli 87,5%) i Holandii (32 osoby, czyli 80%) aniżeli z Polski (50 osób, czyli 62,5%).

1.7. Ogólna charakterystyka terenu badań

Prace badawcze na potrzeby dysertacji zostały przeprowadzone on-line przez autorkę. Kwestionariusze przygotowała ona w języku polskim, a następnie przetłumaczyła na język francuski oraz angielski. Następnie zamieściła je na stronie internetowej Google Form i rozsyłała anonimowo w zróżnicowanych środowiskach za pomocą mediów społecznościowych, maili oraz SMS-ów. Po otrzymaniu ankiety respondenci mieli bliżej nieokreślony czas na dobrowolne wypełnienie kwestionariusza, a także możliwość jego przekazania kolejnym osobom.

1.8. Charakterystyka procedury badawczej, w tym wskazanie etapów i harmonogramu pracy badawczej

W celu rozwiązania problemów badawczych i weryfikacji przyjętych hipotez, przeprowadzony został proces badawczy składający się z trzech etapów przedstawionych na rysunku 1.4.



Rys. 1.4. Etapy procesu badawczego

Źródło: opracowanie własne.

Na pierwszym etapie zostały poruszone kwestie odnoszące się do przedmiotu oraz celu badań. Autorka sprecyzowała problemy badawcze, hipotezę główną oraz hipotezy

szczegółowe. Dokonała wyboru metod, technik oraz narzędzi badawczych w formie kwestionariusza ankiety. Przedstawiła obszar i teren badań. Następnie dobrała i scharakteryzowała próbę badawczą. Ponadto autorka dokonała analizy literatury przedmiotu i aktów prawnych dotyczących walki z narkotykami na przykładzie programów profilaktyki narkotykowej. Zakończeniem pierwszego etapu pracy było przygotowanie koncepcji rozprawy doktorskiej.

Etap drugi charakteryzował się przeprowadzeniem badań empirycznych przy wykorzystaniu ankiety. Autorka wykorzystwała także metody teoretyczne, które umożliwiły użycie materiału badawczego.

Podczas trzeciego etapu autorka dokonała scalenia czynności procesu badawczego poprzez logiczne uogólnienie, systematyzację materiału empirycznego i analizę statystyczną. W tej części nastąpiła weryfikacja hipotez szczegółowych i hipotezy głównej mówiącej, że nowe substancje psychoaktywne mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej. Finalizacją badań było opracowanie nowoczesnej koncepcji programu profilaktyki w zakresie walki z narkotykami (tabela 1.4.).

Tabela 1.4.

Etapy przebiegu procesu badawczego

ETAPY		CZYNNOŚCI
ETAP 1. Faza wstępna	1.	Wstępne określenie i rozpoznanie problemu badawczego.
	2.	Zbieranie niezbędnych informacji, analiza literatury przedmiotu oraz aktów prawnych.
	3.	Opracowanie koncepcji rozprawy doktorskiej: <ul style="list-style-type: none"> • pisemne określenie celu i przedmiotu badań; • sformułowanie problemów badawczych oraz hipotez roboczych; • dobór metod i technik badawczych.
	4.	Dobór próby badawczej.
	5.	Przygotowanie narzędzi badawczych polegające na opracowaniu ankiety.
ETAP 2. Badania właściwe	6.	Analiza krytyczna literatury przedmiotu m.in. pod kątem: <ul style="list-style-type: none"> • tendencji związanych z pojawieniem się NSP na rynku europejskim; • zagrożeń związanych z zażywaniem NSP; • programów profilaktyki narkotykowej.
	7.	Ocena stanu prawnego prawa antynarkotykowego w wybranych krajach członkowskich UE.
	8.	Weryfikacja narzędzia badawczego, jakim jest ankieta.
	9.	Przeprowadzenie badań empirycznych przy użyciu ankiety.

ETAP 3. Faza opracowania wyników badań	10.	Przesłanie uzyskanych danych do analizy i obliczeń statystycznych.
	11.	Analiza jakościowa i ilościowa zebranego materiału badawczego.
	12.	Interpretacja wyników badań w kontekście problemów badawczych.
	13.	Opracowanie koncepcji programów profilaktycznych w kontekście profilaktyki narkotykowej.
	14.	Wnioskowanie końcowe.
	15.	Opracowanie pisarskie badań w formie dysertacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Cieślarczyk, *Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz elementy statystyki stosowane w pracach magisterskich i doktorskich*, AON, Warszawa 2006, s. 22-24.

2. BEZPIECZEŃSTWO SPOŁECZNE W UNII EUROPEJSKIEJ

Analiza bezpieczeństwa społecznego oraz działań z nim związanych w wybranych krajach Unii Europejskiej została podjęta w oparciu o literaturę przedmiotu, o doświadczenie związane z wieloletnią pracą wykonywaną przez autorkę w Parlamencie Europejskim i kilkumiesięcznym stażem odbytym w Komisji Europejskiej w dziale „Polityki walki z narkotykami”.

W rozdziale przybliżono teoretyczny aspekt definicji bezpieczeństwa społecznego, działania, jakich podejmują się krajowe, międzynarodowe oraz pozarządowe instytucje oraz sami obywatele w walce z narkotykami jako jednym z elementów wpływających na bezpieczeństwo społeczne.

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu *jakie elementy składają się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej w zakresie profilaktyki narkotykowej?* oraz zweryfikowanie przyjętej hipotezy, która stanowi przypuszczenie, że *elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej to działania prawne i organizacyjne realizowane przez krajowe, międzynarodowe oraz pozarządowe instytucje, ale także przez samych obywateli w celu zapewnienia pewnego poziomu życia osobom, rodzinom i grupom społecznym oraz unikania ich marginalizacji i wykluczenia społecznego wskutek narkomanii. Na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej składa się działalność edukacyjna i zapobiegawcza, programy leczenia osób uzależnionych, zwalczanie przestępczości związanej z niedozwolonym obrotem narkotykami, programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych, współpraca międzynarodowa, wymiana informacji oraz monitoring badań i trendów narkotykowych*¹.

W celu rozwiązania przedstawionego problemu badawczego oraz weryfikacji sformułowanej hipotezy w niniejszym rozdziale zastosowano następujące metody badawcze²:

- *analizę* – zastosowano do badania specjalistycznej literatury przedmiotu, aktów normatywnych oraz dokumentacji unijnej;
- *syntezę* – wykorzystano do poznania istoty zjawiska oraz połączenia wyników analizy w zsyntetyzowaną całość;

¹ K. Rejman, S. Bąk, *Determinanty bezpieczeństwa...*, *op.cit.*, s. 65-82.

² Szczegółowe wyjaśnienie poszczególnych metod badawczych ujęte zostało w rozdziale metodologicznym.

- *uogólnienie* – mające na celu połączenie faktów, zastosowano przy określaniu poziomu wpływu NSP na bezpieczeństwo społeczne z uwzględnieniem analizy programów profilaktycznych;
- *abstrahowanie* – wykorzystano przy wyodrębnieniu elementów przedmiotu badań, które zostały uznane z pewnych względów za nieistotne lub drugorzędne;
- *porównanie* – pomogło w identyfikacji cech wspólnych, podobieństw oraz różnic poszczególnych pytań w trzech krajach badawczych, zwłaszcza tych dotyczących czynników wpływających na obniżenie poczucia bezpieczeństwa lub polepszenia skuteczności programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki narkotykowej;
- *wnioskowanie* – zostało wykorzystane we wszystkich rozdziałach dysertacji, w części poświęconej wnioskowi oraz w zakończeniu rozprawy;
- *dedukcję* – wykorzystano do wskazania czynników, które mogłyby wpłynąć na polepszenie programów profilaktycznych w przypadku NSP oraz w zakończeniu rozprawy;
- *obserwację* – osobistą i uczestniczącą podczas stażu w Komisji Europejskiej w dziale „Polityki walki z narkotykami” w Brukseli. Wykorzystano ją do refleksji nad kwestiami problematycznymi, była wyjściem do podjętych badań i sformułowania celu ich prowadzenia oraz do trafnej interpretacji. Także wieloletnia obserwacja związana przede wszystkim z pracą autorki w Parlamencie Europejskim w Brukseli pozwoliła na pochylenie się nad tymi problematycznymi kwestiami;
- *metodę sondażu diagnostycznego* – technikę ankiety, która pozwoliła nakreślić opinie respondentów dotyczące pogłębienia na temat badanego zjawiska.

2.1. Bezpieczeństwo społeczne – wyjaśnienie zagadnienia

Unia Europejska łączy określenie „bezpieczeństwo” z pojęciami takimi jak przestrzeń wolności i sprawiedliwości. Art. 3 ust 2. Traktatu o Unii Europejskiej (TUE) stanowi: „Unia zapewnia swoim obywatelom przestrzeń wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości bez granic wewnętrznych, w której zagwarantowana jest swoboda przepływu osób w powiązaniu z właściwymi środkami, w odniesieniu do kontroli granic zewnętrznych, azylu, imigracji, jak również zapobiegania i zwalczania przestępczości”¹. Wiąże się z tym przede wszystkim bezpieczeństwo ekonomiczne (wprowadzenie mocnej waluty, stabilizacja cen,

¹ Parlament Europejski, *Noty tematyczne o Unii Europejskiej*, Luksemburg 2019, s. 550-586.

silna polityka rolna, zabezpieczenie dostępu do surowców, spójna polityka handlowa), społeczne (poprawienie oraz wyrównanie jakości życia, dostęp do pracy, monitorowanie strategii państw członkowskich, w tym strategii zdrowotnej, promowanie konkurencyjności, ochrona środowiska) i polityczne (współpraca na poziomie instytucji unijnych, promowanie wartości UE, tworzenie ram do współpracy).

Bezpieczeństwo społeczne obejmuje politykę społeczną i politykę zatrudnienia. Podstawę prawną stanowi tutaj art. 3 TUE, ale także art. 9, 10, 19 i wiele innych znajdujących się w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Stanowi ono kluczowy aspekt strategii „Europa 2020”, która służy zagwarantowaniu wzrostu wskaźnika zatrudnienia oraz zmniejszeniu liczby osób żyjących w ubóstwie lub zagrożonych wykluczeniem społecznym¹.

Za politykę zatrudnienia oraz politykę społeczną odpowiadają w większości rządy krajowe. Tylko w niektórych obszarach właściwe jest prawo europejskie tak jak m.in. w przypadku walki z ubóstwem, wykluczeniem społecznym czy dyskryminacją. Tutaj UE dąży do wzmocnienia integracji i spójności europejskiego społeczeństwa, umożliwiając wszystkim obywatelom korzystanie z równych szans oraz jednakowego dostępu do zasobów.

Obie wymienione formy polityki nie miały żadnej podstawy prawnej w latach 1975-1994, kiedy istniała Europejska Wspólnota Gospodarcza. Dopiero w 1999 roku – wraz z wejściem w życie Traktatu z Amsterdamu – sytuacja uległa zmianie, a w 2017 roku UE uruchomiła europejski filar praw socjalnych w celu objęcia ochroną swoich obywateli. Teraz, w świetle wspomnianych zmian, bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej jest nierozdzielnie związane z polityką społeczną każdego państwa członkowskiego i stało się szczególną potrzebą ludzką. Różnorodność tych potrzeb oraz bezpieczeństwo socjalne podlegają zmianom związanym z procesem gospodarczym, społecznym i politycznym².

Jedna z pierwszych definicji bezpieczeństwa społecznego została stworzona przez Międzynarodową Organizację Pracy w 1984 roku i mówiła, że jest to ochrona z wykorzystaniem środków publicznych, którą społeczeństwo przewiduje dla ludzi znajdujących się w trudnej sytuacji gospodarczej i społecznej. Osoby te mogły znaleźć się w trudnej sytuacji

¹ Parlament Europejski, *Noty tematyczne...*, op. cit., s. 199-343.

² M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej 2011, nr 2 (185), s. 123-132.

przez chorobę, macierzyństwo, wypadek przy pracy, kalectwo, starość, bezrobocie czy śmierć kogoś bliskiego¹.

Jeżeli chodzi o współczesną definicję bezpieczeństwa społecznego w Unii Europejskiej, w sposób ogólny można przyjąć, że jest to intencjonalne staranie się o warunki bytowania ludzi, zapewniając przynajmniej minimalne możliwości egzystencjalne obywateli, odpowiedni standard życia oraz stwarzając szansę na jego polepszenie i doskonalenie². Jednak przede wszystkim „bezpieczeństwo społeczeństw jest kategorią niejednorodną, co przy braku uzgodnionego stanowiska różnych dyscyplin naukowych co do treści opatrywanej tym terminem w konsekwencji prowadzi do różnorodnego jego postrzegania. Istnieją też mniej lub bardziej udane próby zdefiniowania tego pojęcia na gruncie nauk o bezpieczeństwie”³.

W Polsce definicja ta jest dość świeża, została stworzona przez Barbarę Rysz-Kowalczyk. Określa bezpieczeństwo społeczne jako stan wolności od niedostatku materialnego oraz realną możliwość rozwoju jednostki⁴. Pojęcie zakłada też zarówno stan wolności od ryzyka socjalnego, jaki i od zagrożeń rozwoju psychospołecznego.

Nieco inne wytłumaczenie proponuje Marek Leszczyński, który określa bezpieczeństwo społeczne jako całość działań prawnych oraz organizacyjnych realizowanych przez podmioty rządowe (krajowe oraz międzynarodowe), pozarządowe oraz samych obywateli.

Bezpieczeństwo społeczne jest w rzeczywistości jednym z najważniejszych aspektów bezpieczeństwa narodowego. Jego brak jest odczuwalny w codziennym życiu zarówno przez dzieci, młodzież, jak i osoby dorosłe na wielu płaszczyznach: szkolnej, zawodowej czy prywatnej. Wszyscy jesteśmy zatem narażeni na różne niebezpieczeństwa należące do tej kategorii⁵.

Przyjmuje się, że bezpieczeństwo społeczne można podzielić na dwie kategorie: bezpieczeństwo socjalne i bezpieczeństwo psychospołeczne. Pierwszy rodzaj obejmuje działania mające zapewnić pewny poziom życia osobom, rodzinom i grupom społecznym oraz niedopuszczenie do ich marginalizacji czy wykluczenia społecznego. Druga kategoria po-

¹ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej 2011, nr 2 (185), s. 123-132.

² M. Lisiecki, *Diagnoza i prognoza rozwiązań systemowych w zakresie organizacji i zarządzania bezpieczeństwem obywateli*, [w:] *Zarządzanie bezpieczeństwem – wyzwania XXI wieku*, wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej, Warszawa 2008, s. 273-291.

³ J. Gierszewski, *Bezpieczeństwo społeczeństw jako dziedzina bezpieczeństwa narodowego*, „Historia i Polityka”, nr 23 (30)/2018, Słupsk 2018, s. 21-38.

⁴ B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Wydawnictwo Aspra Jr, Warszawa 2001, s. 20.

⁵ T. Bąk, Z. Ciekankowski, *Bezpieczeństwo państwa*, PWST-E, Jarosław 2014, s. 26.

lega na kształtowaniu warunków rozwoju obywateli poprzez aktywne uczestnictwo w tworzeniu dochodu jako podstawy do tworzenia samodzielności ekonomicznej obywatela. Uczestniczy on zatem aktywnie w rynku pracy¹.

Dwie wymienione natury istoty bezpieczeństwa społecznego, czyli stan bez zagrożeń oraz rozwój człowieka, są nierozdzielne i przenikają się wzajemnie.

Bezpieczeństwo socjalne

Pierwsza kategoria bezpieczeństwa społecznego to bezpieczeństwo socjalne, które w skrócie można określić jako stan bez zagrożeń. Dotyczy ono nie tylko ochrony egzystencjalnej podstaw życia obywateli czy realizacji aspiracji życiowych, ale także zapewnienia możliwości zaspokajania indywidualnych potrzeb oraz tworzenia warunków do pracy i nauki. Innymi słowy, jest to „zapewnienie minimalnego standardu życia przez wprowadzenie odpowiednich ułatwień lub możliwości bezpłatnego korzystania z lecznictwa, oświaty i kultury”². Należy jednak zaznaczyć, że odpowiedzialność obywateli za los własny i ich rodzin wymaga wzmocnienia, gdyż walka z marginalizacją i nadrzędna rola państwa nie mogą kształtować postaw takich jak wyuczony syndrom bezradności polegający na stopniowym zatracaniu umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych oraz sięganie po pomoc państwa w sytuacjach do tego nieuprawnionych.

Bezpieczeństwo socjalne jest zatem kategorią węższą od bezpieczeństwa społecznego z racji tego, że ogranicza się jedynie do zapewnienia wystarczających środków do życia, a zagrożenia sprowadzają się tutaj wyłącznie do ryzyka socjalnego, np. bezrobocia, obowiązków rodzicielskich, choroby, utraty małżonka lub rodzica czy niepełnosprawności. Natomiast bezpieczeństwo społeczne oznacza nie tylko dostatek środków utrzymania i brak zagrożeń w postaci ryzyk socjalnych, ale także umożliwia rozwój człowieka³.

Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego określa zagrożenia socjalne jako sytuacje związane z pogłębiającym się stanem ubóstwa, patologiami społecznymi i problemami demograficznymi⁴.

¹ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo socjalne jako obszar zainteresowania badawczego i składnik bezpieczeństwa państwa*, [w:] *Zarządzanie bezpieczeństwem — wyzwania XXI wieku*, red. M. Lisiecki, Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa, Warszawa 2008, s. 543-558.

² A. Skrabacz, *Bezpieczeństwo społeczne – podstawy teoretyczne i praktyczne*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2012, s. 1-316.

³ B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Wydawnictwo Aspra Jr, Warszawa 2001, s. 20.

⁴ Z. Domański, *Bezpieczeństwo socjalne*, *Journal of modern science* Tom 2/33/2017, s. 367-384.

Główne ramy polityki w dziedzinie ochrony socjalnej UE to strategia „Europa 2020” oraz metoda koordynacji ochrony socjalnej i integracji społecznej, której celem jest promowanie spójności społecznej oraz równości poprzez odpowiednią, dostępną i zrównoważoną finansowo ochronę socjalną systemu i polityki integracji społecznej. UE zapewnia ramy dla rozwoju krajowej strategii ochrony socjalnej oraz inwestycji społecznych, a także koordynowania polityk między krajami UE w kwestiach związanych z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, opieką zdrowotną, opieką długoterminową, emeryturą czy dostępem do ochrony socjalnej¹.

Bezpieczeństwo psychospołeczne

Druga kategoria bezpieczeństwa społecznego to bezpieczeństwo psychospołeczne, które skupia się na rozwoju psychicznym jednostki oraz całego społeczeństwa. Składają się na nie kompetencje państwa, grup społecznych i pojedynczych osób. Kraj jest odpowiedzialny za stworzenie takich warunków egzystencji obywateli, aby mogli oni realizować swoje aspiracje życiowe. Wiąże się z tym zapewnienie pewnego poziomu życia jednostkom, rodzinom i grupom społecznym oraz dostępu do żywności, odzieży, mieszkań, służb ochrony zdrowia, edukacji czy transportu lokalnego², czyli do wszystkich środków związanych z ochroną życia, zdrowia i codziennego funkcjonowania człowieka. Ponadto kompetencje jednostek oraz grup społecznych powinny skupiać się na aspekcie stabilnego rozwoju człowieka, tworząc środowisko akceptacji i tolerancji społecznej, gdzie unika się marginalizacji i wykluczenia społecznego, np. wskutek narkomanii osób uzależnionych³. W takim zrównoważonym środowisku osoba będzie miała możliwość podążania za swoimi aspiracjami i ambicjami, realizując podstawowe cele czy zadania życiowe oraz zawodowe.

Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego podaje definicję zagrożeń psychospołecznych rozumianych jako stan społeczeństwa nacechowany wysokim stopniem nasilenia negatywnych oddziaływań i zjawisk. Taka sytuacja może spowodować naruszenie podstawowych wartości i interesów państwa oraz obniżenie świadomości społecznej, np. poprzez dyskryminację, wykluczenie społeczne, brutalizację stosunków społecznych itd.⁴.

¹ European Commission, Employment, *Social Affairs & Inclusion, Social protection*, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1063&langId=en>, dostęp 24.05.2022.

² A. Skrabacz, *Bezpieczeństwo społeczne. Podstawy teoretyczne i praktyczne*, Warszawa 2012, s. 41.

³ Ibidem.

⁴ Z. Domanski, *Bezpieczeństwo socjalne*, Journal of modern science Tom 2/33/2017, s. 367-384.

2.2. Działania realizowane przez międzynarodowe, krajowe i pozarządowe instytucje oraz przez obywateli

Bezpieczeństwo społeczne stanowi integralną część bezpieczeństwa narodowego. Z punktu widzenia jednostki i interesu państwa stanowi także bardzo istotne zagadnienie, które należy rozłożyć na czynniki pierwsze. Składają się na nie działania prawne i organizacyjne Unii Europejskiej, które mają zapewnić bezpieczeństwo socjalne oraz psychospołeczne. W zapobieganiu zagrożeniom społecznym szczególnie ważną rolę odgrywa państwo.

2.2.1. Działania realizowane przez Unię Europejską

Jednym z istotnych obowiązków UE w zakresie bezpieczeństwa społecznego jest wsparcie kultury narodowej – jest o tym mowa w art. 167 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE)¹. Polityka UE nie może stanowić uniwersalizacji ani tym bardziej konkurencji dla polityk narodowych poszczególnych krajów członkowskich². Podobnie jest w przypadku możliwości swobodnego przemieszczania się między 27 państwami członkowskimi, Islandią, Liechtensteinem, Norwegią i Szwajcarią. Wprawdzie UE zapewnia wspólne zasady ochrony praw obywateli podczas takich podróży, jednak przepisy dotyczące koordynacji zabezpieczenia społecznego nie zastępują systemów wewnętrznych. Każdy kraj może swobodnie decydować, kogo obejmuje ustawodawstwo, jakie świadczenia zapewnia i na jakich warunkach³.

Działalność UE w zakresie bezpieczeństwa społecznego ma często charakter pomocniczy, jednak nie ulega wątpliwości, że Unia odgrywa bardzo ważną rolę w kontekście bezpieczeństwa zarówno państw, społeczeństw, jak i pojedynczych jednostek. Ma ona na celu przeciwdziałanie współczesnym zagrożeniom, w tym w ujęciu długofalowym, poprzez realizowanie miękkiego bezpieczeństwa przy użyciu programów współpracy, projektów rozwojowych, pomoc finansową, promocję rozwoju i inne.

Rozwiązania, jakie proponuje Unia Europejska, mogą wydawać się niewystarczające, warto jednak przybliżyć kilka z nich:

1. Programy przeciwdziałania zagrożeniom zebrano w agendzie polityki zagranicznej UE z 2016 roku – kooperatywne globalne zarządzanie. Rozwój polegający na

¹ Art. 167 TFUE, EUR-Lex - 12012E167 - PL - EUR-Lex (europa.eu), dostęp 04.08.2022.

² B. Mazurek, *Znaczenie Unii Europejskiej dla bezpieczeństwa państw członkowskich oraz ich społeczeństw*, Forum Młodych Dyplomatów, 19.04.2020.

³ Commission européenne, *Coordination de la sécurité sociale dans l'Union européenne - Emploi, affaires sociales et inclusion* (europa.eu), dostęp 30.04.2022.

współpracy gospodarczej między Unią a innymi organizacjami regionalnymi o charakterze gospodarczym uznawany jest za podstawowy instrument prowadzący do zmniejszenia napięcia i osłabienia, a nawet eliminacji czynników uznawanych za przyczynę powstawania zagrożeń społecznych. W jej ramach skupiono się przede wszystkim na handlu i różnych programach współpracy w sektorze rozwoju, które doprowadziły do zmniejszenia ubóstwa¹. Obecna agenda bezpieczeństwa skupia się przede wszystkim na utrzymaniu pokoju, wzmocnieniu bezpieczeństwa międzynarodowego oraz promowaniu współpracy międzynarodowej².

2. Strategia Europa 2020 oraz Europa 2030 są wieloletnimi planami polegającymi na zapewnieniu, że około 78% ludności europejskiej w wieku 20-64 będzie miało pracę³. Zatrudnienia można szukać przy pomocy sieci doradców EURES utrzymujących codzienny kontakt z poszukującymi zatrudnienia oraz z pracodawcami⁴. Europejski Fundusz Społeczny wspomaga w rozwijaniu umiejętności. Europejski Fundusz Dostosowania do Globalizacji pomaga w poszukiwaniu pracy osobom, które ją straciły wskutek zamknięcia produkcji lub jej przeniesienia za granicę. Inicjatywa na rzecz zatrudnienia ludzi młodych wspiera młode osoby, które nie podjęły pracy ani edukacji. Z kolei Europejski Korpus Solidarności umożliwia połączenie aktywności zawodowej z pomocą innym osobom⁵.
3. Posłowie do Parlamentu Europejskiego poparli utworzenie platformy⁶ mającej na celu ułatwienie współpracy w zwalczaniu niezarejestrowanej pracy. Przyjęli również sprawozdanie⁷, w którym wezwali do zwiększenia ochrony pracowników przez ukrócenie dumpingu socjalnego. Posłowie pracują nad skuteczniejszą

¹ European Union Global Strategy, *Wspólna wizja, wspólne działanie: Silniejsza Europa: Globalna strategia na rzecz polityki zagranicznej i bezpieczeństwa Unii Europejskiej*, 2016, s. 1-49.

² EU, *Foreign and Security Policy, European foreign and security policy*, Foreign and Security Policy (europa.eu), dostęp 14.06.2022.

³ Parlement européen, *Fiches thématiques sur l'Union européenne : Politique de l'emploi*, <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/54/politique-de-l-emploi>, dostęp 15.06.2022.

⁴ *Projekt Europa 2030: Wyzwania i szanse*, Unia Europejska 2010, s. 1-58.

⁵ *Polityka społeczna: Europejczycy oczekują od UE więcej działań | Aktualności | Parlament Europejski* (europa.eu), dostęp 07.04.2022.

⁶ Komisja Europejska, *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne*, Europejska platforma na rzecz usprawnienia współpracy w zakresie przeciwdziałania pracy nierejestrowanej, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1299&langId=pl>, dostęp 15.06.2022.

⁷ Parlament Europejski, *Sprawozdanie w sprawie dumpingu socjalnego w Unii Europejskiej (2015/2255(INI))*, A8-0255/2016, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0255_PL.html, dostęp 15.06.2022.

koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego prawami pracowniczymi rodziców i opiekunów. Powstały również nowe zasady delegowania pracowników na terenie UE.

Pomimo zaangażowania instytucji europejskich w kwestię bezpieczeństwa społecznego obywatele uważają, że powinny one dołożyć wszelkich starań, aby zaufanie do nich było większe. Jak wykazują badania przeprowadzone przez Eurobarometr w marcu 2017 roku, obywatele przywiązują bardzo dużą wagę do bezpieczeństwa społecznego – 78% respondentów oczekuje, że UE będzie skuteczniej walczyć z bezrobociem, a 63% uważa jej działania za niewystarczające w tym sektorze. W porównaniu do 2016 roku wynik spadł o 6 punktów procentowych. Wzmoczonej aktywności UE w zakresie zdrowia oraz bezpieczeństwa społecznego oczekuje 70% obywateli UE, czyli o 7 punktów procentowych więcej niż w roku 2016, a 49% uważa, że UE robi za mało w tych dwóch obszarach. Według 84% respondentów poważny problem stanowią także nierówności społeczne¹.

Bezpieczeństwo społeczne na przykładzie polityki przeciwdziałania przestępczości narkotykowej prowadzonej przez Unię Europejską

Bezpieczeństwo społeczne w UE związane jest z procesem ciągłych zmian, w którym aktywnie uczestniczą instytucje międzynarodowe, rządowe, samorządowe, pozarządowe oraz sami obywatele działający w granicach określonych normami prawnymi².

Jednym z zagrożeń, z którym aktywnie walczą instytucje unijne, jest przestępczość narkotykowa obecna w różnej skali na terenie całej UE. Kraje członkowskie wdrożyły jedno z trzech rozwiązań prawnych, na podstawie których tworzy się politykę antynarkotykową:

- prawo generyczne – kontrola prawna obejmuje tutaj konkretną substancję, jej sole, estry czy izomery oraz szerszą grupę, do której włącza się związki strukturalnie podobne do danej substancji, lecz różniące się nieznacznie pod względem podstawników w pierścieniach;
- prawo analogowe – kontrola prawna obejmuje substancje mające podobne właściwości chemiczne do kontrolowanych związków lub dające analogiczne efekty po zażyciu;
- prawo indywidualne – kontrola prawna obejmuje konkretną substancję chemiczną, jej sole, estry i izomery.

¹ *Polityka społeczna: Europejczycy oczekują od UE więcej działań | Aktualności | Parlament Europejski* (europa.eu), dostęp 07.04.2022.

² K. Rejman, S. Bąk, *Determinanty bezpieczeństwa...*, op. cit., s. 65-82.

Innym elementem różniącym od siebie systemy prawne w poszczególnych krajach są rodzaje sankcji – dzieli się je na administracyjne oraz karne.

Prowadzenie polityki antynarkotykowej na terenie Unii Europejskiej jest w dużej mierze w gestii władz poszczególnych krajów członkowskich. Same państwa nie są jednak w stanie skutecznie zwalczać problemu narkotykowego, ponieważ to wymaga długoterminowego, zintegrowanego i interdyscyplinarnego zaangażowania – potrzebny jest do tego wspólny plan działania. Pierwsze takie pomysły pojawiły się w połowie lat 80. i zostały zaproponowane przez Parlament Europejski¹. Uznano wtedy, że aby walka z przestępczością narkotykową przynosiła efekty, konieczna jest współpraca na płaszczyźnie polityki społecznej, zdrowia publicznego i edukacji, wraz z działaniami zewnętrznymi. Dlatego rola instytucji i agencji UE jest bardzo ważna.

Działania antynarkotykowe krajów członkowskich polegają na podpisywaniu umów międzynarodowych², zacieśnianiu granic, przez które narkotyki mogłyby trafić na rynek, szkoleniu specjalnych służb antynarkotykowych oraz służb obrony terytorium. Podstawą takiego działania są traktaty, konwencje i wspólne organizacje.

Kształtowanie się polityki antynarkotykowej w Unii Europejskiej w latach 1993-2003

Badania porównawcze legislacji krajów UE przeprowadzone w połowie lat 90. wykazały niewielkie różnice na poziomie prawa stanowionego. To dlatego Rada Unii Europejskiej skupiająca na okresowych spotkaniach ministrów sprawiedliwości i spraw wewnętrznych zgodziła się na istniejące różnice w polityce antynarkotykowej. Nie spowodowało to jednak zupełnego wygaszenia napięć między Szwecją i Francją a Holandią, której prawo penalizowało posiadanie nawet niewielkich ilości narkotyków, lecz – w myśl zasady oportunistycznego prawa³ – istniała możliwość zawieszenia tego prawa⁴.

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Plan to Combat Drugs (1990)*, https://www.emcdda.europa.eu/document-library/european-plan-combat-drugs-1990_en, dostęp 15.06.2022.

² Pierwszym oficjalnym projektem była „Grupa Pompidou” powołana z inicjatywy ówczesnego prezydenta Francji, Georges’a Pompidou. Powstała ona w 1980 roku z ramienia Rady Europy w celu zwiększenia przepływu informacji w ramach zwalczania narkomanii i przemytu narkotyków. Polska dołączyła do Grupy w 1991 roku (zob. http://narkobiznes.pl/?page_id=115, dostęp 24.10.2019).

³ Zasada oportunistycznego prawa jest dyrektywą, w myśl której organ procesowy może zaniechać ścigania przestępcy, mimo że ściganie z urzędu jest prawnie dopuszczalne i faktycznie zasadne (zob. B. Kopsala, *Zasada oportunistycznego w polskim prawie karnym*, 13.01.2011).

⁴ A. Zieliński, *Polityka wobec narkomanii w Unii Europejskiej*, Polityka Społeczna 2/2005, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2005, s. 20-24.

Proces tworzenia unijnej polityki narkotykowej zapoczątkował Traktat z Maastricht z 1993 roku. Rozszerzył on współpracę krajów członkowskich w kształtowaniu polityki narkotykowej opartej na trzech filarach:

1. W filarze pierwszym, ekonomicznym, zapisano politykę zapobiegania chorobom, plagom oraz uzależnieniom;
2. Filary drugi opisywał współpracę i stosunki zewnętrzne – chodziło o podpisanie konwencji ONZ, a także pozytywne oddziaływanie na kraje Afryki, Karaibów i Pacyfiku w kierunku zamiany upraw narkotykowych na inne, legalne oraz bezpieczne, które przynosiłyby dochód ubogiej ludności tubylczej;
3. Trzeci filar obejmował kwestie sprawiedliwości i spraw wewnętrznych. Celem była harmonizacja polityki antynarkotykowej krajów 15-stki¹.

Rozproszenie problemów narkotyków na trzy filary sprawiało jednak trudności. Aby działania nie utknęły w gąszczu brukselskiej biurokracji, powołano międzyfilarową Poziomą Grupę do Spraw Narkotyków (ang. *Horizontal Drug Group*).

W 1995 roku Rada Europy przyjęła Plan Działania w Walce z Narkotykami na lata 1995-1999 (ang. *Action Plan to Combat Drug*). Obejmował on zmagania ze zwiększonym popytem i podażą oraz przestępczością związaną z praniem brudnych pieniędzy.

W tym czasie w Unii Europejskiej, a dokładnie w Parlamencie Europejskim, panował sprzyjający klimat dla tego typu rozwiązań pragmatycznych. Ten moment zapoczątkował ujednoczenie wskaźników zjawiska narkomanii. Wtedy też powstała możliwość tworzenia porównań rozwoju tego „fenomenu” oraz polityk stosowanych wobec niego w poszczególnych krajach². Rok później, w 1996, ukazał się pierwszy Roczny Raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z siedzibą w Lizbonie.

Kolejnym ważnym krokiem w walce z narkotykami było utworzenie w 1997 roku Systemu Wczesnego Ostrzegania (ang. *Early Warning System*) przez Radę Unii Europejskiej. Miał on na celu ochronę krajów członkowskich przed nowymi syntetycznymi narkotykami (ang. *New Synthetic Drugs*)³. Unia Europejska zyskała w ten sposób praktyczny instrument do wykrywania i przeciwdziałania nowym narkotykom, głównie z rodziny amfetamin.

¹ Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania oraz Włochy.

² A. Zieliński, *Polityka wobec...*, *op. cit.*, s. 20-24.

³ G. Estievenart, *The European Union and Drugs: Trafficking, consumption and strategies*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Luxembourg 2005, s. 47-63.

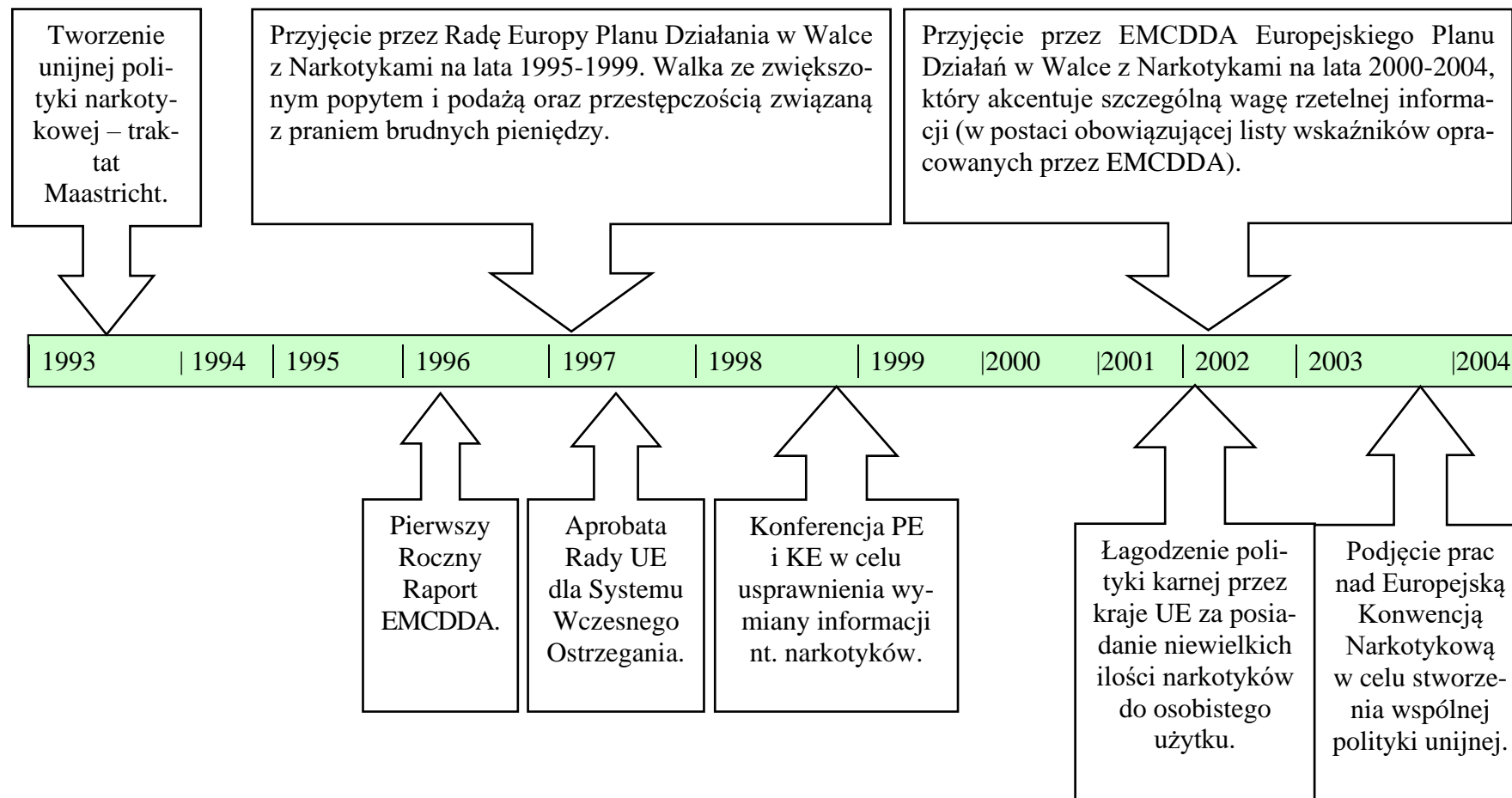
Następnym krokiem – w 1998 roku – było zorganizowanie przez Parlament Europejski i Komisję Europejską konferencji na temat walki z narkotykami syntetycznymi. Miała ona na celu usprawnienie wymiany informacji pomiędzy państwami członkowskimi oraz ustalenie wspólnych działań wobec narastających i nierozpoznanych dostatecznie, długofalowych zagrożeń związanych z konsumpcją tych substancji (szczególnie z rodziny amfetamin, ang. *Amphetamine-type stimulants*, ATS).

W 2000 roku został ustanowiony Europejski Plan Działań w Walce z Narkotykami na lata 2000-2004, przyjęty przez EMCDDA. Od tego momentu, w zakresie współpracy antynarkotykowej odbywały się coroczne spotkania UE–LAC, czyli Unii Europejskiej z Ameryką Łacińską i Karaibami.

W 2002 roku kraje UE postanowiły wprowadzić łagodniejszą politykę karną za posiadanie niewielkich ilości narkotyków do osobistego użytku, natomiast w 2003 roku podjęto prace nad Europejską Konwencją Narkotykową w celu usystematyzowania wspólnej polityki¹. Etapy kształtowania się polityki antynarkotykowej w UE w latach 1993-2003 przedstawiono na rysunku 2.1.

¹ A. Zieliński, *Polityka wobec...*, *op. cit.*, s. 20-24.

Rys. 2.1. Kształtowanie się polityki antynarkotykowej w Unii Europejskiej w latach 1993-2003



Źródło: opracowanie własne.

Kształtowanie się polityki antynarkotykowej w Unii Europejskiej w latach 2004-2025

5 listopada 2004 roku na kraje członkowskie Unii Europejskiej został nałożony obowiązek wdrożenia przyjętego przez Radę Europejską tzw. Programu Haskiego, mającego za zadanie koordynowanie wieloletniej strategii w celu tworzenia obszaru wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości.

Decyzją Rady z 2005 roku ustanowiono mechanizm umożliwiający zajęcie się zagrożeniami powodowanymi przez nowe substancje psychoaktywne, który pozwala na objęcie ich środkami kontroli i sankcjami karnymi w całej Unii¹.

To właśnie w latach 2004 i 2005² powstawały instrumenty prawne stosowane obecnie w polityce antynarkotykowej Unii Europejskiej, szczególnie te dotyczące zwalczania handlu narkotykami i kontroli substancji chemicznych wykorzystywanych do produkcji narkotyków oraz dotyczące pojawiających się nowych substancji psychoaktywnych.

Komisja Europejska wraz z państwami członkowskimi opracowała strategię na lata 2005-2012 skoncentrowaną na działaniach mających na celu zmniejszenie popytu i podaży na narkotyki. Ponadto zajmowała się również współpracą międzynarodową, badaniami naukowymi, informacją i ewaluacją. Po dokonaniu oceny działań w latach 2005-2008 okazało się jednak, że potrzebne są zmiany, przez co opracowano Nowy plan działania na lata 2009-2012³. Tutaj również celem było zmniejszenie popytu na narkotyki, ale także podniesienie poziomu świadomości społecznej w tej kwestii oraz zmobilizowanie obywateli europejskich do działania⁴.

Niestety, z biegiem lat na rynkach krajowych pojawiało się coraz więcej NSP. Aby skuteczniej reagować na to zagrożenie i jego szybkie rozprzestrzenianie się w całej Unii, Komisja w swoim rozporządzeniu z 2013 roku zaproponowała bardziej surowe przepisy⁵.

¹ European Parliament, *Drugs package: Tackling new psychoactive substances*, European Parliamentary Research Service, Brussels 2017.

² Decyzja ramowa Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 roku ustanawiająca minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami (Dz. Urz. UE L 335/8) oraz Decyzja Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 roku w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. UE L 127/32).

³ Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on an EU Drugs Action Plan for 2009-2012 (COM (2008) 567/4).

⁴ M. Wolańska, *Polityka Antynarkotykowa Unii Europejskiej*, Bezpieczeństwo narodowe I-II – 2009 /9-10, s. 255-271.

⁵ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych (COM/2013/0619 final – 2013/0305 (COD)).

Dzięki traktatowi lizbońskiemu, który wszedł w życie w 2009 roku, reakcja UE wobec narkotyków była silniejsza i bardziej zdecydowana. Dokument zaliczał handel narkotykami do „szczególnie poważnej przestępczości o wymiarze transgranicznym”, co dało zielone światło do przyjęcia dyrektyw ustanawiających normy minimalne odnoszące się do definicji przestępstw oraz kar (art. 83 ust. 1 TFUE)¹.

Zdolność Unii do szybkiego reagowania na zagrożenia społeczne oraz zdrowotne związane z NSP została znacznie zwiększona dzięki przepisom obowiązującym w całej UE od 23 listopada 2018 roku. Wzmacniają one system wczesnego ostrzegania, sprawiają, że procedury oceny ryzyka dla nowych substancji psychoaktywnych są bardziej restrykcyjne, a także przyspieszają procesy kontrolne. Ich ustalenie jest powiązane ze stale zwiększającym się dostępem do NSP, a wynikają z propozycji przedstawionej początkowo przez Komisję Europejską. Omawiana legislacja obejmuje:

- rozporządzenie w sprawie wymiany informacji, systemu wczesnego ostrzegania i procedury oceny ryzyka dla nowych substancji psychoaktywnych²;
- dyrektywę, która pozwala kontrolować nowe substancje psychoaktywne na poziomie UE tak samo, jak narkotyki³.

W prawodawstwie zastosowano trójstopniowe europejskie podejście do reagowania na NSP (wczesne ostrzeganie, ocena ryzyka i środki kontroli), jednocześnie wzmacniając istniejące procedury poprzez usprawnienie i przyspieszenie gromadzenia czy oceny danych. Nowością jest wspólna ocena potencjalnego ryzyka stwarzanego przez kilka nowych substancji psychoaktywnych o podobnej strukturze chemicznej w jednym raporcie.

Unia Europejska wraz z państwami członkowskimi podczas ostatnich dwóch dekad rozwinęła zrównoważone podejście do kwestii narkotyków. Skuteczne jego odzwierciedlenie jest widoczne w Europejskich Strategiach Narkotykowych 2013-2020 (ang. *EU Drugs Strategy 2013-2020*⁴) oraz 2021-2025 (ang. *EU Drugs Strategy 2021-2025*⁵) w Europejskim

¹ Wniosek dotyczący dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającej decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 roku ustanawiającą minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami w odniesieniu do definicji narkotyków, nr 14810/16, Bruksela 2016.

² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2101 z dnia 15.11.2017 roku zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1920/2006 w zakresie wymiany informacji, systemu wczesnego ostrzegania oraz procedury oceny zagrożeń w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. UE L 305/1).

³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2103 z dnia 15.11.2017 roku zmieniająca decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW w celu włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji narkotyku i uchylająca decyzję Rady 2005/387/WSiSW (Dz. Urz. UE L 305/12).

⁴ Strategia antynarkotykowa UE na lata 2013–2020 z dn. 29.12.2012 roku, Rada, Zalecenia (Dz. Urz. UE C 402/1).

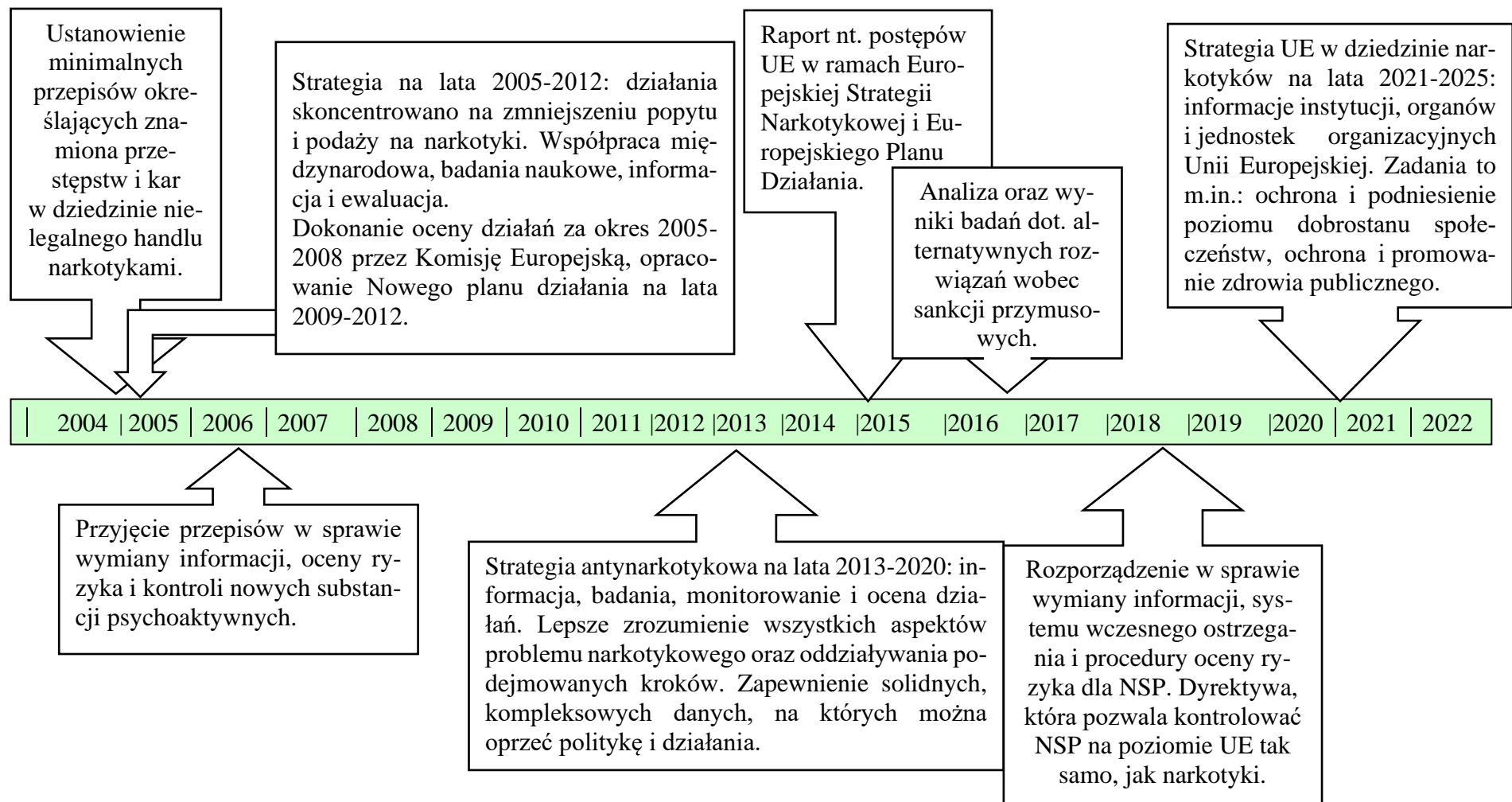
⁵ Strategia UE w dziedzinie narkotyków na lata 2021–2025 (Dz. Urz. UE C102/1).

Narkotykowym Planie Działania 2013-2016 (ang. *EU Drugs Action plan 2013-2016*¹). Wymienione strategie mają doprowadzić do zrozumienia wszystkich aspektów problemu narkotykowego i oddziaływania podejmowanych kroków, co ma zapewnić solidne i kompleksowe dane, na których będzie można oprzeć kolejne działania. Ponadto zmierza się do większego rozpowszechniania wyników monitorowania, badań i oceny (na szczeblu krajowym i UE) oraz wzmocnienia synergii czy wyważonego przydziału zasobów finansowych. To wszystko jest możliwe dzięki harmonizacji metodologii, tworzeniu sieci i zacieśnieniu współpracy². Etapy kształtowania się polityki antynarkotykowej w UE w latach 2004-2025 przedstawiono na rysunku 2.2.

¹ Plan działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016 z dn. 30.11.2013 roku, Rada (Dz. Urz. UE nr C 351/1).

² Strategia antynarkotykowa UE na lata 2013–2020 z dn. 29.12.2012 roku, Rada, Zalecenia (Dz. Urz. UE c 402/1).

Rys. 2.2. Kształtowanie się polityki antynarkotykowej w Unii Europejskiej w latach 2004-2025



Źródło: opracowanie własne.

2.2.2. Działania realizowane przez kraje członkowskie Unii Europejskiej

Współczesna organizacja państwa skupia się na wielopodmiotowości i wielowymiarowości bezpieczeństwa narodowego. Ta pierwsza poszerza pojęcie bezpieczeństwa o wartości podlegające ochronie, np. ideologiczne, kulturowe, naukowo-techniczne. Ta druga skupia się na trzech sektorach bezpieczeństwa: wojskowym, politycznym i społecznym¹. Ponadto istnieje bezpieczeństwo ekonomiczne i ekologiczne².

Poszerzenie zagadnienia, jakim jest bezpieczeństwo państwa o dziedzinę bezpieczeństwa społecznego, wynika przede wszystkim z funkcji pełnionej przez współczesne państwo demokratyczne. Jego zadaniem jest bowiem troska o obywateli, a także ich realny udział w życiu społecznym bez względu na status materialny³. Dysfunkcja ekonomiczna dużych grup społecznych powoduje fasadowość demokracji oraz brak dostępu do instytucji państwa demokratycznego dla wszystkich obywateli⁴. Dlatego można powiedzieć, że bezpieczeństwo ściśle związane jest z gospodarką – im silniejsza, tym bogatsze społeczeństwo, mniejsze bezrobocie, większa stabilizacja i kontrola przyszłości.

Ze względu na charakterystyczną cechę państwa, jaką jest możliwość zastosowania przymusu w celu respektowania określonych zasad, to właśnie na nim opiera się stworzenie fundamentalnych programów przeciwdziałania zagrożeniom społecznym i określenie współpracy w ich realizacji z organizacjami pozarządowymi, grupami społecznymi oraz jednostkami. W tym celu wykorzystane zostały wszelkiego rodzaju procesy poznawcze (analizowanie, identyfikowanie, przewidywanie), tworzenie pojęć, podejmowanie decyzji, organizowanie i rozwiązywanie problemów, również przy zastosowaniu mechanizmów i instrumentów prawnych, które będą zabezpieczały sprawiedliwą redystrybucję dóbr i usług oraz penalizowały zachowania szkodzące dobru społeczeństwa lub odbiegające od przyjętych norm⁵.

¹ B. Buzan, *People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War Era*, Harvester Wheatsheaf, London 1991, s. 1-393.

² W. Kitler, *Bezpieczeństwo narodowe RP. Podstawowe kategorie. Uwarunkowania. System*, Wydawnictwo Akademii Obrony Naukowej, Warszawa 2011, s. 40.

³ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, [w:] *Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej 2011*, nr 2 (185), s. 125.

⁴ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo socjalne jako obszar zainteresowania badawczego i składnik bezpieczeństwa państwa*, [w:] *Zarządzanie bezpieczeństwem — wyzwania XXI wieku*, red. M. Lisiecki, Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa, Warszawa 2008, s. 543-558.

⁵ W. Zubrzycki, *Poznawcze aspekty zagrożeń*, [w:] *Bezpieczeństwo. Teoria – Badania – Praktyka*, red. A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, Józefów: Wydawnictwo CNBOP-PIB 2015, s. 25-34.

Dla przykładu, w Polsce problematyka bezpieczeństwa społecznego znalazła się w dokumencie „Strategia bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej”: „Nadrzędnym celem działań państwa w dziedzinie bezpieczeństwa społecznego jest zapewnienie szybkiej i odczuwalnej poprawy jakości życia obywateli. Wymaga to prowadzenia aktywnej polityki społecznej – przede wszystkim radykalnego ograniczenia sfery ubóstwa i zmniejszenia obszarów wykluczenia społecznego poprzez wzrost realnych dochodów wszystkich grup społecznych oraz zmniejszenie stopy bezrobocia. Działania instytucji państwowych winny mieć również na celu zapobieżenie nadmiernemu rozwarstwieniu społecznemu i politykę wyrównywania różnic w rozwoju społecznym poszczególnych regionów”¹. Dalszą część Strategii przypomina, że „aktywna polityka społeczna państwa również zmierzać powinna do wzrostu bezpieczeństwa socjalnego obywateli. Priorytetem w tym zakresie będzie wzrost zatrudnienia, ze szczególnym uwzględnieniem aktywizacji grup społecznych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, wzrost integracji społecznej i doskonalenie systemu zabezpieczenia społecznego, niwelowanie różnic cywilizacyjnych pomiędzy miastem i wsią, przeciwdziałanie niekorzystnym zmianom demograficznym oraz migracji obywateli młodego pokolenia”². W tym przypadku działania skupiają się głównie na regulacji prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, wzmożonej aktywności na rzecz zatrudnienia z uwzględnieniem osób niepełnosprawnych, pomocy i integracji społecznej, rozwoju, edukacji, kultury i ochrony zdrowia³.

We Francji bezpieczeństwem społecznym zajmuje się m.in. ministerstwo do spraw pracy, organizacje ubezpieczenia społecznego, a także organy odpowiadające za prewencję, takie jak Francuska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowotnego Środowiska i Miejsca Pracy⁴. Po 1998 roku prawie każdy obywatel zostaje objęty systemem zabezpieczenia socjalnego – obowiązują zasiłki rodzinne i ubezpieczenia społeczne, świadczenia emerytalne czy częściowy zwrot kosztów leczenia, a ewentualne braki finansowe (dla osób bezrobotnych) pokrywane są z budżetu państwa. Rząd oferuje nisko oprocentowane pożyczki na zakup mieszkania lub budowę domu, prowadzone są także programy socjalne związane z udostępnianiem mieszkań komunalnych. Minimalne wynagrodzenie jest ustalane każdego roku, a po zmianie

¹ Ministerstwo Obrony Narodowej (MON), *Strategia bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2007, s. 3-37.

² Ibidem.

³ Z. Domański, *Bezpieczeństwo socjalne*, Journal of Modern Science Tom 2/33/2017, s. 367-384.

⁴ Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, *Francja*, <https://osha.europa.eu/pl/about-eu-osha/national-focal-points/france>, dostęp 07.08.2022.

Ustawy o płacy minimalnej z 1950 roku nierówności wynagrodzeń pracowników fizycznych i umysłowych zaczęły się zmniejszać¹. Aktualnie priorytetowym zagadnieniem związanym z bezpieczeństwem społecznym jest walka z terroryzmem².

W Holandii system ochrony socjalnej nadzorowany jest przez ministerstwo spraw społecznych i zatrudnienia, we współpracy z ministerstwem zdrowia, opieki społecznej i sportu. Ogólne ubezpieczenia społeczne obejmują choroby, niezdolność do pracy, macierzyństwo, świadczenia emerytalne oraz świadczenia dla bezrobotnych, zasiłki na dzieci, a także renty rodzinne. Całość jest opłacana w formie składek pochodzących przede wszystkim z pensji pracowników, pracodawców oraz osób prowadzących własną działalność gospodarczą³.

Działania instytucji państwowych powinny zająć się przede wszystkim zmniejszeniem stopy bezrobocia, radykalnym ograniczeniem stopy ubóstwa, zmniejszeniem obszarów wykluczenia społecznego, zapobieganiem nadmiernemu rozwarstwieniu społecznemu, prowadzeniem aktywnej polityki społecznej, wyrównaniem różnic w rozwoju społecznym poszczególnych regionów i krajów UE.

POLSKA

Działania prawne w Polsce w tworzeniu bezpieczeństwa społecznego – polityka przeciwdziałania przestępczości narkotykowej

Polska ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (Uopn) została opracowana na podstawie wspomnianych konwencji ONZ i zawiera w załącznikach wykazy substancji kontrolowanych (4 grupy środków odurzających oraz 4 grupy substancji psychotropowych).

Analizując system indywidualnej kontroli substancji, można szybko dojść do wniosku, iż nie jest on efektywny, gdyż procedura legislacyjna dopisania nowego związku na listę trwa co najmniej 9-12 miesięcy lub nawet dłużej. Z kolei objęcie kontrolą nowych substancji zajmuje zwykle 2-3 lata. To oznacza, że zanim zostanie uchwalona nowelizacja, na rynku pojawiają się już kolejne NSP.

W ciągu ostatnich lat wielokrotnie zmieniano zapisy Uopn – to pozwoliło objąć kontrolą łącznie ponad 50 nowych substancji i roślin. Niestety, liczba dopalaczy obecnych na

¹ Britannica, *Health and Welfare*, <https://www.britannica.com/place/France/Health-and-welfare>, dostęp 07.08.2022.

² Polski Instytut Spraw Międzynarodowych, *Polityka Francji wobec zagrożenia terrorystycznego*, https://pism.pl/publikacje/Polityka_Francji_wobec_zagro_enia_terrorystycznego, dostęp 07.08.2022.

³ Komisja Europejska, *Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Holandii*, Unia Europejska 2012.

rynku wzrasta bardzo szybko i polski system zwyczajnie nie nadąża za tymi dynamicznymi zmianami.

Najważniejsze etapy kształtowania się prawodawstwa antynarkotykowego:

1. Działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii określa Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii¹ z dnia 29 lipca 2005 roku, która była kilka razy nowelizowana;
2. Pierwsze nowe substancje psychoaktywne pojawiły się w Polsce prawdopodobnie na początku 2008 roku – w tym czasie tworzenie regulacji, mówiąc kolokwialnie, przypominało zabawę w kotka i myszkę. W momencie, gdy dana substancja została objęta kontrolą przez Uopn, była usuwana z rynku, a na jej miejsce wprowadzano do obrotu nowe pochodne;
3. W październiku 2010 roku zmieniono podejście i rząd podjął decyzję o wycofaniu wszelkich podejrzanych preparatów z legalnego obrotu. Wykorzystano przy tym zapisy Ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dotyczącej bezpieczeństwa produktów, która została znowelizowana 8 października 2010 roku. Na podstawie decyzji podpisanej przez Głównego Inspektora Sanitarnego, w ciągu kilku godzin w całej Polsce zamknięto prawie 1400 sklepów sprzedających NSP. Pozwoliło to inspektorom zabezpieczyć ponad sto tysięcy preparatów, które po odpowiednim wyselekcjonowaniu wysłano do laboratoriów w celu zidentyfikowania składników aktywnych i oceny ryzyka związanego z ich stosowaniem;
4. W drugiej połowie 2010 roku, pomimo wcześniejszego sukcesu rządu, liczba sklepów oferujących NSP dramatycznie wzrosła. Trudno jest ocenić rzeczywistą wielkość tego rynku, ale dane z raportów kontroli wskazywały, że codzienne dochody mogą sięgać nawet kilku czy kilkunastu tysięcy euro²;
5. 27 listopada 2010 roku znowelizowano Uopn, w wyniku czego wprowadzono nową definicję „środka zastępczego”. Wówczas brzmiała ona tak: „substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierający taką substancję, używana zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, którego wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu

¹ Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485.

² D. Zuba, *New Psychoactive Substances – a contemporary challenge for forensic toxicologists*, “Problems of Forensic Science” 2014, vol. 100, Institute of Forensic Research, Kraków 2014, s. 359-385.

- nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych”. Należy zaznaczyć, iż definicja środka zastępczego *de lege* nie obejmuje znanych z ustawy narkotyków¹;
6. Na podstawie kolejnej nowelizacji obowiązujących przepisów, produkcja, sprzedaż, a nawet reklama środków zastępczych zostały zakazane. Osoba wytwarzająca lub wprowadzająca na rynek takie środki podlegała wówczas grzywnie od 20 000 do 1 000 000 złotych, a osoba je reklamująca podlegała grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku;
 7. W czerwcu 2011 roku miała miejsce kolejna nowelizacja Uopn – po przeprowadzonych badaniach zabezpieczonych w sklepach próbek z nowymi substancjami objęto kontrolą 23 nowe związki²;
 8. Przedostatnia nowelizacja Uopn dużo zmieniła – wiele popularnych składników dopalaczy zostało objętych kontrolą. Spowodowało to wówczas znaczne ograniczenie możliwości zamawiania ich przez internet (oczywiście znaczna część związków została zastąpiona w bardzo szybkim czasie przez pochodne). W teorii dość szeroka definicja „środków zastępczych” gwarantuje, że nawet jeśli substancja nie znajduje się na liście, ale jest pochodną takiego związku, wówczas osoba odpowiedzialna za jej wprowadzenie na rynek może zostać ukarana grzywną do 1 000 000 złotych. W praktyce jednak ukaranie osoby sprzedającej środki zastępcze jest bardzo trudne;
 9. W lipcu 2015 roku weszła w życie kolejna nowelizacja ustawy. Pojawiła się m.in. nowa definicja środków zastępczych, ale także niewystępujące wcześniej pojęcie „nowej substancji psychoaktywnej”, którą określono jako „substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44b ust. 2”. Do listy substancji zakazanych dodano kolejne związki³.

¹ P. Bołtryk, *Kryminalistyczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie pochodnych konopi innych niż włókniste)*, rozprawa doktorska, Białystok 2014, s. 47.

² D. Zuba, *New Psychoactive...*, *op. cit.*, s. 359-385.

³ Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485; D. Zuba, *New Psychoactive...*, *op. cit.*, s. 359-385 ; P. Bołtryk, *Kryminalistyczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie pochodnych konopi innych niż włókniste)*, rozprawa doktorska, Białystok 2014, s. 47.

Problemy napotkane do 2018 roku

W Polsce Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) w latach 2010-2016 wymierzyły ok. 65 mln zł kar, tymczasem do budżetu państwa wpłynęło zaledwie 1,8 mln zł (3%)¹.

W przypadku działań przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz rodzajów decyzji jakie mogła ona wydawać brakowało instrumentów prawnych przysługujących organom ścigania – np. możliwość prowadzenia postępowań na kształt dochodzenia, dokonywanie rewizji czy przeszukiwanie niedostępnych pomieszczeń podczas kontroli sanitarnych. Handlarze po kontroli PIS kończyli działalność, a następnie otwierali nową, pod zmienioną nazwą.

Kolejnym problemem był dynamiczny rozwój rynku NSP. PIS nie miał ani uprawnień, ani narzędzi do zapobiegania wprowadzaniu ich do obrotu. Dodatkowo egzekwowaniem kar zajmowali się naczelnicy urzędów skarbowych. Często okazywało się to nieskuteczne z powodu braku możliwości ustalania majątku czy miejsca pobytu handlarzy. Dlatego urzędy skarbowe obciążały kosztami PIS za nieskutecznie przeprowadzone postępowania administracyjne i koło się zamykało.

Kolejnym problemem napotkanym w Polsce jest nierozwiązana sprawa niszczenia przez PIS zabezpieczonych produktów. Otóż dylemat powstaje w momencie, gdy Uopn stawiamy na równi z Konstytucją. Jeden z przepisów ustawy zezwala na taką czynność, jednak jest to zapis sprzeczny z Konstytucją, wskazującą, że o przypadku mienia na rzecz Skarbu Państwa musi zdecydować sąd. Stąd część inspektorów sanitarnych nie niszczy takich produktów i zalegają one w stacjach sanitarno–epidemiologicznych.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii do 2018 roku

Jak wynika z powyższych informacji, Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii² ma swoje dobre, jak i złe strony. Poniżej przedstawię ich zestawienie.

a) Mocne strony Uopn:

- takie uregulowania prawne zakładają adekwatność reakcji państwa do zagrożenia powodowanego przez konkretną substancję;
- założenia są zbliżone do przepisów funkcjonujących na poziomie UE;

¹ Najwyższa Izba Kontroli (NIK), *NIK o przeciwdziałaniu sprzedaży dopalaczy*, 03.06.2017, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przeciwdzialaniu-sprzedazy-dopalaczy.html>, dostęp 15.09.2019.

² Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2018 poz. 1490).

- brak kar dla użytkowników NSP (posiadanie nie jest karalne) – przepisy nie są zatem wymierzone w użytkowników, ale w producentów i handlarzy;
- rekomendacje kontroli przez Zespół ds. Oceny Ryzyka opierają się na współpracy przedstawicieli różnych instytucji;
- ustawa angażuje w zwalczanie NSP różne służby, np. Służbę Celną czy Inspekcję Sanitarną.

b) Słabe strony Uopn:

- proces delegalizacji substancji jest skomplikowany i wolny;
- proces delegalizacji jest mało reaktywny, ponieważ opiera się przede wszystkim na wpisywaniu pojedynczych substancji do rozporządzenia ministra zdrowia (MZ) czy ustawy;
- szybkość delegalizacji/umieszczenia na liście MZ zależy od szybkości działania instytucji publicznych, co dodatkowo opóźnia proces;
- ustawa pomija policję, która jest główną instytucją w Polsce zajmującą się redukcją podaży narkotyków i ma narzędzia do walki z przestępczością narkotykową (działania operacyjne, przeszukania, aresztowania itd.);
- niejasne i niezrozumiałe zapisy prawne, np. nieokreślony związek między definicją nowej substancji psychoaktywnej a środka zastępczego (obie są zagrożone tą samą sankcją);
- brak szkodliwości jako jednoznacznego kryterium klasyfikacji substancji.

Uopn pozwala na wdrażanie polityki opartej na przesłankach naukowych poprzez podejmowanie decyzji o kontroli prawnej substancji na podstawie procedury oceny ryzyka dokonywanej przez ekspertów z wielu dziedzin nauki. Co więcej, pozwala na różnicowanie kontroli wobec NSP na podstawie rekomendacji Zespołu ds. Oceny Ryzyka (ZOR): za kontrolę administracyjną odpowiada rozporządzenie MZ, a za kontrolę karną – załącznik do ustawy.

Z drugiej jednak strony pojawia się trudność w egzekwowaniu kar (w przypadku sankcji administracyjnych), a jakiegokolwiek działania wymagają ścisłej współpracy i koordynacji pomiędzy różnymi służbami, co dodatkowo obciąża administrację publiczną – przykładem może być tutaj policja wspierająca Inspekcję Sanitarną podczas kontroli sklepów.

Statystyki pokazują również, że to nie są skuteczne działania, np. w latach 2013-2015 wzrosła liczba zatruc oraz sklepów sprzedających NSP¹.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii po 2018 roku

NIK przeanalizowała skutki finansowe nieskutecznej walki z dopalaczami, wskazując na koszty wynikające z zatruc tymi substancjami. Wnioski zostały wzięte pod uwagę w nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2018 roku. NIK zalecała m.in. „zdefiniowania w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii pojęcia „środek zastępczy” w taki sposób, aby wytwarzanie, wprowadzanie do obrotu i przywóz substancji, określanych aktualnie jako środki zastępcze oraz nowe substancje psychoaktywne, podlegało odpowiedzialności karnej”. Ta analiza restrykcyjnej polityki narkotykowej skupionej na zakazie i kryminalizacji zażywania NSP ujawnia jej poważne wady i ograniczenia – rynek poprawił się pomimo prawie dziesięciu lat agresywnej polityki.

Gdy politycy ogłosili sukces nowym restrykcyjnym ustawodawstwem, handel nowymi substancjami psychoaktywnymi przeniósł się do internetu, ale potem znowu stacjonarne sklepy zaczęły działać w całym kraju, tylko w mniej jawny sposób.

Najnowsze zmiany legislacyjne z lipca 2018 roku² weszły w życie 21 sierpnia tego samego roku – wprowadziły istotne zmiany w sposobie obejmowania kontrolą NSP, jak również środków odurzających³ lub substancji psychotropowych⁴. Nowym elementem jest wprowadzenie do polskiej legislacji grup generycznych. W tym przypadku ustawodawca ustalił precyzyjną definicję rodzin substancji. To znaczy, że kontrolą zostały objęte konkretne substancje, ich sole, estry, izomery oraz szersza grupa związków. Do tej ostatniej są włączane związki strukturalne, przybliżone do znanej, niebezpiecznej substancji, w pierścieniach których został podmieniony jakiś podstawnik^{5, 6}.

¹ A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018, s. 35-37.

² Dz.U. 2018 poz. 1030

³ Środek odurzający to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, która jest określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

⁴ Substancja psychotropowa to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, która działa na ośrodkowy układ nerwowy. Uopn w załączniku nr 2 przedstawia wykaz zabronionych w Polsce substancji psychotropowych.

⁵ A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje...*, *op. cit.*, 44.

⁶ A. Strzelecka, *Nowe rozwiązania prawne dotyczące dopalaczy*, 22.08.2018, <https://www.cinn.gov.pl/porta?id=1351805>, dostęp 08.09.2019.

Ustawa od 2018 roku bazuje zatem na tzw. prawie generycznym. W Polsce takie definicje wydają się obejmować wyczerpującą listę modyfikacji narkotyków nowej generacji w ramach czterech grup:

- pochodne 2-feniloetyloaminy – grupa I-NPS;
- pochodne katynonu (2-amino-1-fenylpropan-1-onu) – grupa II-NPS;
- syntetyczne kannabinoidy (kannabinomimetyki) – grupa III-NPS;
- pochodne fentanylu – grupa IV-NPS.

Lista tych nowych substancji znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17 sierpnia 2018 roku¹ w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, które weszło w życie 21 sierpnia 2018 roku. W dokumencie oprócz czterech podanych wcześniej grup znalazło się 31 NSP. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że w Rozporządzeniu pominięto benzodiazepiny, które według raportu EMCDDA z 2018 roku² były substancjami coraz częściej oferowanymi przez sprzedawców dopalaczy. Rozporządzenie to zostało znowelizowane 21 sierpnia 2019 roku i wtedy dodano benzodiazepiny jako grupę V-NPS. Do kolejnej nowelizacji doszło w kwietniu 2021 roku – do tego czasu szkodliwe dla zdrowia i życia substancje pozostawały w obrocie rynkowym, bez możliwości zastosowania sankcji karnych wobec sprawców czynów z nimi związanych.

Poza tym, w Ustawie z dnia 20 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej³ umieszczono nową definicję NSP, która mówi, że jest to *„każda substancja lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działająca na ośrodkowy układ nerwowy, inna niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzająca zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3;”*⁴. Zgodnie z tymi zapisami, nowe substancje psychoaktywne zostały *de facto* zrównane z narkotykami. Posiadanie NSP jest aktualnie karane, grozi za to kara grzywny, a także ograniczenia

¹ Dz.U. 2018 poz. 1591.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2018, s. 11-16.

³ Dz.U. 2018 poz. 1490.

⁴ A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje...*, *op. cit.*, s. 45.

lub pozbawienia wolności¹. Osoba mająca przy sobie dużą liczbę NSP podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, a handlarz – nawet do lat 12. Nowe zapisy przyspieszyły procedurę objęcia kontrolą kolejnych dopalaczy. Porównanie karalności czynów przed 2018 rokiem oraz po nim przedstawia tabela 2.1.

Tabela 2.1.

Karalność czynów przed 2018 rokiem i później

NSP w Polsce	Przed 2018 r.	Po 2018 r.
Posiadanie małych ilości	Jedynie kary administracyjne.	Grzywna lub kara ograniczenia wolności; w uzasadnionych przypadkach niekaralne.
Posiadanie dużych ilości	Jedynie kary administracyjne.	Do 3 lat więzienia.
Handel	Kary administracyjne.	Do 12 lat więzienia.
Wytwarzanie	Administracyjna kara pieniężna wymierzana przez Państwowego Inspektora Sanitarnego.	Kara ograniczenia wolności.
Wprowadzanie do obrotu	Administracyjna kara pieniężna wymierzana przez Państwowego Inspektora Sanitarnego.	Kara ograniczenia wolności.

Źródło: opracowanie własne. Dane pochodzą z: A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018, s. 42.

W zakresie środków zastępczych sytuacja co do zasady nie ulega zmianie i nadal są one związane z postępowaniem administracyjnym. Wykrycie ww. substancji wiąże się z kosztami przeprowadzanych badań, bądź też – w przypadku osób/podmiotów wprowadzających je do obrotu lub wytwarzających – z karą pieniężną w wysokości od 20 000 do 1 000 000 złotych. Środki te są analizowane przez Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem NSP oraz mogą zostać wpisane na listę nowych substancji psychoaktywnych.

Regulowanie wykazu substancji psychotropowych i środków odurzających zostało przewidziane przez ustawodawcę w inny sposób niż dotychczas. Mianowicie, do 2018 roku każdorazowa zmiana tej listy wymagała zmiany ustawowej. Tymczasem nowa ustawa, od-

¹ Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Ustawy*, Ustawy (kbpn.gov.pl), dostęp 28.11.2021.

stępując od załączników przyjmuje, że wykaz substancji psychotropowych, środków odurzających i NSP jest określony w Rozporządzeniu Ministra w oparciu o upoważnienie ustawowe z nowego przepisu art. 44f Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. To działanie jest analogiczne do tego, które obecnie przewiduje art. 44b ust. 2 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w zakresie NSP. Ten nowy wykaz zawiera:

- substancje, które były w załącznikach 1 i 2 do ustawy z 2015 roku;
- nowe substancje, wynikające z decyzji Rady UE i Jednolitej Konwencji Narodów Zjednoczonych z 1961 roku;
- listę NSP;
- szczegółowo rozróżnione pochodne związków chemicznych (wykaz przedstawia dokładne analizy elementów tych związków i wskazuje na możliwe wzory strukturalne)¹.

Art. 72 ust. 1 nowej Uopn wprowadza specjalne rozwiązanie, nieznane dotychczas w prawie karnym – prokurator może zawiesić postępowanie wobec oskarżonego na czas leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym², jednak muszą być spełnione następujące warunki:

- przestępstwo, które spowodowało postępowanie, nie może być zagrożone karą pozbawienia wolności przekraczającą pięć lat;
- przestępstwo musi być popełnione przez osobę uzależnioną lub używającą substancji psychoaktywnych w sposób niebezpieczny;
- przestępstwo musi być związane z używaniem środka odurzającego, substancji psychotropowej czy nowej substancji psychoaktywnej przez osobę oskarżoną.

O takim zawieszeniu decyduje prokurator, jego decyzja powinna być poprzedzona zebraniem informacji na temat podejrzanego przez specjalistę terapii uzależnień. Pozytywny wynik leczenia lub rehabilitacji jest podstawą do złożenia przez prokuratora wniosku do sądu o warunkowe umorzenie postępowania (ust. 2 art. 72 Uopn). Należy tutaj zaznaczyć, że art. 72 ust. 4 Uopn wpisuje się także w indywidualne traktowanie sprawcy, przy równoczesnej realizacji zasady „leczyć, zamiast karać”. Jest to wyjątkowe rozwiązanie na tle regulacji kodeksowych, zastosowane ze względu na specyfikę czynów zabronionych oraz cha-

¹ P. Olszak, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Co się zmieni?*, 21 lipca 2018 r., adwokat-olszak.pl/prawo-karne/przeciwdzialanie_narkomanii/, dostęp 23.10.2018.

² Główny Inspektorat Sanitarny, *Nowe narkotyki w Polsce: tendencje, zagrożenia, procedury postępowania. Poradnik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydany przez Główny Inspektorat Sanitarny*, Warszawa 2016, s. 164-179.

rakterystykę podmiotów omawianych przestępstw, bardzo często bowiem sprawcy przestępstw nadal używają substancji psychoaktywnych, popełniają tego typu czyny wielokrotnie i raz za razem są za nie skazywani. W tej sytuacji osoba, która wcześniej została już skazana za umyślne przestępstwo związane z narkotykami, nie mogłaby skorzystać z warunkowego umorzenia postępowania, nawet jeśli poddałaby się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno-profilaktycznym, zakończonym pomyślnym wynikiem. Musiałaby zatem zostać skazana, żeby mieć dostęp do takiego leczenia. Ukazanie sprawcy pozbawieniem wolności trzeba by uznać wtedy za sprzeczne z celami wykonania kary przewidzianymi w art. 67 kkw, który w § 1 stanowi, iż: „*Wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanых postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa*”. W momencie skutecznego zrealizowania wyżej wymienionego leczenia ewentualne odbywanie kary pozbawienia wolności mogłoby nie tylko być bezcelowe, ale nawet kontraproduktywne (tym bardziej, jeśli czynem, za który odpowiada sprawca, miałoby być posiadanie narkotyku na własny użytek). Wydaje się zatem, że specjalne traktowanie sprawców uzależnionych w stosunku do ogólnych zasad kodeksowych jest nie tyle nieuzasadnioną odmiennością, ile realizacją zasady indywidualizacji środków represyjnych i przejawem humanitaryzmu¹.

Poniżej znajduje się zestawienie mocnych i słabych stron nowelizacji Uopn.

a) Mocne strony:

- ograniczenie konieczności ciągłych nowelizacji;
- uproszczenie systemu, ponieważ nowe prawo objęło zdecydowanie większą liczbę NSP.

b) Słabe strony:

- nie obejmuje wszystkich substancji, w szczególności tych z grupy syntetycznych kannabinoidów;
- konieczne będzie wypracowanie bardzo precyzyjnych definicji, których zrozumienie wymaga eksperckich opinii;
- w dalszym ciągu konieczna jest modyfikacja prawa dotyczącego walki z problemem narkotykowym.

¹ J. Sierosławski, *Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych, Monitorowanie problemów narkotykowych na poziomie lokalnym. Ewaluacja lokalnych strategii*, wyd: Fundacja Pozytywnej Profilaktyki 2018, s. 4.

Kolejne zestawienie słabych i mocnych stron pozwala zauważyć, że wraz z nowelizacją z 2018 roku ograniczono legalną lub quasi-legalną sprzedaż NSP, a także zmniejszono dostępność substancji dla użytkowników poprzez likwidację punktów stacjonarnych. Niestety, zapisy Uopn spowodowały, że producenci ponownie modyfikują nowe substancje psychoaktywne, co w konsekwencji doprowadziło do powstania bardziej niebezpiecznych związków.

Ponadto powstała chwilowa luka prawna, gdyż nowelizując Uopn wprowadzono przepisy przejściowe, obejmujące tylko te postępowania, które rozpoczęły się, zanim nowelizacja weszła w życie, gdy czyny z nimi związane były przedmiotem postępowania administracyjnego. Z kolei nowelizacja rozporządzenia z 2019 roku spowodowała, że część substancji kontrolowanych straciła status środka zastępczego i stała się nowymi substancjami psychoaktywnymi, objętymi odpowiedzialnością karną. Brak precyzji w przepisach doprowadził do sytuacji, w której część czynów nie mogła zostać objęta, gdyż w dniu ich popełnienia nie były jeszcze przestępstwem czy wykroczeniem ani też nie podlegały pod postępowanie administracyjne, bowiem substancje, których dotyczyły, zmieniły swój status¹. Istnieje ryzyko, że taka sytuacja może się powtórzyć – wtedy czyny dotyczące substancji objętych nowelizacją nie będą przedmiotem żadnego postępowania, a sprawcy nie poniosą za nie żadnej odpowiedzialności.

Próba krytycznej analizy modelu kontroli nowych substancji psychoaktywnych

Polska polityka walki z problemem narkotyków i narkomanii oparta jest na:

- redukcji podaży;
- redukcji popytu;
- redukcji szkód.

Jeśli weźmiemy pod uwagę stabilny trend zażywania NSP w Polsce, wydaje się, że jednymi z najważniejszych celów powinny być: ograniczenie szkód zdrowotnych oraz ograniczenie podaży nowych substancji psychoaktywnych. Efekty polityki antynarkotykowej powinny zatem prezentować się następująco:

1. Ograniczenie liczby zatruć i zgonów spowodowanych zażywaniem NSP – perspektywa zdrowia publicznego;

¹ A. Matłacz, *NIK o dostępności dopalaczy: Jest lepiej, ale problem wciąż nie został rozwiązany*, Dostępność dopalaczy - raport NIK 2021 (prawo.pl), dostęp 28.11.2021.

2. Ograniczenie rynku NSP, w tym sprzedaży stacjonarnej i internetowej – perspektywa ograniczenia podaży;
3. Ograniczenie liczby sklepów stacjonarnych – perspektywa ograniczenia podaży¹.

Same państwa członkowskie nie są w stanie poradzić sobie z problemami wynikającymi z rozprzestrzeniania się nowych substancji psychoaktywnych. Brak koordynacji działań krajowych w tej dziedzinie mogłby łańcuchowo wywoływać niepożądane skutki, np. przemieszczanie się szkodliwych substancji z jednego państwa członkowskiego do drugiego. W związku z tym działania na szczeblu UE są niezbędne, by potencjalnie szkodliwe NSP mogły być identyfikowane, poddane ocenie i – jeżeli stwarzają zagrożenia – objęte kryminalizacją we wszystkich państwach członkowskich.

Zebranie informacji a kwalifikacja prawna

W Polsce coraz częściej można spotkać się z zasadą „nie karz a lecz”. W wielu przypadkach specjalistyczna wiedza terapeuty od uzależnień może mieć o wiele większe znaczenie niż tylko sucha ocena okoliczności podmiotowych, dotycząca oskarżonego. Istnieje prawdopodobieństwo, że uzyskane w wyniku zebranych informacji dane potwierdzające np. uzależnienie oskarżonego lub używanie przez niego substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy, mogą okazać się determinujące w momencie kwalifikacji jego czynu. Jest to duży krok polskiego wymiaru sprawiedliwości w stronę głębokiej analizy czynów oskarżonego i okoliczności ich popełnienia. Taka sytuacja może pojawić się wówczas, gdy osoba uzależniona będzie miała przy sobie taką ilość substancji psychotropowych lub środków odurzających, która uzasadniałaby zastosowanie surowszej kary, gdyby właśnie nie fakt uzależnienia tej osoby². Zgodnie z Sądem Apelacyjnym we Wrocławiu, wyrok z dnia 26 września 2013 roku, II AKa 202/13 brzmi: „Dla oceny, czy zachodzi wypadek mniejszej wagi, nie jest wystarczające ustalenie ilości posiadanego środka odurzającego, ale również motywy działania oskarżonego”.

Zebranie informacji uwzględnionych w art. 70a ust. 1 Uopn³ pozwala na odpowiednią kwalifikację prawną czynu, uwzględniającą okoliczności podmiotowe (charakter używania) oraz przedmiotowe (ilość środka lub substancji). To z kolei wpływa na prawidłowe

¹ A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje psychoaktywne...*, op. cit., s. 37.

² P. Kładoczny, K. Wilamowski, *Wybrane ugruntowania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz praktyczny*, Ministerstwo Zdrowia i Biuro Krajowe do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2017, s. 26-30.

³ Art. 70a „1. Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie substancji psychoaktywnej, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza zebranie przez osoby, które na zasadach wskazanych w ustawie uzyskały certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień,

ukształtowanie sankcji karnej, bo pozwala na wykorzystanie szczegółowych działań w zakresie możliwości zastosowania środków, o których z kolei mowa w art. 71–72 Uopn¹, np. art. 62a Uopn², który umożliwia w niektórych sytuacjach odstępianie od ścigania pewnych drobnych przestępstw związanych z zażywaniem narkotyków, w stosunku do których realizacja represji karnej nie przyniosła jak dotąd żadnych pozytywnych wyników³.

System Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD)

Od 2013 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna zbiera dane na temat przypadków zatrucia lub podejrzeń zatrucia środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi. Nowelizacja ustawy z 2018 roku wprowadziła obowiązek sporządzenia pierwszego raportu Głównego Inspektora Sanitarnego na temat zatrucia środkami zastępczymi lub NSP. Ten raport powstał za rok 2020⁴ i miał za zadanie informować społeczeństwo o niebezpieczeństwie zażywania tych substancji. Do jego sporządzenia posłużyły dane zgromadzone w Systemie Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD). Dane te obejmują:

- datę interwencji medycznej czy zdarzenia;
- nazwę placówki zgłaszającej fakt interwencji medycznej;
- wiek, płeć oraz inicjały pacjenta;
- miejsce zdarzenia (miejscowość zdarzenia);
- miejsce udzielonej pomocy medycznej (nazwa placówki ochrony zdrowia);
- tryb udzielonej pomocy (ambulatoryjna, SOR, hospitalizacja lub jej brak);

informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych". Dz.U. z 2019 r. poz. 852 – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

¹ Art. 71 „zobowiązanie skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji lub oddanie go pod dozór” i art. 72 „zawieszenie postępowania karnego do zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału podejrzanego w programie”. Dz.U. z 2019 r. poz. 852. – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

² Art. 62a „Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 odpowiedzialność karna za nieuprawnione posiadanie środków odurzających lub substancji ust. 1 lub 3, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości”. Dz.U. z 2019 r. poz. 852 – Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

³ P. Kładoczny, K. Wilamowski, *Wybrane ugruntowania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz praktyczny*, Ministerstwo Zdrowia i Biuro Krajowe do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2017, s. 26-30.

⁴ Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), *Informacja w zakresie art. 30a ust. 6 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*, <https://www.gov.pl/web/gis/informacja-w-zakresie-art-30a-ust-6-ustawy-z-dnia-29-lipca-2005r-o-przeciwdzialaniu-narkomanii>, dostęp 28.11.2021.

- nazwę produktu NSP, środka zastępczego lub innej substancji¹.

FRANCJA

Działania prawne we Francji w tworzeniu bezpieczeństwa społecznego – polityka przeciwdziałania przestępczości narkotykowej

We Francji nowe substancje psychoaktywne są kontrolowane na podstawie kodeksu karnego, który uznaje je za narkotyki według decyzji Ministerstwa Spraw Społecznych i Zdrowia. W 2012, 2015 oraz 2017 roku wprowadzono również ogólne klasyfikacje grup chemicznych, zakazując tym samym większości katynonów, syntetycznych kannabinoidów, pochodnych 25x-NBOMe (fenyloetyloaminy) oraz fentanyli². Głównym sposobem kontroli legislacyjnej NSP było wpisywanie ich na listę narkotyków. Wykaz ten ustalono uchwałami z 1990 roku, ustanowionym na podstawie międzynarodowych konwencji dotyczących narkotyków z 1961 i 1971 roku. Od czasu pojawienia się nowych substancji psychoaktywnych regularnie go uzupełniano. Uchwała z 27 lipca 2012 roku, po raz pierwszy wprowadziła we Francji zakaz na podstawie tak zwanej klasyfikacji „ogólnej” czy „generycznej”, to znaczy dotyczącej jakiegoś związku, a nie jego pojedynczych cząsteczek.

Kontrola nowych substancji psychoaktywnych

Identyfikacja nowych substancji psychoaktywnych stanowi wyzwanie techniczne dla Francji, podobnie jak dla innych państw członkowskich Unii Europejskiej. Wymaga współpracy między laboratoriami na poziomie krajowym, ale także europejskim za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzeżenia³.

Zmiana prawna z 2012 roku miała jednak niewielki wpływ na popularność nowych substancji psychoaktywnych – opinie na forach i wyniki ankiety internetowej na temat NSP⁴

¹ Państwowa Inspekcja Sanitarna, *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczący zatruć środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce 2020*, Warszawa 2021, s. 29.

² European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *France, country Drug Report 2019*, 2019, http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/france/drug-laws-and-drug-law-offences_iv, dostęp 18.09.2019.

³ Unijny system wczesnego ostrzeżenia obsługiwany przez EMCDDA i Europol odgrywa kluczową rolę we wspieraniu gotowości na szczeblu krajowym i unijnym oraz reakcji na nowe substancje psychoaktywne (NSP). Działa od 2005 r. i obejmuje te dwie agencje, 30 krajowych systemów wczesnego ostrzeżenia w całej Europie, Europejską Agencję Leków i Komisję Europejską, www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en, dostęp 17.09.2019.

⁴ I-TREND project, <http://www.i-trend.eu/>, dostęp 10.10.2019.

pokazują, że w przypadku regularnej konsumpcji użytkownicy decydują się na ryzyko zakupu produktu, niezależnie od jego statusu prawnego. Chęć doznania wrażeń lub znalezienia substytutów konsumpcji tradycyjnego produktu jest po prostu ważniejsza¹.

Używanie i posiadanie narkotyków

Używanie i posiadanie nielegalnych narkotyków jest przestępstwem we Francji. Prawo nie rozgranicza aspektu związanego z posiadaniem w celu sprzedaży lub na własny użytek. Zapisy nie rozróżniają też rodzaju substancji. Prokurator wybierze jednak adekwatną karę w zależności od ilości znalezionej narkotyku. Dla przykładu przestępca oskarżony o posiadanie znikomej liczby NSP podlega karze pozbawienia wolności do 1 roku i grzywnie, chociaż w niektórych przypadkach ściganie może zostać uchylone (otrzymanie wyłącznie ostrzeżenia) lub odbyć się w procedurze uproszczonej. Maksymalna kara wzrośnie, jeśli sprawca narazi na niebezpieczeństwo użytkowników transportu lub przestępstwo zostanie popełnione przez urzędnika podczas pełnienia przez niego funkcji. Podobnie jak w innych przypadkach, wyrok może zostać podwojony, kiedy oskarżony w ciągu 5 lat popełni kolejne przestępstwo. Co więcej, w przypadku osób powyżej 13 lat wyrokowi zwykle towarzyszy wymóg uczestnictwa w obowiązkowym kursie wiedzy o narkotykach, wprowadzonym w marcu 2007 roku. Przestępca może zostać zobligowany do zapłaty za zajęcia. Osoby uzależnione od narkotyków otrzymują nakaz kierujący na leczenie².

W 2012 roku, w dyrektywie ustanawiającej strategię polityki kryminalnej w odniesieniu do przestępstw związanych z narkotykami, powtórzono, że podczas wydawania wyroków sądy powinny brać pod uwagę zwykle zażycie narkotyków lub uzależnienie od nielegalnych substancji. Stosowanie środków edukacyjnych i zdrowotnych ma priorytetowe znaczenie zarówno dla prostych przestępstw związanych z prawem narkotykowym, jak i w przypadku problemu dotyczącego osób nieletnich.

¹ M. Martinez, T. Nefau, A. Cadet-Tairou, *Nouveaux produits de synthèse. Dix ans de recul sur la situation française*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Saint-Denis La Plaine 2018, s. 6.

² European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *France, country Drug Report 2019*, 2019, http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/france/drug-laws-and-drug-law-offences_lv, dostęp 18.09.2019.

Podaż narkotykowa

Podaż narkotyków podlega we Francji karze grzywny oraz pozbawienia wolności do 5 lub 10 lat, ale w określonych okolicznościach obciążających. Dla grup przestępczych zajmujących się handlem narkotykami możliwe są wyroki dożywotniego pozbawienia wolności oraz grzywna w wysokości do 7,5 milionów euro¹.

Przestępstwa związane z prawem narkotykowym

Dane dotyczące przestępstw związanych z narkotykami stanowią podstawę monitorowania tego typu przestępczości, a także są miernikiem działań organów ścigania i dynamiki zmian zachodzących na rynku narkotykowym. Mogą być także wykorzystywane do zmian polityki dotyczącej wdrażania przepisów antynarkotykowych oraz do ulepszania strategii.

We Francji dane na temat przestępców związanych z prawem narkotykowym pochodzą z bazy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych: na przykład w 2017 roku zgłoszono ogółem 223 509 przestępstw związanych z prawem narkotykowym². Ta baza danych nie zawiera jednak szczegółowych informacji na temat narkotyków, z jakimi powiązane były te przestępstwa.

Główne francuskie organizacje

Francuskie Obserwatorium Narkotyków i Narkomanii (OFDT) to grupa interesu publicznego, której celem jest przekazywanie danych dotyczących narkotyków oraz poziomu problemu uzależnienia władzom publicznym, specjalistom i ogółowi społeczeństwa. Poprzez stały system obserwacji czy dochodzeń, organizacja łączy informacje z różnych, potwierdzonych naukowo źródeł na temat zarówno legalnych, jak i nielegalnych substancji. Co więcej, jest w stanie zapewnić wsparcie metodologiczne w przygotowaniu i monitorowaniu prac planów rządowych dotyczących zwalczania problemu narkotykowego, a także dokumentuje wiele problemów z zakresu substancji psychoaktywnych i uzależnień. OFDT ściśle współpracuje z EMCDDA.

¹ Mission interministerielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, *Trafic*, Trafic | Mildeca (drogues.gouv.fr), dostęp 28.11.2021.

² European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *France, country Drug Report 2019*, 2019, http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/france/drug-laws-and-drug-law-offences_lv, dostęp 18.09.2019.

Utworzona w 1982 roku MILDECA (fr. *Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives*) to kolejna organizacja zajmująca się ogólnie pojętym problemem narkotykowym. Jej główną misją jest walka z uzależnieniami od nielegalnych substancji. Polityka organizacji prowadzona przeciwko narkotykom i zachowaniom uzależniającym obejmuje następujące obszary:

- badania i obserwacje;
- zapobieganie;
- zdrowie i integracja;
- egzekwowanie prawa;
- walka z handlem ludźmi;
- współpraca międzynarodowa.

Charakterystyka francuskiego rynku nowych substancji psychoaktywnych

Zmiany na rynku narkotyków nie tylko doprowadziły do modyfikacji procedur legislacyjnych, ale także do znacznej transformacji środków i metod prowadzenia dochodzeń przez siły policyjne w internecie. Wydaje się jednak, że NSP nie zmieniły znacząco konsumpcji substancji psychoaktywnych, przyciągając raczej niewielką grupę odbiorców (głównie do kannabinoidów syntetycznych)¹. Francja nie doświadczyła poważnego kryzysu zdrowotnego^{2,3}, a konsumpcja dotyczy głównie osób bardziej zintegrowanych społecznie⁴.

Z czego wynika mała popularność nowych substancji psychoaktywnych we Francji? Po pierwsze, nie ma tam sklepów fizycznych takich jak *smartshopy*, co znacząco utrudnia dostęp do NSP, szczególnie najmłodszym użytkownikom, a jednocześnie spowalnia rozprzestrzenianie się tych substancji. Ponadto, chociaż rynek cyfrowy w języku francuskim ma wiele „komercyjnych” witryn sprzedaży, polityka redakcyjna forów dyskusyjnych odgrywa rolę ochronną – członkowie takich społeczności są proszeni o używanie tylko chemicznych nazw związków, nie ma tutaj mowy o określeniach handlowych w stylu „suple-

¹ Jest to trend kontrkulturowy lat 60. XX wieku, który rozwinął się w muzyce i grafice. Używanie produktów psychoaktywnych uważano za sposób na odkrywanie i uczenie się siebie.

² Loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale - NOR: JUSD1532276L (JORF n°0129 du 4 juin 2016 - Texte n°1).

³ Sklepy znajdujące się w pobliżu opisanych powyżej komercyjnych witryn sprzedaży online sprzedają produkty naturalne, witaminy lub suplementy diety, a także niezbędny sprzęt do konsumpcji konopi indyjskich i grzybów halucynogennych.

⁴ M. Martinez, T. Nefau, A. Cadet-Tairou, *Nouveaux produits...*, op.cit., s. 8.

menty diety”. Zabrania się również cytowania ze stron zajmujących się sprzedażą i nie udostępnia się przestrzeni na tworzenie reklam NSP. Takie działania ograniczają widoczność i atrakcyjność produktów dla konsumentów oraz rozpowszechnianie niedokładnych informacji¹.

Luka prawna we Francji – „wyrok NSP”

Państwa członkowskie zareagowały w różny sposób na wyzwanie, jakim stały się nowe substancje psychoaktywne. Kilka krajów, w tym m.in. Francja, oparło ustawodawstwo na (zharmonizowanej z UE) definicji produktu leczniczego, aby móc szybko i efektywnie reagować. Jednakże w wyroku z dnia 10 lipca 2014 roku (znanym jako „wyrok NSP”)², Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) orzekł, że nowe substancje psychoaktywne zostają wyłączone z zakresu produktów leczniczych, ponieważ substancje, które nie mają żadnego korzystnego wpływu na zdrowie ludzi, nie mogą być produktami leczniczymi. Tym samym nie stanowi to podstawy do wszczęcia postępowania karnego. To stworzyło lukę prawną w krajowych systemach (m.in. Niemiec, Francji, Holandii i Finlandii), ponieważ od tamtej pory prawo medyczne nie może być wykorzystywane do prowadzenia postępowań sądowych w sprawach dopalaczy³.

W reakcji na wyrok Francja wyjaśniła, że NSP różni się w świetle prawa od środków odurzających i substancji psychotropowych pomimo reformy legislacyjnej z 2012 roku, która wprowadziła ogólne podejście do regulacji nowych substancji psychoaktywnych (Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, 2012).

W efekcie powołano wyspecjalizowaną grupę roboczą w ramach MILDECA, w kontekście rządowego planu prac dotyczących walki z narkotykami w latach 2013-2017 oraz 2018-2022. Grupa składała się z przedstawicieli ministerstw spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, gospodarki i zdrowia, których zadaniem było badanie instrumentów prawnych i narzędzi, które mogłyby być wykorzystane do wychwytywania NSP potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzkiego.

Rządowy plan na lata 2013-2017 zakładał, że problem narkotykowy można rozwiązać poprzez sprawną identyfikację NSP, ich analizę oraz udostępnienie informacji o ich

¹ M. Martinez, T. Nefau, A. Cadet-Tairou, *Nouveaux produits...*, op.cit., s. 8.

² C-358/13 and C-181/14.

³ Eurojust, *Current situation in judicial cooperation in new psychoactive substance and (pre) precursor cases*, Analysis report, The Hague 2018, s. 1-13.

kompozycji¹. Podsumowanie oceny tego planu jest dostępne, ale nie wspomina o nowych substancjach psychoaktywnych.

Nowy krajowy plan walki z uzależnieniami na lata 2018-2022 (opracowany przez MILDECA) został zatwierdzony w grudniu 2018 roku. Poniżej znajdują się najważniejsze działania, o których należy wspomnieć:

- zadanie 7.1 ma na celu dostosowanie ram odniesienia dla podmiotów ograniczających ryzyko. Ma ono „rozwinąć to podejście do wszystkich uzależnień i rozważyć dywersyfikację obserwowanych profili użytkowników spożywających substancje, jak również zwiększoną dostępność w tym kokainy, cracku i NSP”;
- priorytet 16 ma na celu poszerzenie wiedzy we wszystkich obszarach działań publicznych – „poprawa nadzoru nad nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP)”;
- zadanie 16.5 ma na celu poszerzenie wiedzy w zakresie ograniczania podaży i przeciwdziałania handlowi ludźmi – „ustanowienie urzędnika do przesyłania próbek nowych produktów syntezy między laboratoriami wspólnej służby laboratoriów Dyrekcji Generalnej ds. Konsumpcji i Kontroli Nadużyć Finansowych (DGCCRF) a służbami celnymi, z jednej strony, oraz policji i żandarmerii, z drugiej strony, w celu wzbogacenia wspólnej bazy danych nt. NSP lub dostępu do krajowej bazy danych STUPS oraz w celu poprawy możliwości gromadzenia i analizy danych w tej sprawie”;
- nowe działania mają skupić się na monitorowaniu i regulowaniu legalnego handlu prekursorami chemicznymi w celu uniknięcia sprzeniewierzenia przez organizacje przestępcze.

HOLANDIA

Działania prawne w Holandii w tworzeniu bezpieczeństwa społecznego – polityka przeciwdziałania przestępczości narkotykowej

Od 1976 roku podstawową zasadą holenderskiej polityki narkotykowej jest dążenie do oddzielenia rynków narkotyków „miękkich” i „twardych”. Niderlandzka Ustawa o opium z 1919 roku (Lista numer I) oraz ta z 1928 roku (Lista numer II)², znowelizowana

¹ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MiLDT), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, La Documentation Française, Collections des rapports officiels, Paris 2013.

² J. Neicun, M. Steenhuizen, R. van Kessel, *Mapping novel psychoactive substances policy in the EU: The case of Portugal, the Netherlands, Czech Republic, Poland, the United Kingdom and Sweden*, 26.06.2019. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0218011>, dostęp 24.10.2019.

właśnie w 1976 roku, stanowi podstawę obowiązujących przepisów dotyczących narkotyków – zamyka w określonych ramach prawnych handel, uprawę i produkcję oraz posiadanie. Wydawałoby się, że to stare przepisy, jednak ustawa ulega ciągłym zmianom: na przykład w 2018 roku prokuratorzy zostali poproszeni (w stosownych przypadkach) o rozważenie częściowego zastąpienia prac społecznych i więzienia karą grzywny¹.

Ustawa o opium stanowi, że *„holenderska polityka narkotykowa ma na celu zniechęcanie i ograniczanie zażywania narkotyków w takim zakresie, aby nie powodowały szkody dla zdrowia i społeczeństwa, oraz zapobieganie i ograniczanie szkód związanych z używaniem, produkcją i handlem narkotykami”*.

Biała księga z 1995 roku pt. *„Polityka narkotykowa: ciągłość i zmiana”* to pozycja, która wyczerpująco określa zasady holenderskiej polityki dotyczącej narkotyków. Przyjmując zrównoważone podejście, wskazuje znaczące różnice między narkotykami „twardymi” (lista I, np. heroina, kokaina, MDMA/ecstasy, amfetaminy) a „miękkimi” (lista II, np. konopie indyjskie, grzyby halucynogenne)². Określa też cztery główne cele działalności antynarkotykowej kraju:

- zapobieganie zażywaniu narkotyków oraz leczenie i resocjalizacja osób zażywających narkotyki;
- ograniczenie szkód dla użytkowników;
- zmniejszenie uciążliwości publicznej powodowanej przez osoby zażywające narkotyki;
- zwalczanie produkcji i handlu narkotykami.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 15 listopada 2017 roku, zmieniająca decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW w celu włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji „narkotyków” oraz uchylająca decyzję Rady 2005/387/WSiSW³, została wdrożona w holenderskiej Ustawie o opium (TK, 34923, nr 3, 2017). W związku z tym nowe substancje psychoaktywne są regulowane poprzez zmiany odpowiednich list. Problem z NSP polega jednak na tym, że kiedy substancja psychoaktywna zostaje umieszczona na liście I Ustawy o opium, nowe substancje psychoaktywne są wytwarzane w nieco innym składzie, w wyniku czego kolejny związek nie podlega kontroli, a jego działanie w zasadzie się nie zmienia. Dlatego rząd holenderski planuje wprowadzić

¹ Opiumwet, 19.07.2019, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/2019-07-19>, dostęp 24.10.2019.

² Bezprawnik, *Hera, koka, hasz. Jak to naprawdę jest z tymi narkotykami w Holandii?*, 13.05.2016, <https://bezprawnik.pl/narkotyki-w-holandii/>, dostęp 31.10.2019.

³ Dz. Urz. UE L 305/1 z 21.11.2017, s. 12-18.

podobny system jak w innych krajach (np. Polska, Francja), opierający się na całkowicie nowej ustawie zakazującej całych grup nowych substancji psychoaktywnych. W ramach szeregu środków zapobiegania narkotykom holenderski sekretarz stanu ds. zdrowia, opieki społecznej i sportu ogłosił w kwietniu 2019 roku, że przygotowuje nowelizację Ustawy o opium, która ma wejść w życie za kilka lat¹. Chodzi o to, aby zakazać grup niebezpiecznych substancji takich jak fentanyle i syntetyczne kannabinoidy².

Używanie, posiadanie i handel w ramach prawnych

Samo używanie narkotyków nie jest określone jako przestępstwo, choć zdarzają się sytuacje, w których jest zabronione na poziomie lokalnym ze względu na porządek publiczny lub ochronę zdrowia młodych ludzi, na przykład w szkołach i transporcie publicznym. To zależy jednak od konkretnych organów, a nie od rządu krajowego. W takim wypadku, osoby używające narkotyków mogą zostać skazane za popełnienie przestępstwa takiego jak sprzedaż narkotyków, kradzież lub włamanie. Od 2004 roku specjalna Ustawa o umieszczeniu w instytucji odpowiedzialnej za przestępców umożliwiła leczenie uporczywych przestępców, których znaczną część stanowią narkomani. Umiarkowana kara składa się wtedy z kombinacji więzienia oraz interwencji behawioralnych (np. terapie behawioralne) i leczenia, które najczęściej odbywa się w zakładach opieki poza więzieniem.

Posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek podlega karze pozbawienia wolności, ale w praktyce nie ma tutaj śledztwa *sensu stricto* ze strony policji. Każdy, kto znajdzie się w posiadaniu niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek, zostanie skierowany do danej agencji opieki, ale nie będzie ścigany, chociaż policja skonfiskuje narkotyki. Ilość progowa dla konopi wynosi 5g. Od 2012 roku Ustawa o opium pozostawia otwartą możliwość aresztowania i ścigania osób posiadających mniej niż 5g konopi indyjskich w określonych okolicznościach.

Jeżeli chodzi o handel, to Ustawa o opium stanowi, że dostarczanie narkotyków (posiadanie, uprawa lub produkcja, import albo eksport) jest przestępstwem podlegającym karze do 12 lat pozbawienia wolności, w zależności od ilości i rodzaju danego narkotyku.

¹ Thomas ter Laak, *Designer drugs dodge the law: Use of 3-MMC evident in sewage*, 30 September 2021, Designer drugs dodge the law - KWR (kwrwater.nl), dostęp 10.12.2021.

² List holenderskiego sekretarza stanu ds. zdrowia, opieki społecznej i sportu do prezydenta izby niższego stanu generalnego z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie polityki antynarkotykowej (dokument parlamentarny nr 24077, nr 426, <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-24077-426.html>), dostęp 25.10.2019.

Określa ona jednak również surowe warunki, w których punkty sprzedaży i konsumpcji koki indyjskich, zwane „kawiarniami” (ang. *coffee shops*), mogą być tolerowane przez władze lokalne. W marcu 2017 roku w Holandii było 567 „kawiarni”¹.

Prawo lekowe i narkotyki

Niektóre narkotyki są postrzegane jako leki lub rzeczywiście nimi są – tych nie obejmuje Ustawa o opium. Takie substancje zostały wymienione w Ustawie o lekach (*Medicines Act*). Przykładem takiego związku jest ketamina – nielicencjonowana produkcja, zamawianie lub handel narkotykami objętymi Ustawą o lekach jest zabroniona. Wykorzystanie i posiadanie pewnych ilości substancji na własny użytek² nie jest objęte tą ustawą. Wcześniej wiele nowych substancji psychoaktywnych automatycznie podlegało Ustawie o lekach, ale już tak nie jest³.

Kontrola prawna prekursorów narkotyków

Artykuł 10a Ustawy o opium, zgodnie z którym „działania przygotowawcze” są karalne, umożliwia ściganie osób posiadających pewne substancje z oczywistym zamiarem wytwarzania narkotyków lub ułatwiania wytwarzania narkotyków. Artykuł ten stanowi podstawę prawną do podjęcia działań przeciwko prekursorom, jednak wdrożenie tego w praktyce pozostaje trudnym i czasochłonnym zadaniem dla śledczych kryminalnych. Aby skonfiskować substancje, należy również przedstawić dowód, że są one przeznaczone do produkcji narkotyków syntetycznych. W tym przypadku musi istnieć tzw. podwójna intencja.

Rząd holenderski planuje również naprawić tę lukę w przepisach, nowelizując Ustawę o opium. Minister sprawiedliwości, Ferdinand Grapperhaus, przedstawił 11 lipca 2019 roku pakiet nowych środków walki z handlem narkotykami⁴, w tym proponowaną listę kontrolną chemikaliów, które mogą być wykorzystane do nielegalnej produkcji substancji

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2019*, Luxembourg 2019, http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/netherlands/drug-laws-and-drug-law-offences_en, dostęp 24.10.2019.

² W Holandii posiadanie niewielkich ilości narkotyków do użytku osobistego nie jest przedmiotem dochodzenia policji. Każdy, kto posiada mniej niż 5g narkotyków z załącznika I, na ogół nie będzie ścigany, chociaż policja skonfiskuje narkotyki; ściganie uznaje się za skierowanie danej osoby do centrum leczenia. Zobacz: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/netherlands/drug-laws-and-drug-law-offences_en, dostęp 25.10.2019.

³ Ramy prawne i polityczne dotyczące narkotyków (w języku niderlandzkim) / Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM – National Institute for Public Health and the Environment) <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/drugs/wettelijk-en-beleidskader>, dostęp 25.10.2019.

⁴ Versterking strafrechtelijke aanpak ondermijning, 11.07.2019, <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/07/11/versterking-strafrechtelijke-aanpak-ondermijning>, dostęp 26.10.2019.

psychoaktywnych i narkotyków – ich posiadanie, transport, import oraz eksport podlegałyby maksymalnemu wyrokowi sześciu lat pozbawienia wolności.

Podczas gdy Ustawa o opium koncentruje się na produktach końcowych, tj. samych narkotykach, Ustawa o zapobieganiu nadużyciom chemicznym¹ jest bardziej precyzyjna i ma na celu kontrolę substancji wymaganych do produkcji narkotyków syntetycznych, tzw. prekursorów. Wiele z nich jest wykorzystywanych do produkcji leków, co po prostu unie- możliwia wprowadzenie ogólnego zakazu. Z tego powodu opracowano obszerny system nadzoru i licencjonowania w ramach europejskiego rozporządzenia w sprawie prekursorów narkotykowych². Kluczowym filarem tego systemu jest lista substancji sklasyfikowanych, których wytwarzanie lub używanie wymaga posiadania licencji. Naruszenia traktowane są jako przestępstwo gospodarcze.

Problem narkotykowy w Holandii

Holenderscy przestępcy są światowymi liderami w branży narkotyków syntetycznych³ (w szczególności XTC, czyli ecstasy i amfetaminy), z sieciami dystrybucji i działalnością handlową na całym świecie⁴. W 2017 roku wyprodukowano XTC i amfetaminę o wartości co najmniej 18,9 mld euro – jest to szacunek oparty na badaniach u źródła (kwota 18,9 miliardów euro dotyczy cen ulicznych w Holandii i za granicą). Kwota zapłacona za narkotyki syntetyczne „poza laboratorium”, tj. wypłacona bezpośrednio producentom w Holandii, wynosi co najmniej 610 mln euro. W następnych fazach handlu można oszacować, że przychody dla holenderskich przestępców wynoszą 3-5 miliardów euro⁵. Jak zatem widać, jest to wielomiliardowy biznes, tworzący szarą strefę, która jest niezwykle atrakcyjna dla wielu osób. Ten problem wpływa na pozycję i wizerunek kraju w skali międzynarodowej.

Poza sprzedażą „stacjonarną” Holandia znajduje się też w czołówce, jeżeli chodzi o handel internetowy – szacuje się, że jedna czwarta wszystkich globalnych zarobków online

¹ *Wet voorkoming misbruik chemicaliën, Wvnc*, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0007286/2018-11-01>, dostęp 25.10.2019.

² Regulation (EC) No 273/2004 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors (Text with EEA relevance), Official Journal L 047, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32004R0273>, dostęp 26.10.2019.

³ Europejski Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2019, s. 21-42.

⁴ E. Schaart, Politico, 29.07.2019, <https://www.politico.eu/article/brabant-dutch-drug-labs-blight-the-landscape/>, dostęp 26.10.2019.

⁵ P. Tops, J. van Valkenhoef, E. van der Torre I in., *The Netherlands and synthetic drugs: an inconvenient truth*, Eleven International Publishing, Hague 2018, s. 47-52.

z narkotyków syntetycznych pochodzi z tego kraju, a nowe substancje psychoaktywne zamówione w Holandii są dostarczane do dowolnego miejsca na świecie i mają dobry stosunek ceny do jakości¹.

Sama lokalizacja i infrastruktura Holandii są korzystne dla międzynarodowych przedsiębiorców, zarówno w sektorze legalnym, jak i nielegalnym. To sprawia, że kraj jest bezbronny, ale rząd najwyraźniej uparcie nie zdaje sobie z tego sprawy. Ze względu na brak siły roboczej do prowadzenia dochodzeń w sprawie przestępstw związanych z narkotykami syntetycznymi, szansa na złapanie przestępców jest niewielka. Również stosunkowo niskie kary sprawiają, że produkcja narkotyków w tym miejscu staje się jeszcze bardziej atrakcyjna.

Problemem jest również fakt, że holenderski potencjał informacyjny na temat narkotyków syntetycznych jest niewystarczający. Środki finansowe zostały przeznaczone na zatrudnienie ludzi, którzy nie mają możliwości przeprowadzania analiz dotyczących rozwoju i trendów na rynku narkotykowym. Konieczne jest zainwestowanie dodatkowych zasobów finansowych oraz ludzkich, a także konsekwentne podejście do rozwiązania kwestii narkotykowej, opierające się na współpracy na szczeblu europejskim, ale również wewnętrznym, krajowym, co zostało pominięte przez rząd Holandii w dotychczasowych działaniach. Niestety, potrzeba walki z przestępczością związaną z narkotykami syntetycznymi jest traktowana mniej poważnie niż inne kwestie, takie jak zdrowie publiczne, dyplomacja czy gospodarka. Wysiłki antynarkotykowe są traktowane priorytetowo tylko wtedy, gdy przyjazne głowy państw (USA czy Francja) podniosą alarm o rynku narkotykowym w Holandii, ale wpływ tej zewnętrznej presji jest dość krótkotrwały.

Burmistrzowie, sędziowie i policja powoli zaczynają zdawać sobie sprawę, że przestępstwa związane z narkotykami mogą silnie osłabić społeczeństwo. Efekt ten można dostrzec dosłownie na poziomie ulicy, w postaci ekstremalnej przemocy, niebezpieczeństw, jakie nielegalne laboratoria stwarzają dla obszarów mieszkalnych oraz w zanieczyszczeniu środowiska naturalnego, spowodowanego wyrzucaniem odpadów. Na głębszym poziomie istnieje jeszcze bardziej niepokojąca prawda: produkcja narkotyków syntetycznych jest dla wielu osób stosunkowo łatwym sposobem na zgromadzenie pieniędzy i zdobycie władzy. Zorganizowana przestępczość narkotykowa jest obecnie przyczyną rosnącej przemocy, ale

¹ P. Tops, J. van Valkenhoef, E. van der Torre I in., *The Netherlands and synthetic drugs: an inconvenient truth*, Eleven International Publishing, Hague 2018, s. 47-52.

także rosnącej niesprawiedliwości społecznej i nierówności w Holandii. Dlatego szeroko zakrojone podejście do tego problemu powinno być najwyższym priorytetem dla holenderskiego rządu¹.

2.2.3. Działania realizowane przez organizacje pozarządowe

Ważnym elementem bezpieczeństwa społecznego są działania podejmowane przez organizacje pozarządowe. Zaangażowanie tych podmiotów pozwala na wnikliwe ocenianie różnych sytuacji życiowych i wprowadzanie programów w oparciu o potrzeby danej jednostki lub grupy. Dzięki temu osoby znajdujące się w trudnej sytuacji mogą znaleźć pracę i uzyskać dochody z tego tytułu, ogólne bezrobocie zmniejsza się na rzecz rozwoju samozatrudnienia, a nowo utworzone przedsiębiorstwa są wspierane. Działania tych organizacji mają więc na celu zabezpieczenie społeczne, usunięcie marginalizacji społecznej, zaspokajanie potrzeb mieszkaniowych, ochronę zdrowia i wiele innych, ale w węższym zakresie niż w przypadku organizacji rządowych².

Jedną z najważniejszych organizacji pozarządowych, do których zalicza się m.in. wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej, jest Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przystępczości (ang. *United Nations Office on Drugs and Crime*, UNODC). Została założona w 1997 roku pod inną nazwą, a obecną formę przybrała pięć lat później. Jej misją jest przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa społecznego obywatelom całej UE poprzez minimalizowanie problemu narkotykowego i związanych z nimi przestępstw oraz patologii.

Istnieje również wiele innych stowarzyszeń, których działalność skupia się na walce z narkotykami, takich jak Youth Organisations for Drug Action – zrzesza ona instytucje pozarządowe i młodych profesjonalistów współpracujących z młodzieżą w 23 krajach Europy.

W Polsce biuro odpowiedzialne za współpracę z organizacjami pozarządowymi to Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Działają one wspólnie w dziedzinie ochrony i promocji zdrowia oraz w celu przeciwdziałania uzależnieniom. We Francji taką funkcję pełni Biuro antynarkotykowe (OFAST)³, w Holandii istnieje natomiast Krajowy punkt kontaktowy działający w ramach Krajowego Monitora Narkotyków⁴.

¹ P. Tops, J. van Valkenhoef, E. van der Torre I in., *The Netherlands...*, op. cit., Eleven International Publishing, Hague 2018, s. 47-52.

² Z. Domański, *Bezpieczeństwo socjalne*, „Journal of Modern Science”, Tom 2/33/2017, s. 367-384.

³ Ministère de l'Intérieur, *Office anti-stupefiants (OFAST)*, <https://www.police-nationale.interieur.gouv.fr/Organisation/Direction-Centrale-de-la-Police-Judiciaire/Office-anti-stupefiants-OFAST>, dostęp 07.08.2022.

⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Dutch national focal point*, https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox/netherlands_en, dostęp 07.08.2022.

2.2.4. Działania realizowane przez obywateli Unii Europejskiej

Działania realizowane przez obywateli Unii Europejskiej w zakresie zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa społecznego są równie ważne, jak te opracowywane na wyższych szczeblach. Lokalne organizacje są w stanie lepiej poznać problem i zaproponować rozwiązania, które będą skuteczniejsze z perspektywy określonej grupy zagrożonych osób niż te proponowane dla całego społeczeństwa.

W Polsce istnieje Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU, które prowadzi trzecią edycję projektu Profiliada. Członkowie za cel postawili sobie uświadamianie i przedstawianie uczestnikom programu trudnych i stresujących sytuacji życiowych za pośrednictwem dzieł filmowych. Sytuacje te wiążą się z funkcjonowaniem młodzieży w grupach rówieśniczych, w życiu szkolnym lub w innych momentach. Projekt realizowany jest za pomocą cykli spotkań opartych na projekcjach filmowych i wykładach, gdzie analizowane są problemy psychologiczne oraz społeczne.

We Francji aktywnie działa Stowarzyszenie ABCD (fr. *Association Aide Benevole Contre la Drogue*), które ma na celu niesienie pomocy oraz wsparcia osobom dorosłym i nieletnim, dotkniętym problemem wymagającym opieki medycznej, psychologicznej, a także edukacyjnej¹. Pod jej skrzydłami działają instytucje takie jak C.A.A.R.U.D. (fr. *Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues*), czyli Ośrodek Przyjęć i Wsparcia ds. Redukcji Ryzyka dla Użytkowników Narkotyków², świadczące rozmaite usługi, np.:

- spersonalizowane oraz zbiorowe porady dla osób zażywających narkotyki;
- wsparcie dla osób zażywających narkotyki pod kątem opieki medycznej, społecznej, wychowawczej;
- skierowanie do specjalisty, badania przesiewowe;
- zapewnienie czystego, sterylnego sprzętu do zażywania narkotyków;
- nawiązywanie kontaktu z innymi uzależnionymi osobami.

Ciekawe rozwiązania proponuje holenderska organizacja Jellinek, która oferuje pomoc osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych nie tylko osobiście, ale również

¹ Le registre Français du Social et Médico-Social, *Association aide bénévole contre la drogue*, <https://annuaire.action-sociale.org/?c=association-abcd-620002824&details=caracteristiques>, dostęp 07.08.2022.

² Ibidem.

online. Przed skontaktowaniem się z wolontariuszami, na stronie internetowej można znaleźć informacje dotyczące różnych metod leczenia. Znajdują się tam również historie osób, którym udało się wyjść z nałogu, a także test pozwalający określić stadium problemu. Jellinek propaguje również ideę samopomocy, która jest szczególnie skuteczna w przypadku ludzi spożywających alkohol czy narkotyki w sposób ryzykowny, ale problem uzależnienia nie jest jeszcze w ich przypadku bardzo poważny. Co więcej, organizacja prowadzi różne programy, m.in. wolontariat rówieśniczy, który polega na propagowaniu wiedzy dotyczącej substancji psychoaktywnych przez osoby w podobnym wieku do grupy uzależnionych¹.

Coraz więcej działań realizowanych przez obywateli w zakresie bezpieczeństwa społecznego opiera się na szeroko rozumianej profilaktyce i edukacji młodzieży z zakresu profilaktyki uzależnień, wykorzystując przy tym nowoczesne:

- metody – nie każda forma zażywania narkotyków stanowi problem i nie każdy narkoman jest problemem z punktu widzenia bezpieczeństwa. Jednak narkotyki stwarzają ryzyko i kiedy ludzie mają z nimi kłopoty, należy im pomóc. Osoby zażywające narkotyki nie zasługują na karanie, a już tym bardziej na karę więzienia². Dla przykładu, w Polsce konsumenci nielegalnych substancji psychoaktywnych przestali być przedmiotem postępowań karnych, bowiem od 2011 roku obowiązuje prawo pozwalające prokuratorom umorzyć postępowanie (art. 62a Uopn), jeśli posiadana ilość narkotyków była „nieznaczna”³;
- techniki przekazu – skupianie się na podejściu, które przede wszystkim ogranicza negatywne konsekwencje i skupia się na humanitarnym podejściu do wszystkich obywateli zażywających narkotyki niezależnie od tego, jakich substancji używają i jak to robią⁴;
- środki⁵ – prowadzenie kampanii prewencyjnych, prawidłowego przekazu informacji i namawianie do wprowadzenia jasnych przepisów⁶.

¹ Jellinek, *Jellinek: Deskundige hulp bij verslaving*, <https://www.jellinek.nl/>, dostęp 07.08.2022.

² Smart on Drugs, *Over Smart on Drugs*, Kortrijk, <https://smartondrugs.be/wie-zijn-wij/#over-smart-on-drugs>, dostęp 14.06.2022.

³ I. Zielinko, *Kara za narkotyki. Czy dla wymiaru kary ma znaczenie, jakiego rodzaju narkotyków dotyczy przestępstwo?*, <http://adwokatzielinko.pl/czy-dla-wymiaru-kary-ma-znaczenie-jakiego-rodzaju-narkotykow-dotyczy-przestepstwo/>, dostęp 14.06.2022.

⁴ Smart on Drugs, *Over Smart on Drugs*, Kortrijk, <https://smartondrugs.be/wie-zijn-wij/#over-smart-on-drugs>, dostęp 14.06.2022.

⁵ *Organizacje pozarządowe przeciwdziałają uzależnieniom*, dn. 26.08.2010, Pomorze Zachodnie, www.wzp.pl, dostęp 29.05.2022.

⁶ Smart on Drugs, *Over Smart... op. cit.*, dostęp 14.06.2022.

2.3. Podaż narkotykowa w Unii Europejskiej – zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego

Przestępczość narkotykowa

Koncepcja rynku narkotyków ulega zmianom w zależności od pojawiających się wzorców zażywania substancji psychoaktywnych. Przestępczość narkotykowa po II wojnie światowej ewoluowała znacząco, prezentując w XXI wieku zupełnie inny model. Nie można zignorować wpływu czynników kulturowych i społecznych oraz powiązań z szeroko pojmowaną przestępczością, w tym powiązań mafijnych (z mafią rosyjską¹, albańską, południowoamerykańską, turecką, zachodnioafrykańskimi grupami przestępczymi² i innymi). Przyspieszone tempo zmian zachodzących na rynkach narkotykowych jest spowodowane globalizacją i rozwojem technologii. Przestępcy szybko znajdują nowe rozwiązania, a następnie dostosowują do nich sposób funkcjonowania poprzez sprawną wymianę informacji – wykorzystują internet jako medium społeczne i handlowe oraz rozwijają handel międzynarodowy.

Rosnąca kompleksowość organizacyjna i techniczna grup przestępczych skutkuje bardzo dużą dywersyfikacją działalności. Kolejnym czynnikiem są powiązania grup przestępczych, które mają miejsce ponad granicami etnicznymi i geograficznymi, a także wyspecjalizowanie się w handlu narkotykami – zorganizowane grupy specjalizują się w zakresie konkretnych ról, wykorzystywania oraz rozpowszechniania zasobów, a także korzystania ze specjalistycznej wiedzy.

W raporcie Agencji Unii Europejskiej ds. Współpracy Organów Ścigania (Europolu) z 2017 roku na temat oceny zagrożeń poważną i zorganizowaną przestępczością (SOCTA), zidentyfikowano około 5 tysięcy międzynarodowych zorganizowanych grup przestępczych, działających w krajach UE w tym samym roku. Szacuje się, że ponad jedna trzecia była zaangażowana w handel narkotykami, co sprawia, że ten problem jest bardziej powszechny niż przestępstwa dotyczące mienia, przemytu migrantów, handlu ludźmi, oszustw akcyzowych czy jakakolwiek inna nielegalna działalność³. Wynika to z faktu, że rynki narkotykowe stanowią obecnie jeden z najbardziej dochodowych obszarów działalności przestępców⁴.

¹ E. Ornacka, W. Sumliński, V. Krasnowska, *Pruszków pod Moskwą*, 14.12.2003, <https://www.wprost.pl/53363/Pruszkow-pod-Moskwa>, dostęp 22.03.2019.

² K. Izak, M. Kluczyński, *Handel narkotykami jako źródło finansowania terroryzmu*, [w:] Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego, nr 10/14, Artykuły i rozprawy, 2014, s. 38.

³ L. Paoli, *What is the link between organized crime and drug trafficking?*, ResearchGate, KU Leuven 2018, https://www.researchgate.net/publication/325120387_What_is_the_link_between_organized_crime_and_drug_trafficking, dostęp 27.03.2019.

⁴ Według szacunków EMCDDA obywatele UE wydają na te środki ponad 24,3 mld euro rocznie – od 21 do 31 mld euro (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016, s. 18). Szacuje się, że konopie indyjskie

Według danych Komendy Głównej Policji w Polsce przestępstwa narkotykowe można podzielić na dwie grupy:

- przestępstwa związane z włamaniami, kradzieżami czy napadami, zwane kryminalnymi przestępstwami pospolitymi;
- przestępstwa określone ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii, takie jak nielegalna produkcja, sprzedaż, przemyt czy rozpowszechnianie narkotyków¹.

Szczególnie niebezpieczne okazały się przestępstwa tej drugiej kategorii, gdyż powiązane są z przemytem heroiny i kokainy. Ponadto Polska okazała się głównym producentem amfetaminy, zajmując się także jej eksportem. Mimo że walka z przemytem narkotyków została zintensyfikowana, to wciąż przechwytywane jest zaledwie 10% szmuglowanych i produkowanych środków odurzających².

W rzeczywistości zależność pomiędzy narkotykami a przestępczością jest trudna do oszacowania, gdyż wiele takich związków nie zostaje zarejestrowanych, a oficjalne dane statystyczne w niepełny sposób oddają skalę zagadnienia.

Produkcja i handel narkotykami

Grupy przestępcze skupiają się na kilku tradycyjnych i sprawdzonych rynkach, ale znajdują także nowe strategiczne punkty produkcji i handlu, tzw. hotspoty. Innowacje w wytwarzaniu narkotyków syntetycznych oraz zmiany w uprawie konopi indyjskich wpływają na coraz większe możliwości produkcji blisko rynków konsumenckich w Unii Europejskiej.

Szacuje się, że produkcja narkotyków i handel nimi odpowiadają za jedną piątą światowych wpływów z działalności przestępczej. W 2016 roku w Unii Europejskiej wpływy te zostały oszacowane na blisko 0,1-0,6% produktu krajowego brutto ośmiu państw członkowskich, które udostępniły swoje dane³. Z kolei, jak zostało wcześniej wspomniane, wartość detaliczna rynku narkotykowego w krajach UE wynosi co najmniej 24 mld euro rocznie, z czego 38% stanowią konopie indyjskie, 28% heroina i 24% kokaina. Wartości te są tylko

stanowią 38% rynku detalicznego narkotyków o wartości ponad 9,3 mld euro rocznie (od 8,4 do 12,9 mld euro). Około 22 milionów dorosłych obywateli Unii miało styczność z konopiami w ciągu 2016 roku, a około 1% pełnoletnich Europejczyków sięga po nie praktycznie codziennie (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku narkotykowym w UE, Przegląd strategiczny*, Luksemburg 2016, s. 11-31).

¹ Z. Domański, *Bezpieczeństwo socjalne...*, op. cit., s. 367-384.

² Ibidem.

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku narkotykowym w UE: Przegląd strategiczny*, Luksemburg 2016, s. 11-31.

szacunkami i powinny być traktowane jako minimalne, gdyż opierają się wyłącznie na pięciu głównych rodzajach substancji odurzających. Dodatkowo dostęp do rzetelnych danych jest ograniczony, dlatego też obliczenia są oparte na ogólnych założeniach¹.

Udział w terroryzmie

Działalność terrorystyczna w Europie jest coraz bardziej rozdrobniona², prowadzona zwykle przez niewielkie komórki organizacyjne lub nawet „samotne wilki”. Znaczna część środków finansowych takich grup pochodzi bezpośrednio z handlu narkotykami. Z badań rynku wynika także, że wiele osób zaangażowanych w działania terrorystyczne miało w przeszłości do czynienia z przestępczością o niższym poziomie szkodliwości, m.in. właśnie handlując narkotykami. Tego typu kontakty wykorzystywane są w różny sposób do kolejnej nielegalnej działalności, jaką jest finansowanie terroryzmu.

Potencjalne zagrożenia, jakie wynikają z powiązań między rynkiem narkotykowym a terroryzmem, są następujące:

- finansowanie organizacji terrorystycznych – potencjalne zagrożenia obejmują ponowne zainteresowanie produkcją opioidów w Afganistanie i krajach sąsiednich oraz produkcją i handlem narkotykami w Afryce i na Bliskim Wschodzie;
- niestabilność gospodarcza i geograficzne położenie – niestabilna sytuacja w Syrii i jej wpływ na państwa sąsiednie oraz niektóre kraje UE przyczyniła się do powstania hotspotu geograficznego, obejmującego także wiele powiązanych zagrożeń;
- radykalizacja – osoby pochodzące ze społeczności zmarginalizowanych są bardziej narażone na pozbawienie wolności za przestępstwa narkotykowe, a przebywanie tych ludzi w zakładach karnych może sprzyjać ich radykalizacji³.

Należy zaznaczyć, że w każdym z tych obszarów istnieją wyraźne luki informacyjne, a jednodziedzinowa specjalizacja osób walczących z tego typu przestępczością może spowodować przeoczenie pewnych znaczących powiązań. Dlatego tak istotna jest współpraca i koordynacja działań na wielu płaszczyznach.

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku narkotykowym w UE: Przegląd strategiczny*, Luksemburg 2016, s. 11-31.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *EU Drug Markets Report: In-Depth Analysis*, EMCDDA–Europol Joint publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2016, s. 27-42.

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku..., op. cit.*, s. 11-31.

Problem narkotykowy a gospodarka

Zorganizowane grupy przestępcze zajmujące się m.in. handlem narkotykami i ich produkcją mają ogromny wpływ na legalnie działające firmy i szeroko pojętą gospodarkę poprzez wprowadzanie do legalnego obrotu bardzo dużych kwot finansowych generowanych w ramach nielegalnej działalności. Takie „brudne pieniądze” służą do nabywania firm i aktywów o znaczącej wartości – jest to jeden ze sposobów na ich oczyszczenie. Wpływa to na zniekształcenie gospodarki, stawiając firmy i konsumentów w niekorzystnej sytuacji konkurencyjnej. Kolejnym problemem jest narażenie przedsiębiorców na nieświadome uczestnictwo w nielegalnych transakcjach, w praniu brudnych pieniędzy, kradzieżach energii elektrycznej lub szkodach w wynajmowanych nieruchomościach, wykorzystywanych do produkcji narkotyków¹.

Obciążanie instytucji publicznych

W celu ograniczenia podaży narkotyków instytucje publiczne podejmują działania polegające na tym, że część budżetu planowana jest na wydatki związane z polityką antynarkotkową. Tego typu wydatki są bardzo dotkliwie odczuwane przez całe społeczności zarówno na szczeblu krajowym, jak i unijnym².

Kolejnym problemem jest fakt, że korupcja oraz wymuszenia to standardowe działania przestępców – pozwalają na omińnięcie przepisów dotyczących przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz prowadzenia nielegalnej działalności. Wpływa to negatywnie na rozwój i stabilność krajów, w których dokonuje się przemytu, produkcji czy handlu narkotykami ze względu na słabe struktury zarządzania, ale również na urzędników publicznych, wymiar sprawiedliwości, prawodawców oraz polityków. W państwach z brakującymi legalnymi możliwościami generowania dochodu stawia się na międzynarodowe programy rozwoju w ramach polityki antynarkotkowej. Zmiany demograficzne i społeczne pozwalają sądzić,

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku...*, *op. cit.*, s. 11-31.

² Komisja Europejska – na podstawie szacunków wyspecjalizowanych instytucji i organów takich jak Międzynarodowa Izba Handlowa, Transparency International, ONZ i Światowe Forum Ekonomiczne – oszacowała, że korupcja kosztuje gospodarkę europejską 120 miliardów euro rocznie. Sugeruje się, że korupcja to 5% PKB na poziomie światowym. Komisja uwzględniła jednak w swoich szacunkach jedynie utracone dochody podatkowe i inwestycje, nie licząc dalszych składników kosztów pośrednich (zob. COM(2014) 38 final, https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/documents/policies/organized-crime-and-human-trafficking/corruption/docs/acr_2014_en.pdf, dostęp 26.03.2019).

że problem ten będzie się w przyszłości nasilał, obejmując dodatkowo rozwój nowych konsumenckich rynków narkotykowych w regionach rozwijających się¹.

2.4. Popyt na narkotyki w Unii Europejskiej – zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego

Problem politoksykomanii

W wielu krajach członkowskich UE zauważa się tendencję wzrostową problemu politoksykomanii, czyli równoczesnego łączenia ze sobą różnych substancji odurzających. Najczęstszym modelem jest spożywanie alkoholu wraz z tytoniem i lekami lub marihuaną. Niekiedy z takim zachowaniem związane są zaburzenia psychiczne, które wraz z zaburzeniami spowodowanymi stosowaniem narkotyków stanowią ogromne wyzwanie dla placówek leczenia uzależnień oraz ośrodków zdrowia publicznego.

Wykrycie jednoczesnego stosowania różnych substancji ma duże znaczenie, ponieważ w takim przypadku występuje większe ryzyko przedawkowania. Przykładem szalenie niebezpiecznego połączenia jest stosowanie opioidów z benzodiazepinami. Niestety, dostępne dane są niejednorodne i bardzo ograniczone – można z nich natomiast wywnioskować, że główne problemy związane z łączeniem różnych substancji to silna depresja, zaburzenia osobowości (tzw. borderline oraz zaburzenia antyspołeczne) oraz zaburzenia lękowe (głównie napady paniki i zespół stresu pourazowego)².

Patologie społeczne

Pojęcie „patologia” pochodzi od greckiego *pathos* oznaczającego cierpienie, tragizm i smutek³. W Polsce najczęściej przywoływanym prekursorem pojęcia patologii jest Adam Podgórecki. Według niego jest to rodzaj zachowania, typ instytucji czy działania danego systemu społecznego, który jest sprzeczny z ogólnymi światopoglądowymi wartościami akceptowanymi w danej społeczności⁴. Jest także czynnikiem wpływającym na utratę poczucia bezpieczeństwa, gdyż zakłóca równowagę panującą dotąd w społeczeństwie, co wpływa na

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europol, *Raport o rynku...*, op. cit., s. 11-31.

² Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2016*, London 2016, s. 61-76.

³ Z. Domański, *Bezpieczeństwo socjalne...*, op. cit., s. 367-384.

⁴ A. Podgórecki, *Patologia życia społecznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1969, 402 s.

osłabienie więzi, zmniejszenie skuteczności kontroli społecznej oraz wzmacnia inne negatywne zjawiska¹. Zależność jest następująca: im częstsza obecność zachowań patologicznych, tym mniejsze poczucie bezpieczeństwa społecznego.

Najczęściej występującą patologią po alkoholizmie jest narkomania². Uzależnienie od środków psychotropowych, w tym nowych substancji psychoaktywnych, jest zespołem zjawisk fizycznych lub psychicznych, które wynikają z negatywnego oddziaływania na organizm ludzki³. Takie nadmierne i ryzykowne zażywanie uderza w człowieka, sprowadzając go na margines fizjologicznej i psychicznej egzystencji⁴.

Zjawisko wzrostu zażywania narkotyków często tłumaczone jest jako ucieczka przed trudnymi wyzwaniami współczesnego świata. Jednakże niezależnie od przyczyn, konsekwencje są bardzo niebezpieczne i mają ogromny wpływ na bezpieczeństwo społeczne. Problem uzależnień wynika m.in. z odchodzenia od wartości etycznych, moralnych czy religijnych ludzi żyjących w różnych systemach politycznych takich jak komunizm, kapitalizm, liberalizm. Patologie społeczne objawiają się głównie poprzez wzrost agresji, znieczulicę moralną, terroryzm, manipulację, wzrost przestępczości wśród nieletnich, seryjne morderstwa itd.⁵. Narkomania wpływa m.in. na zanikanie więzi, systemów wartości, degradację jednostek, a także na ich relacje z rodziną, ze środowiskiem szkolnym, ale również w życiu zawodowym. W dużym stopniu związana jest z nieprzystosowaniem społecznym osób zażywających substancje psychotropowe. Tacy ludzie tracą poczucie rzeczywistości oraz uczucia takie jak miłość, przyjaźń, lojalność, obowiązkowość⁶. Dochodzą do tego problemy natury prawnej związane z posiadaniem, zażywaniem lub nakłanianiem innych do zażywania narkotyków.

Dla wielu ludzi żyjących w Unii Europejskiej środki psychotropowe, w tym nowe substancje psychoaktywne, stały się doskonałą metodą na przezwyciężanie problemów i radzenie sobie z negatywnymi emocjami. Część z tych osób, popadając w coraz głębszą depresję, sięga po nie, aby zmniejszyć lęk i zagłuszyć wzrastający niepokój związany z kolejnym dniem. Niektórzy nie potrafią bez nich zasnąć ani zacząć nowego dnia.

¹ M. Borowski, R. Dobrzaniecki (red.), *Patologie społeczne*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica – Novum. Płock–Wyszków 2009.

² Z. Domański, *Bezpieczeństwo socjalne...*, op. cit., s. 367-384.

³ M. Jędrzejczak, *Narkomania w wojsku: epidemiologia – program profilaktyki*, Kielce: Kieleckie Towarzystwo Edukacji Ekonomicznej, 2000.

⁴ M. Jędrzejko, *Człowiek zniewolony. Moralne aspekty narkomanii*, Wydawnictwo Ulmak, Warszawa Pruszków 2003, s. 9.

⁵ M. Jędrzejko, M. Kowalski, B. Rosik i in., *Narkotyki i dopalacze, zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profilaktyka*, ASPRA-JR, Warszawa 2016, s. 21-53.

⁶ Z. Domański, *Bezpieczeństwo socjalne...*, op. cit., s. 367-384.

Dlatego problem narkomanii należy wpisać w zakres współczesnych zagrożeń społecznych, a dodatkowe potwierdzenie stanowią następujące argumenty:

- państwo i obywatele ponoszą coraz większe koszty dotyczące zwalczania narko-biznesu oraz leczenia osób uzależnionych;
- mechanizm związany z uzależnieniami stanowi zagrożenie dla samych osób uzależnionych, jak i osób trzecich;
- nowe substancje psychoaktywne oraz inne narkotyki stanowią źródło istotnych problemów w szerszym wymiarze indywidualnym i społecznym;
- podaż NSP jest jednym z głównych źródeł rozwoju przestępczości międzynarodowej i krajowej;
- uzależnienie od narkotyków i NSP dezorganizuje życie jednostki na wiele lat, w niektórych przypadkach nawet do końca życia¹.

Analiza narkomanii w aspekcie zagrożenia dla bezpieczeństwa społecznego wykazuje jego złożoność. Pojawiają się nowe trendy, zjawiska, a nawet oficjalne działania związane z próbą zalegalizowania narkotyków. Profilaktyka nie nadąża za realnymi zagrożeniami, dlatego po raz kolejny należy podkreślić, że nadużywanie narkotyków i NSP stanowi obecnie istotne zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego.

2.5. Profilaktyka uzależnień od narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych

Według Krzysztofa Ostaszewskiego, eksperta Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, profilaktyka to świadome działanie nastawione na jednostkę lub grupę społeczną, które ma na celu zapobieganie różnorodnym problemom, zanim one wystąpią².

Ten sam autor mówi także o tym, że profilaktyka uzależnień ma na celu zarówno ograniczanie rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych, jak i zapobiegania różnym szkodom zdrowotnym i społecznym, takim jak marginalizacja, problemy z uzyskaniem zatrudnienia, problemy w nauce itp.³.

Na profilaktykę narkotykową w zakresie bezpieczeństwa społecznego składają się:

¹ M. Z. Jędrzejko, J. Zawadzki, *Narkotyki, środki zastępcze i narkomania, [w:] Narkotyki i narkomania. Zjawiska globalne – problemy lokalne*, M. Jędrzejko, T. Safjański, M. Walancik (red.), Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2015, s. 20.

² Profnet, *Czym jest profilaktyka uzależnień?*, 2022, <https://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/profilaktyka-uzaleznie/>, dostęp 18.06.2022.

³ Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Programy rekomendowane*, <https://programyrekomendowane.pl/strony/wstep,265#:~:text=Przyk%C5%82adami%20dzia%C5%82a%C5%84%20zmierzaj%C4%85cych%20do%20eliminowania,przez%20otoczenie%20spo%C5%82eczne%2C%20os%C5%82abianie%20pozytywnych>, dostęp 18.06.2022.

- działalność edukacyjna i zapobiegawcza;
- programy leczenia osób uzależnionych;
- zwalczanie przestępczości związanej z niedozwolonym obrotem narkotykami;
- programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych;
- współpraca międzynarodowa;
- wymiana informacji;
- monitoring badań i trendów narkotykowych¹.

Profilaktyka narkotykowa jako brakujący element bezpieczeństwa społecznego

Brakującym elementem w definicji bezpieczeństwa społecznego w przypadku zażywania środków odurzających jest polityka zdrowotna, w której skład wchodzi cztery filary:

- zapobieganie (profilaktyka);
- leczenie;
- redukcja szkód;
- regulacje prawne².

Strategie profilaktyczne dotyczące narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych mają na celu zapobieganie ich zażywaniu lub szkodliwemu stosowaniu. Przykłady mechanizmów zapobiegawczych obejmują informowanie o skutkach i szkodliwości środków odurzających, pomaganie ludziom w redukowaniu stresu w ich życiu czy tworzenie bezpiecznych środowisk, które zmniejszają ryzyko wystąpienia szkodliwego użytkowania.

Strategie redukcji szkód mają na celu zmniejszenie negatywnych konsekwencji związanych z używaniem narkotyków oraz innych powiązanych czynników ryzyka. Przykłady mechanizmów redukcji szkód obejmują programy wymiany igieł i strzykawek, programy leczenia substytucyjnego lub alternatywy dla kar czy programy leczenia uzależnień³.

Leczenie osób uzależnionych czy postępowanie po zakończeniu leczenia, które ma sprawić, że człowiek nie wróci do nałogu, nie są działaniami stricte profilaktycznymi, jednak są niezbędne w rozwiązywaniu problemów społecznych oraz zdrowotnych⁴ i uzupełniają się ze strategiami zapobiegawczymi.

¹ K. Rejman, S. Bąk, *Determinanty bezpieczeństwa ...*, op. cit., s. 65-82.

² J. Klingemann, H. Klingemann, *Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie*, Warszawa 2021, s. 1-62.

³ The Victorian Government, *Prevention and harm reduction*, <https://www.health.vic.gov.au/aod-treatment-services/prevention-and-harm-reduction>, dostęp 04.08.2022.

⁴ Ibidem.

W związku z powyższym, konstruowanie programów profilaktycznych musi uwzględniać wiedzę o czynnikach ryzyka i mechanizmach, które pozwolą je osłabić. W przypadku działalności edukacyjnej mogą to być działania nastawione na opóźnienie wieku inicjacji narkotykowej, w przypadku zwalczania przestępczości narkotykowej mogą to być działania wpływające na ograniczenie dostępności do substancji psychoaktywnych. Można również skupić się na wzmacnianiu czynników chroniących, np. rozwijaniu konstruktywnych zainteresowań czy kształtowaniu umiejętności psychospołecznych. Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych mogą kompensować lub redukować wpływ czynników ryzyka¹.

Programy profilaktyczne jako element polityki prozdrowotnej krajów Unii Europejskiej

Profilaktyka uzależnień realizowana jest na podstawie szerokiego wachlarza działań różniących się od siebie celami, zakresem, grupami docelowymi, miejscami realizacji, metodologią, czasem realizacji i dostępnymi oraz wymaganymi zasobami. Dlatego też w przypadku określonych interwencji niektóre standardy mogą wydawać się bardziej zasadne niż inne. Zatem powinno się odróżnić otwarte programy zorientowane na klienta i jego potrzeby (jak np. krótkie interwencje czy programy środowiskowe) od zamkniętych, długoterminowych programów o ustalonych celach do zrealizowania (jak np. programy szkolne przy użyciu gotowych scenariuszy). W związku z powyższym standardy jakości dzielą się na trzy poziomy wyłonione w wyniku konsultacji przeprowadzonych podczas ich tworzenia:

- standardy podstawowe – odnoszą się do wszystkich działań z zakresu profilaktyki uzależnień, bez względu na uwarunkowania. Stanowią system opisu dla profesjonalistów, organizacji, projektów i strategii, które obecnie nie spełniają wszystkich standardów ze względu na ograniczone zasoby lub bardzo mały wkład własny. Chodzi tu przede wszystkim o organizacje, których główna działalność nie obejmuje profilaktyki;
- dodatkowe standardy podstawowe – są to standardy podstawowe wykorzystywane w szczególnych okolicznościach;
- standardy specjalistyczne – stanowią uzupełnienie standardów podstawowych i charakteryzują się wyższym poziomem jakości. Tworzą system opisu dla profesjonalistów, organizacji, strategii i projektów, które dysponują większymi zasobami, ale

¹ Profnet, *Czym jest profilaktyka uzależnień?*, 2022, <https://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/profilaktyka-uzalezniem/>, dostęp 18.06.2022.

także dla mniejszych projektów i organizacji, które spełniły już większość standardów podstawowych. Spełnienie wszystkich standardów specjalistycznych jest wskazane, jednak nie zawsze mają one zastosowanie, dlatego też należy tutaj ustalić zasadność, wykonalność i użyteczność poszczególnych standardów specjalistycznych w odniesieniu do konkretnych działań profilaktycznych.

Rozgraniczenie tych standardów pozwala na ustalenie aktualnej formy realizowanego programu i identyfikacji obszarów wymagających poprawy – kiedy już większość podstawowych standardów zostanie osiągnięta, wówczas powinno się dążyć do spełnienia standardów specjalistycznych, które dotyczą ich pracy¹.

Celem tego punktu będzie przybliżenie programów profilaktycznych, podkreślenie ich znaczenia oraz wyznaczenie celów ich stosowania. Zostanie przedstawiony wpływ programów profilaktycznych na społeczeństwo², udowadniając, jak ważną rolę dla bezpieczeństwa społecznego mają właśnie działania zapobiegawcze związane z edukacją, wychowaniem młodzieży, a także rozpoznawaniem oraz wykrywaniem przestępstw³. Warto zwrócić uwagę, że liczba instytucji zajmujących się tymi zagadnieniami jest tak duża, iż w skali krajowej całość niekoniecznie odpowiada modelom działań (restrykcyjnym czy liberalnym), wskutek czego ogromny wysiłek ludzki, organizacyjny oraz finansowy nie znajduje odzwierciedlenia w rzeczywistości⁴.

Definiowanie profilaktyki i edukacji narkotykowej we wszystkich krajach Unii Europejskiej

Aby móc zgłębić temat, na początku należałoby wyjaśnić pojęcie „profilaktyka uzależnień”. Choć w UE nie przyjęto jednolitej definicji, w powszechnej opinii profilaktyka uzależnień stanowi zapobieganie, informowanie, a także ostrzeganie młodych ludzi o skutkach i zagrożeniach związanych z zażywaniem narkotyków.

Profilaktyka często stawiana jest na równym poziomie z kampaniami medialnymi przeciwdziałającymi zażywaniu narkotyków, jednak trzeba zwrócić uwagę, że obecnie nie

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków: podrecznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011, s. 38-55.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016, s. 70.

³ Jędrzejko M., Safjański T., Walancik M., *Narkotyki i Narkomania, Zjawiska globalne – problemy lokalne*, Warszawa 2015, s. 153-172.

⁴ Składają się na to elementy takie jak np. fakt, że faza terapeutyczna nie odpowiada rzeczywistym potrzebom lub że duży problem stanowi odmienność modeli polityki antynarkotykowej (np. relacja Polska-Czechy, gdzie substancje, które w Polsce są nielegalne, w Czechach są legalne) czy też brak natychmiastowych i nakazowych modeli terapeutycznych w terminie natychmiastowym.

ma dowodów, iż samo dostarczanie informacji ogranicza spożycie substancji psychoaktywnych¹.

Podręcznik dotyczący Europejskich Standardów Jakości definiuje profilaktykę uzależnień jako „ogół działań, które (przynajmniej częściowo) zmierzają do zapobiegania, opóźniania lub redukcji używania substancji psychoaktywnych i/lub związanych z tym negatywnych skutków w populacji ogólnej lub subpopulacjach. Przedmiotowe działania obejmują zapobieganie lub opóźnianie inicjacji narkotykowej, promowanie abstynencji, redukcję częstotliwości używania i/lub ilości używanych substancji, zapobieganie przechodzeniu na coraz bardziej niebezpieczne i szkodliwe wzory używania i/lub zapobieganie bądź redukcja negatywnych skutków używania. W efekcie, cele działań profilaktycznych opartych na proponowanych standardach są zgodne z celami Strategii Antynarkotykowej UE na lata 2005-2012 ('zapobieganie inicjacji narkotykowej; niedopuszczenie, by używanie eksperymentalne stawało się intensywne; wczesne interwencje w przypadku wzorów używania ryzykownego', Rada Europejska, 2004, str. 10), jednak mogą również skupiać się na redukcji szkód. By spełniać kryteria proponowanych standardów, działania planowane w dokumentacji projektowej powinny w wyraźny sposób odnosić się do jednego lub więcej z ww. celów”².

Profilaktyka i edukacja narkotykowa są często omawiane zamiennie, ale istnieje między nimi pewna różnica. Edukacja ma na celu dostarczanie informacji, faktów i porad na temat narkotyków, na podstawie których jednostki mogą podejmować świadome decyzje, natomiast profilaktyka ma poprawić poziom zdrowia publicznego poprzez identyfikację ryzyka niesionego przez substancje psychoaktywne (czynniki ryzyka), a także ocenę skuteczności interwencji zapobiegawczych i sugerowanie odpowiednich działań (czynniki ochronne)³.

Wśród wielu czynników ryzyka są procesy biologiczne, cechy osobowości, zaburzenia zdrowia psychicznego, zaniedbywanie i wykorzystywanie przez rodzinę, słabe przywiązanie do szkoły czy społeczności, sprzyjające ryzykownym zachowaniom normy społeczne i środowiska oraz dorastanie w społecznościach marginalizowanych czy ubogich⁴.

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s. 49-60.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011, s. 36.

³ Society for Prevention Research, *Standards of Knowledge for the Science of Prevention*, VA: Society for Prevention Research, Fairfax 01/06/2011, s. 21.

⁴ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *International Standards on Drug Use Prevention*, Vienna 2015, s. 48.

Czynniki ochronne obejmują: dobre samopoczucie, wysokie kompetencje osobiste i społeczne, silne przywiązanie do opiekuńczych rodziców oraz do dobrze wyposażonych i zorganizowanych szkół czy społeczności¹.

Definicja Europejskich Standardów Jakości działań profilaktycznych

Standardy jakości to normy, które pomagają ocenić, czy przykładowe działanie lub jego realizator spełniają kryteria wysokiej jakości. Najczęściej powstają one w oparciu o konsensus w środowisku zawodowym. Nacisk jest kładziony przede wszystkim na strukturalno-proceduralne zagadnienia związane z zapewnieniem jakości, np. ewaluacja, bezpieczeństwo uczestników itd.². Tymczasem Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (ang. *European Drug Prevention Quality Standards*, EDPQS) są zbiorem zasad wspomagających wypracowanie i ocenę jakości działań w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków. Powstały one dzięki Europejskiemu Partnerstwu dla Standardów w Profilaktyce w wyniku przeglądu istniejących międzynarodowych i krajowych standardów oraz konsultacji z ponad 400 profesjonalistami z sześciu krajów UE³. Należy podkreślić, że jest to pierwszy na skalę europejską system odniesienia w zakresie wysokiej jakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków, polegający na konsensusie, dowodach naukowych i doświadczeniach praktycznych. Europejskie Standardy mają zastosowanie w przypadku:

- działań profilaktycznych;
- miejsc;
- populacji docelowych⁴.

¹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *International Standards on Drug Use Prevention*, Vienna 2015, s. 48.

² Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS): Poradnik (Toolkit) 2: Przegląd i poprawa jakości działań profilaktycznych (Samodzielna ocena i Autorefleksja)*, European drug prevention quality standards, Phase II, Włocławek 2015, s. 13.

³ A. Malczewski, *Promocja Dobrych Praktyk w profilaktyce uzależnień do narkotyków – cz. I*, Profent, 29/08/2018, <https://www.profnet.org.pl/promocja-dobrych-praktyk-w-profilaktyce-uzalezniem-od-narkotykow-cz-i/>, dostęp 08.03.2020.

⁴ Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS): Poradnik (Toolkit) 2: Przegląd i poprawa jakości działań profilaktycznych (Samodzielna ocena i Autorefleksja)*, European drug prevention quality standards, Phase II, Włocławek 2015, s. 13.

Poszczególne części Europejskich Standardów Jakości działań profilaktycznych

Oprócz podręcznika dla specjalistów profilaktyki uzależnień z 2011 roku (EDPQS1 Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków), istnieją także cztery poradniki powstałe w 2015 roku:

1. Poradnik (Toolkit) nr 1 EDPQS2: Wybór jakościowych inicjatyw profilaktycznych pod kątem finansowania i wsparcia („Finansowanie i Podejmowanie decyzji”) – jest on kierowany do twórców i realizatorów strategii decyzyjnych, sponsorów oraz zlecających. Ma on na celu usprawnienie procesu decyzyjnego. Istnieje także lista kontrolna w postaci Kryteriów Oceny Jakości, która stanowi narzędzie służące do usystematyzowania inicjatyw profilaktycznych. Korzyści, jakie płyną z Poradnika nr 1, znajdują swoje odzwierciedlenie w postaci Listy kontrolnej. Może ona w istotny sposób pomóc przy wyborze wysokojakościowych programów profilaktycznych, na które planuje się przeznaczyć środki finansowe. Lista ta została podzielona na dwie zasadnicze części. Lista A pomaga głównie w selekcji programu pod kątem finansowania oraz innych form wsparcia, takich jak kwestie wspólne, ocena potrzeb, ocena zasobów, ramy programu, konstrukcja interwencji, zarządzanie i mobilizacja zasobów. Lista B przeznaczona jest do działań następczych lub do przeglądu finansowego oraz realizowanego programu poprzez realizację, monitoring, ewaluację końcowe, rozpowszechnianie i doskonalenie. Dokonując analizy przykładowego programu profilaktycznego za pomocą Listy kontrolnej (całej lub jej fragmentu) można otrzymać odpowiedź dotyczącą zalet i wad programu.

2. Poradnik (Toolkit) nr 2 EDPQS3: Przegląd i poprawa jakości działań profilaktycznych („Samodzielna ocena i autorefleksja”). Praktyczne zastosowanie poradnika – służy do wypełnienia luki między nauką a praktyką. Stanowi przydatne narzędzie w planowaniu oraz wdrażaniu działań profilaktycznych. Może również pomóc w komunikacji między różnymi specjalistami, a także wspomóc rozwój zawodowy oraz zostać wykorzystany do nieformalnych celów, takich jak autorefleksja obejmująca identyfikację mocnych stron lub obszarów wymagających dalszego rozwoju czy szkolenia zawodowego. Poradnik nr 2 zachęca praktyków i innych profesjonalistów z obszaru profilaktyki do zastanowienia się, w jakim stopniu istniejące działania spełniają Standardy oraz jak można je udoskonalić w celu uzyskania trwalszego efektu. W tym Poradniku znajdują się narzędzia, takie jak Listy kontrolne i Kwestionariusze opracowane na podstawie EDPQS. Mają one ułatwić codzienną pracę, zwłaszcza w zakresie planowania i wdrażania działań profilaktycznych. Celem prezentowanego

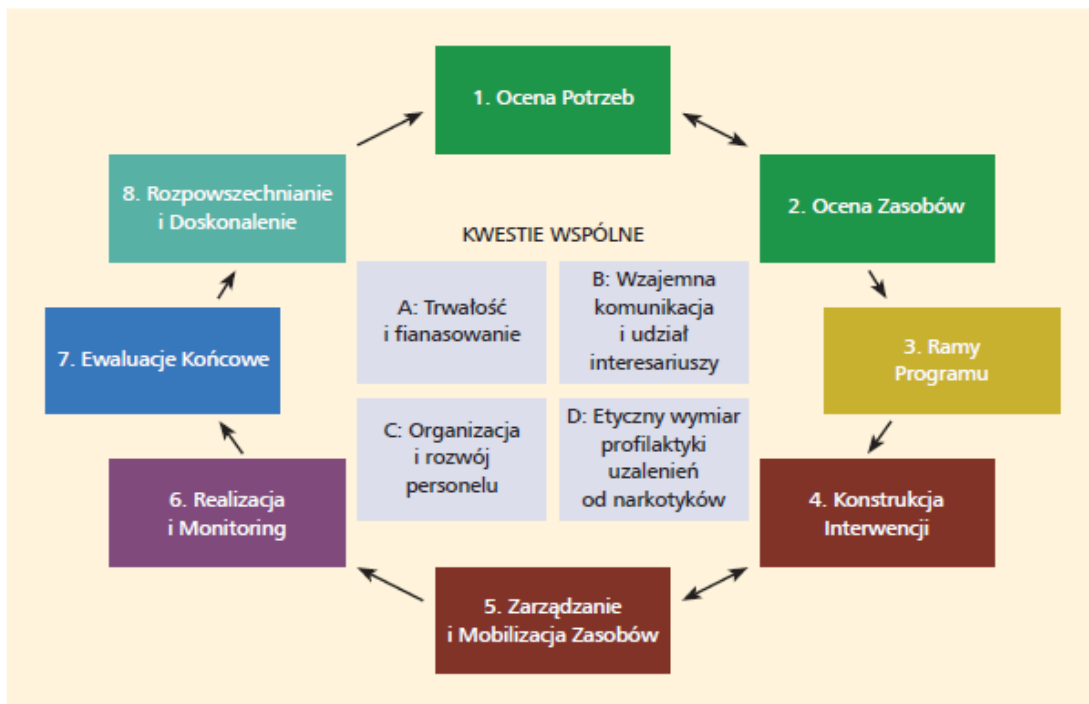
zestawu jest podnoszenie świadomości co do potrzeby tworzenia wysokojakościowych interwencji z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków. I nie chodzi tu o zewnętrzną weryfikację czy ocenę działań, zestaw daje możliwość zwiększenia skuteczności codziennej pracy oraz uwzględnienia istotnych kwestii dotyczących zapewniania jakości w wysiłkach zapobiegawczych wobec używania substancji psychoaktywnych i promocji zdrowia¹.

3. Poradnik (Toolkit) nr 3 EDPQS4: Prowadzenie szkoleń na temat stosowania i wdrażania standardów („Poradnik Szkoleniowy”). Podręcznik Trenera – zawiera wskazówki do realizacji szkoleń na temat Europejskich Standardów Jakości. Dane mogą być zbierane podczas szkoleń lub dostarczone przez ich uczestników.

4. Poradnik (Toolkit) nr 4 EDPQS5: Promocja standardów jakości w różnych kontekstach („Adaptacja i Rozpowszechnianie”). Wprowadzenie i Kluczowe wnioski – kierowany jest do osób pragnących podnieść jakość działań profilaktycznych poprzez promocję standardów jakości w swoim kraju. Poradnik daje możliwość uczenia się od innych, którzy zmierzyli się z tymi samymi wyzwaniami. Oferuje on także usystematyzowane, etapowe podejście do procesu tłumaczenia, adaptacji i rozpowszechniania Europejskich Standardów Jakości.

¹ P. Oniszk, *Europejskie Standardy Jakości w profilaktyce*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Fundacja Pozytywnej Profilaktyki, s. 1-8, http://pozytywnaprofilaktyka.org/wp-content/uploads/2019/01/P.Oniszk_Europejskie_Standardy_Jakości_w_profilaktyce.pdf, dostęp 08.03.2020.

Kryteria w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych w krajach Unii Europejskiej (rys.2.3.)



Rys. 2.3. Cykl projektowy programu profilaktycznego

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011, s. 50.

1. Ocena potrzeb

Przed dokładnym zaplanowaniem interwencji trzeba poznać zakres potrzeb użytkowników narkotyków – istnieją cztery wyraźne kategorie:

- potrzeby w dziedzinie polityki;
- ogólne potrzeby społeczności;
- potrzeby wskutek luk w realizacji działań profilaktycznych;
- specyficzne potrzeby grupy docelowej.

2. Ocena zasobów

Podczas gdy ocena potrzeb wskazuje, co powinno się osiągnąć poprzez realizację programu, ocena zasobów dostarcza istotnych informacji, czy osiągnięcie tego celu jest możliwe, a jeśli tak, to w jaki sposób. Dlatego należy dokonać:

- oceny grupy docelowej i zasobów społeczności – programy profilaktyczne mogą być wydajne tylko wtedy, gdy grupa docelowa, organizacje, beneficjanci czy dana społeczność gotowa jest do włączenia się w nie;
- oceny własnego potencjału – interwencja okaże się wykonalna tylko wtedy, kiedy zostaną spełnione kryteria w postaci odpowiedniej liczby personelu, środków finansowych oraz innych zasobów¹.

3. Ramy programu

Określenie ram programu stanowi zarys koncepcji i struktury. Tworzy fundament ukierunkowanego, spójnego, realistycznego oraz szczegółowego planowania. Dwa poprzednie etapy pozwalają na jasne zdefiniowanie kluczowych elementów programu, a celem tego jest doprowadzenie do zmian w sposobie podejścia do profilaktyki. Po kolei należy:

- zdefiniować grupę docelową za pomocą modelu profilaktyki – to pozwala na skierowanie interwencji do odpowiednich osób;
- zastosować model teoretyczny – ten model stanowi ogół powiązanych ze sobą założeń wyjaśniających, w jaki sposób i dlaczego interwencje mają szansę na skuteczną realizację w grupie docelowej;
- określić cele strategiczne, programowe i cząstkowe – pomogą one wyciągnąć korzyści dla grup docelowych:
 - cele strategiczne pozwolą określić długotrwały kierunek programu, jego założenia oraz zamiary;
 - cele programowe jasno zdefiniują rezultaty programu dla uczestników (w momencie zakończenia interwencji);
 - cele cząstkowe stanowią bezpośrednie lub pośrednie zmiany zachowania uczestników niezbędne w osiągnięciu celu końcowego;
 - cele operacyjne pozwolą opisać działania konieczne do osiągnięcia celów głównych i cząstkowych.
- określić miejsce realizacji programu – ocena potrzeb może wskazać jedno lub więcej miejsc przydatnych w realizacji programu, dlatego tutaj trzeba wziąć pod uwagę względy praktyczne;

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011, s. 61-241.

- odwołać się do dowodów skuteczności – należy sięgnąć do bazy dowodowej (przykłady dobrych praktyk) w zakresie skutecznej profilaktyki i wyodrębnić właściwe działania dla danego programu. Dowody muszą się pokrywać z doświadczeniem zawodowym w celu stworzenia interwencji zgodnej ze szczegółowymi uwarunkowaniami programu;
- ustalić harmonogram – należy nakreślić realistyczny harmonogram planowania oraz realizacji programu. Harmonogram może być uaktualniany na bieżąco¹.

4. Konstrukcja interwencji

Proces konstrukcji interwencji składa się z kilku etapów:

- weryfikacja istniejących interwencji – zanim powstanie nowa forma interwencji, należy zorientować się, czy nie istnieje już podobna, która mogłaby być realizowana w ramach danego działania;
- konstruowanie pod kątem jakości i skuteczności w oparciu o sprawdzone naukowe modele teoretyczne – interwencja powinna tworzyć logiczny ciąg działań, odzwierciedlających postępy uczestników w momencie jej prowadzenia;
- dopasowanie interwencji do grupy docelowej (np. za pomocą modelu przedstawionego na rysunku 2.4.) – bez względu na rodzaj interwencji (konstruowana lub istniejąca), należy dopasować ją do grupy docelowej zgodnie z wynikami oceny potrzeb. W przypadku wyboru interwencji już istniejącej, dopasowanie można przeprowadzić w fazie adaptacji, a w przypadku konstruowania interwencji, można ją modyfikować w trakcie;
- działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych – zespół ds. ewaluacji powinien dokonać wyboru odpowiedniej ewaluacji oraz zdefiniować składniki, które odpowiadają celom programowym i cząstkowym. Należy nakreślić, które dane i w jaki sposób będą zbierane, a odnośnie do ewaluacji, należy ustalić model badawczy.

5. Zarządzanie i mobilizacja zasobów

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011, s. 61-241.

Zarządzanie, organizacja i aspekty praktyczne stanowią jeden z głównych elementów do stworzenia skutecznego programu profilaktycznego. Muszą być rozważane równolegle podczas opracowania interwencji, bo jej rozpoczęcie jest uzależnione od uruchomienia dostępnych zasobów oraz zbadania nowych. Ten etap składa się z:

- zaplanowania programu – plan programu pozwala dokumentować nie tylko wszystkie zadania i wymagane procedury, ale także wskazuje kierunki działań wszystkim członkom personelu. Na późniejszym etapie plan projektu podlega konsultacjom, aby sprawdzić, czy program realizowany jest zgodnie z zamierzeniami i czy nie należy go zmodyfikować;
- określenia wymagań finansowych – wymagania finansowe, czyli koszty oraz budżet, pomagają w określeniu potrzebnych zasobów. Koszty nie mogą przekraczać budżetu, ale jeżeli konieczne jest więcej zasobów, plan finansowy określa dodatkowe formy finansowania lub ewentualne modyfikacje planu;
- powołania zespołu – chodzi o ludzi zaangażowanych w program. Członkowie personelu, w tym także wolontariusze, powinni być dobierani zgodnie z wymogami prawnymi i potrzebami programu. Wszystkie zadania powinny być rozdzielone stosownie do kompetencji konkretnych osób;
- rekrutacji i utrzymania uczestników – rekrutacja powinna odbywać się prawidłowo pod kątem metodologicznym i etycznym. Należy zatem wybrać osoby uprawnione do udziału w programie (z grupy docelowej), udzielać im informacji na temat programu oraz dbać, aby włączyli się w działania naprawcze. Z kolei utrzymanie oznacza dbałość o pozostanie w programie do jego ukończenia i osiągnięcia zakładanych celów. Należy identyfikować i usuwać bariery utrudniające uczestnictwo w programie;
- opracowywania materiałów – w tym materiałów służących do realizacji samej interwencji, narzędzi do monitoringu, wyposażenia technicznego, otoczenia fizycznego itp. W przypadku korzystania z materiałów, takich jak książki, filmy czy strony internetowe, należy zadbać o ich wysoką jakość oraz o weryfikację, czy są odpowiednie dla użytkowników;
- tworzenia opisu programu – jego celem jest dostarczenie informacji potrzebnych dla potencjalnych interesariuszy, takich jak grupa docelowa czy sponsorzy. Interwencja i jej działania powinny być szczegółowo opisane, chociaż poziom szczegółów będzie zależał od zakresu programu i odbiorców.

6. Realizacja i monitoring

Na tym etapie następuje wdrożenie planów w życie. Należy zwrócić uwagę na potrzebę zachowania równowagi między wiernym realizowaniem planu a elastycznością w związku z bieżącymi wydarzeniami – można to zrobić poprzez badanie postępów realizacji programu, a także jakości wdrażanych działań oraz, w razie potrzeby, dokonanie kontrolowanych modyfikacji. Istotną rolę odgrywają tutaj:

- działania w przypadku interwencji pilotażowej – czasem interwencja może być przetestowana w postaci projektu o mniejszym zasięgu. Pomaga to zidentyfikować problemy praktyczne oraz jego słabe strony, a także wprowadzić ewentualne modyfikacje;
- realizacja interwencji – odbywa się w momencie zebrania wystarczających dowodów na to, że planowana interwencja jest skuteczna, wykonalna, etyczna i zgodna z planem projektu. W celu ułatwienia prowadzenia późniejszych ewaluacji, faza ta powinna być szczegółowo dokumentowana w kwestii nieprzewidywalnych wydarzeń, zmian lub niepowodzeń;
- monitoring w fazie realizacji – regularny monitoring postępów jest niezbędny w trakcie realizacji programu. Pomaga on przede wszystkim zlokalizować obszary wymagające poprawy, dlatego należy zbierać dane wyniku i procesu, np. w zakresie adekwatności interwencji wobec uczestników, wierności realizacji z planem projektu itp.;
- modyfikacje w fazie realizacji – realizacja powinna być na tyle elastyczna, żeby można było odpowiednio zareagować na nagłe sytuacje, zmiany priorytetów. Modyfikacje powinny się odbywać zgodnie z wynikami przeglądów monitorujących, w minimalnym zakresie. Należy je poprzedzić uzasadnieniem konieczności przeprowadzenia. Same poprawki trzeba dokumentować, a następnie poddać ocenie w celu rozpoznania ich wpływu na uczestników i skuteczność programu.

7. Ewaluacje końcowe

Ewaluacje końcowe są prowadzone w celu zbadania wyników realizacji interwencji oraz całego programu. Na to składają się:

- działania w przypadku ewaluacji wyniku – wyniki są gromadzone zgodnie z pierwotnymi ustaleniami, w oparciu o wskaźniki ewaluacyjne. W zależności od skali

programu i schematu badawczego prowadzone są analizy statystyczne. W pewnych momentach ustalenia ewaluacji wyniku są wyjaśnianie za pomocą relacji przyczynowo – skutkowych;

- działania w przypadku ewaluacji procesu – dokumentują to, co wydarzyło się w trakcie realizacji programu, a także badają jakość i użyteczność programu pod kątem zasięgu czy stopnia dotarcia do grupy docelowej lub innych. Wynik ewaluacji procesu pomaga w zrozumieniu, jak można udoskonalić program¹.

8. Rozpowszechnienie i doskonalenie

Ostatnim etapem jest kwestia oceny, czy program powinien być kontynuowany i jeśli tak, to w jaki sposób. Rozpowszechnienie informacji umożliwia naukę na podstawie doświadczeń z jego realizacji, a także umożliwia kontynuację działań. Odbywa się to poprzez:

- decyzję czy program powinien być kontynuowany – dowody empiryczne zdobyte w ramach monitoringu oraz ocen końcowych umożliwiają podjęcie decyzji dotyczącej ewentualnej kontynuacji – najlepiej jest kontynuować programy wysokojakościowe;
- rozpowszechnienie informacji o programie – może być korzystne np. w celu uzyskania wsparcia ważnych interesariuszy w zakresie kontynuacji programu lub jego doskonalenia na podstawie informacji zwrotnych. Takie działania pozwalają na wzbogacenie dorobku naukowego profilaktyki uzależnień od narkotyków, co następnie ma przełożenie na przyszłe strategie, działania praktyczne i badania w kategorii przeciwdziałania narkomanii;
- działania dotyczące raportu końcowego – mogą być spisane zgodnie z postanowieniami umowy o dofinansowanie lub wyłącznie do informacji. Raport zawiera podsumowanie dokumentacji zgromadzonej na wcześniejszych etapach cyklu projektu, przedstawia działania i ich zakres oraz wnioski z ewaluacji końcowych².

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011, s. 61-241.

² Ibidem.

Modele profilaktyki

Modele profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej różnią się oceną podatności na ryzyko oraz zagrożenia. W profilaktyce uniwersalnej ryzyko zażywania narkotyków dotyczy całej populacji, mimo iż w odniesieniu do jednostek różnice mogą być istotne. W profilaktyce selektywnej do określenia stopnia podatności na zagrożenia służą czynniki socjodemograficzne. Dzięki temu można dotrzeć do zmarginalizowanych mniejszości etnicznych, młodzieży ze środowisk dysfunkcyjnych, młodzieży wchodzącej w konflikt z prawem, rodzin narażonych na problemy społeczne czy miejsc nocnych rozrywek. I o ile te czynniki pomagają w ocenie grup zagrożonych używaniem narkotyków, o tyle nie sposób określić podatności poszczególnych osób. Z kolei profilaktyka wskazująca pomaga, bo dzięki testom przesiewowym i badaniom diagnostycznym przeprowadzonym przez specjalistów, można stwierdzić obecność cech, które wpływają na zwiększenie ryzyka zażywania narkotyków (deficyt uwagi, zaburzenia zachowania itp.)¹.

Istnieje coraz więcej dowodów na skuteczność programów związanych z profilaktyką selektywną, skupiających się na ustalaniu norm czy restrukturyzacji środowiskowej, ale również na motywowaniu jednostek – wyłączone doradztwo, informowanie oraz zwiększanie świadomości nie spełniają swojej funkcji².

Istnieje potrzeba zastosowania zintegrowanego podejścia profilaktycznego, jednak najczęściej programy w poszczególnych krajach są zróżnicowane, informacji nie dostarcza się lub nie odgrywają one swojej roli, a ewaluacje wykazują, że skuteczność wielu programów profilaktycznych jest raczej niewielka. Z drugiej strony, państwa członkowskie podjęły wiele działań mających poprawić skuteczność tego typu działań.

Przykładowy model profilaktyki

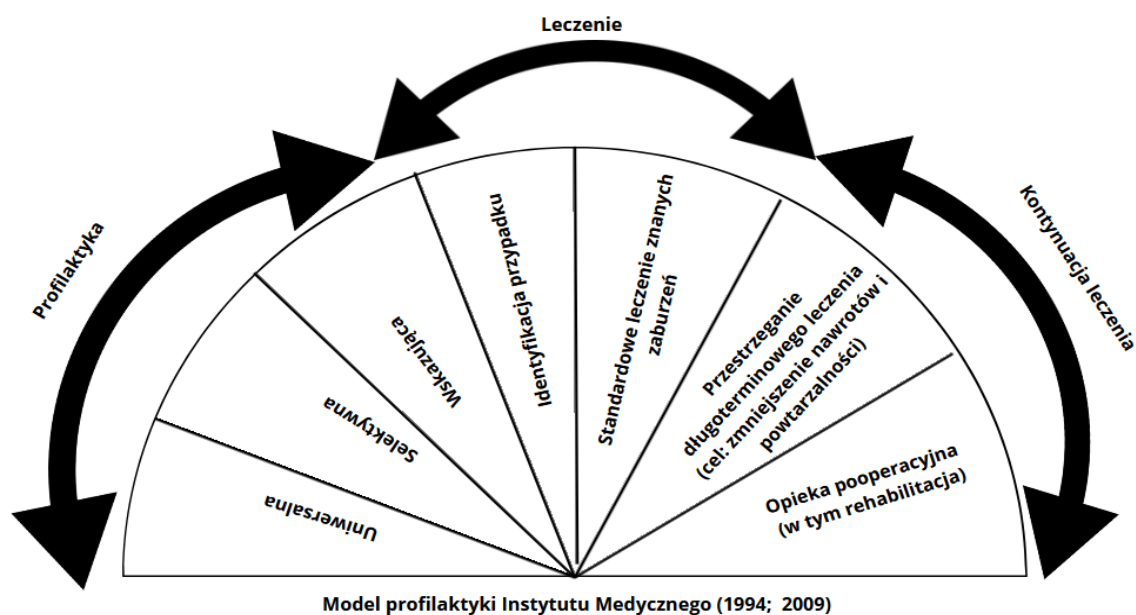
EMCDDA klasyfikuje typy zapobiegania problemowi narkomanii zgodnie ze schematem opracowanym przez Mrazek i Haggerty³ (rys. 2.4.). Kategorie te wzajemnie się uzupełniają, zastępując poprzednio stosowaną kategoryzację profilaktyki pierwotnej, wtórnej

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011, s. 27-34.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 53-66.

³ P. J. Mrazek, R. J. Haggerty, *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, National Academies Press, Washington 1994, s. 19-32.

i trzeciorzędnej (ta ostatnia forma jest stosowana w dziedzinie zdrowia publicznego i nadal jest istotna).



Rys. 2.4. Model profilaktyki z 1994 roku oraz 2009 roku opracowany przez P.J. Mrazek oraz R.J. Haggerty.

(rysunek przetłumaczony z języka angielskiego na język polski)

Źródło: Scottish Government, „What works” in drug education and prevention?: Health and social care, Social research, Scotland 2016, s. 44.

Przykładowe działania profilaktyczne na podstawie modelu P.J. Mrazek i R.J. Haggerty

a. Profilaktyka uniwersalna

Profilaktyka uniwersalna jest ukierunkowana na rozwój umiejętności personalnych, skupiając się głównie na interakcjach z rówieśnikami oraz aktywności w życiu społecznym. Konsekwencją takich działań jest wzrost kompetencji społecznych ludzi, dzięki czemu można całkowicie uniknąć lub opóźnić chęć sięgnięcia po substancje psychoaktywne¹.

Po wprowadzaniu powyższych działań do placówek edukacyjnych otrzymywano bardzo dobre wyniki. Pojawia się także coraz więcej informacji potwierdzających udane wprowadzenie europejskich programów profilaktycznych, takich jak EU-Dap (Unplugged)².

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health and social responses to drug problems: A European Guide*, Luxembourg 2017, s. 26.

² Ibidem, s. 129-160.

b. Profilaktyka selektywna

Profilaktyka selektywna koncentruje się na warunkach życiowych i społecznych. W placówkach edukacyjnych jest kierowana do szczególnie wrażliwych grup młodych ludzi, którzy mogą być bardziej narażeni na problemy związane z zażywaniem narkotyków, często dlatego, że mają mniej więzi społecznych. Działania prowadzi się w określonych grupach, rodzinach czy całych społecznościach¹.

Na podstawie ekspertyz można wyciągnąć wnioski, że profilaktyka selektywna jest szeroko stosowana w krajach członkowskich wobec wrażliwej młodzieży, a działania podejmuje się szczególnie często w przypadku uczniów z problemami w nauce lub z problemami społecznymi².

Zgodnie z szacunkami ekspertów, w latach 2007-2010 zwiększyła się ogólna ilość interwencji skierowanych do młodocianych grup. To dobra tendencja, ponieważ udowodniono, że strategie poprawiające atmosferę w szkole, takie jak szkolenie nauczycieli, środki mające na celu zwiększenie zaangażowania uczniów w życie społeczne czy promowanie pozytywnego etosu szkoły mogą mieć wpływ na mniejsze zażywanie narkotyków³.

W przypadku młodocianych przestępców, w piętnastu państwach Unii Europejskiej został wdrożony program FreD goes net, czyli zestaw podręcznikowych interwencji⁴. To dobrze rokujące działania, ponieważ oceny programu wskazują na spadek wielokrotnych przestępstw.

Odmianą profilaktyki selektywnej jest tzw. profilaktyka środowiskowa. Programy, które obejmuje w znacznym stopniu zmniejszają ryzyko wystąpienia problemu narkotykowego wśród młodzieży oraz dorosłych. W wielu przypadkach zmiana środowiska – ekonomicznego, społecznego, kulturowego czy fizycznego – wystarcza, aby nie dochodziło do spożycia substancji psychoaktywnych lub pomaga w leczeniu uzależnienia.

Działania profilaktyki środowiskowej obejmują ogórne ustalanie cen alkoholu, ale również zakaz tworzenia reklam środków uzależniających, takich jak papierosy, tytoń czy alkohol. Ważne jest również zaangażowanie na szczeblu szkolnym, które opiera się na stworzeniu bezpiecznego środowiska dla dzieci i młodzieży⁵. Można tutaj wymienić nauczanie

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health and social responses to drug problems: A European Guide*, Luxembourg 2017, s. 26.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s. 49-60.

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 53-66.

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem.

wartości oraz norm, organizowanie „gruntu” dla owocnej edukacji, a także tworzenie odpowiedniego, pozytywnego klimatu, jak ma to miejsce w działaniach selektywnych¹.

c. Profilaktyka wskazująca

Profilaktyka wskazująca ułatwia radzenie sobie z indywidualnymi cechami osobowości i psychopatologią. Jest skierowana do osób z problemami behawioralnymi lub psychologicznymi, narażonymi na większe ryzyko wystąpienia problemów związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych w dorosłym życiu.

W większości krajów europejskich zapobieganie obejmuje przede wszystkim udzielanie porad młodym użytkownikom NSP². Szkoły są bardzo istotne dla działalności w ramach profilaktyki wskazującej, w szczególności mającej na celu szybką identyfikację uczniów wykazujących predyspozycje do wystąpienia omawianego problemu.

Inne przykłady działalności profilaktycznej

Profilaktyka - leczenie stacjonarne

Oszacowano, że w UE w 2012 roku co najmniej 1,3 mln osób³ poddano leczeniu od uzależnień narkotykowych – najliczniejszą grupą pozostają użytkownicy opioidów. Miejsce drugie i trzecie zajmują po kolei użytkownicy konopi indyjskich i kokainy, jednak widoczne są różnice między poszczególnymi państwami. Szacuje się także, że w 2018 roku rozpowszechnienie używania opioidów w sposób wysoce ryzykowny przez osoby w wieku 15-64 lata wynosiło około 0,4% populacji UE, co odpowiadało 1,3 mln osób.

Podstawowym sposobem leczenia w tych przypadkach stosowanym w państwach członkowskich jest zintegrowana interwencja psychospołeczna z leczeniem substytucyjnym opiatami i detoksykacją. W większości przypadków cały proces odbywa się w warunkach ambulatoryjnych, w ośrodkach specjalistycznych, gabinetach lekarzy pierwszego kontaktu, w placówkach zamkniętych czy poprzez programy niskoprogowe⁴.

Badania wskazują, że wzmacnianie motywacji do pozytywnych zachowań oraz terapia poznawczo-behawioralna przynosi pozytywne wyniki. Coraz więcej państw oferuje tego

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health and social responses to drug problems: A European Guide*, Luxembourg 2017, s. 26.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health and social responses to drug problems: A European Guide*, Luxembourg 2017, s. 26.

³ Ibidem.

⁴ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s. 49-60.

typu leczenie, przeznaczone głównie dla osób uzależnionych od konopi indyjskich¹. Innowacyjnym podejściem jest świadczenie usług przez internet, pozwala to na uczestnictwo w programach leczenia we własnym domu.

Europejskie Standardy Jakości (ang. *European drug prevention quality standards*, EDPQS) mówią, że zapobieganie jest lepsze (i tańsze) niż leczenie, niestety wiele z tego, co się dzieje w ramach profilaktyki narkotykowej, wciąż nie jest oparte na tym, co działa lub stanowi „jakość” danego działania, a ograniczone zasoby przekładają się na brak skuteczności². Dlatego to właśnie leczenie stacjonarne stanowi ważny element redukcji szkód zażywania narkotyków. Wiele programów tego typu koncentruje się na zdrowiu, funkcjonowaniu osobistym oraz społecznym i na polepszeniu jakości życia.

W Europie działa 2500 ośrodków leczniczych, przy czym ponad 2/3 z nich znajduje się w Niemczech, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie oraz we Włoszech³. Wśród programów stosowanych w tych placówkach można wyróżnić cztery najistotniejsze podejścia terapeutyczne:

- 12-stopniowy model Minnesota;
- podejście oparte na społeczności terapeutycznej;
- psychoterapia oparta na terapii poznawczo-behawioralnej;
- psychoterapia oparta na innych modelach opieki.

Tu trzeba podkreślić, że osiemnaście krajów zgłosiło włączenie substancji opioidowych do wyżej wymienionych programów⁴. Model społeczności terapeutycznej jest przeważający w piętnastu krajach Unii Europejskiej, co czyni go jednocześnie najpopularniejszym rozwiązaniem⁵. Badania wykazują pozytywne wyniki leczenia w przypadku dłuższego pobytu w ośrodku, a także wskazują, że członkowie tych społeczności częściej kończą leczenie lub używają mniej narkotyków i rzadziej są zatrzymywani przez policję.

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 53-66.

² Scottish Government, „*What works*” in drug education and prevention?: *Health and social care*, Social research, Scotland 2016, s. 44.

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 53-66.

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem.

Profilaktyka - leczenie zdalne

Istnieją aplikacje na smartfony związane z mobilnym zdrowiem (m-zdrowiem). Jest ponad 60 takich zdrowotnych aplikacji dotyczących narkotyków. Interwencje, które są podejmowane za pośrednictwem internetu oraz te dotyczące m-zdrowia, mogą potencjalnie zwiększyć zasięg społeczny i geograficzny takich profilaktycznych programów oraz leczenia dla osób, które nie mają dostępu do specjalistycznych usług. Interwencje dostępne za pomocą smartfonów mogą też obejmować narzędzia e-szkoleniowe dla osób zawodowo zajmujących się problematyką narkotykową, świadczeniem usług w zakresie profilaktyki uzależnienia i redukcji szkód oraz monitoring pacjentów czy nadzór nad nimi¹.

Jak funkcjonują takie aplikacje? Niektóre mają postać dzienników, które mogą przekazywać spersonalizowane dane zdrowotne w zakresie wyznaczonych samodzielnie celów dotyczących ograniczenia zażywania, a także dają możliwość interakcji ze specjalistami czy otrzymywanie zaszyfrowanych SMS-ów. Mogą też pełnić funkcję informacyjną, niwelując błędne wyobrażenia dotyczące zażywania narkotyków przez rówieśników². Wyzwania w tej dziedzinie obejmują brak jednorodnych standardów jakości w odniesieniu do aplikacji m-zdrowotnych w zakresie narkotyków. Istnieją też obawy dotyczące ochrony danych, a także niewielka ilość dowodów naukowych, a ich ocena nie zawsze jest obiektywna³.

Profilaktyka – zapobieganie zgonom związanym z narkotykami

Zmniejszenie liczby przypadków przedawkowania narkotyków jest niewątpliwie jednym z największych wyzwań dla służby zdrowia publicznego w Europie. Leczenie uzależnień od narkotyków poprzez substytucję opiatową znacznie zmniejsza ryzyko zgonu, a łatwiejszy dostęp do leczenia oraz jego kontynuacja tworzą istotny środek profilaktyczny w przypadku zapobiegania przedawkowaniom.

W przypadku użytkowników opioidów okazuje się, że ryzyko przedawkowania jest znacznie większe w momencie opuszczenia przez nich zakładu karnego – jedną z metod uniknięcia takiej sytuacji jest powszechne udostępnianie naloksonu, czyli leku z grupy an-

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2018, s. 59-82.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2019, s. 11-20.

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2018, s. 59-82.

tagonistów receptorów opioidowych. Wiele krajów zgłosiło projekty lub programy pilotażowe, polegające na wydzielaniu osobom stosującym opioidy, członkom ich rodzin oraz opiekunom dawek tego wyrobu farmaceutycznego do stosowania w domu.

Większość krajów Unii Europejskiej rozpowszechnia informacje na temat ryzyka przedawkowania narkotyków – specjalistyczne przeszkolenie pracowników służby zdrowia w tym zakresie mogłoby pomóc we wczesnej identyfikacji osób szczególnie zagrożonych. Dobrym rozwiązaniem jest również tworzenie i nadzorowanie pomieszczeń do konsumpcji narkotyków – dzięki temu można dotrzeć do marginalnej grupy użytkowników substancji psychoaktywnych. Obiekty takie istnieją w sześciu krajach członkowskich oraz Norwegii (w sumie 73 obiekty)¹ i przyczyniają się do zapobiegania przedawkowaniom.

Profilaktyka – ograniczanie podaży narkotykowej

Interwencje ograniczające popyt na narkotyki są powszechnie dokumentowane, jednak systematyczne zbieranie danych na temat redukcji podaży jest rzadsze, mimo iż działania te często pochłaniają większą część krajowych budżetów przeznaczonych na przeciwdziałanie narkomanii.

Zaledwie jedenaście krajów Unii Europejskiej zgłosiło obecność współpracy międzyinstytucjonalnej w formie połączonych wydziałów lub jednostek policji i służb celnych oraz straży przybrzeżnej czy organów kontroli granicznej. Dodatkowo dwadzieścia jeden państw zgłosiło funkcjonowanie specjalnych wydziałów antynarkotykowych, co stanowi ogólny spadek tego typu jednostek, skupiających się na poważnych przestępstwach i przestępczości zorganizowanej. Te zagadnienia wymagają podkreślenia, ponieważ odzwierciedlają zmiany zachodzące na szczeblu unijnym, gdzie podaż narkotyków coraz częściej wiąże się z obszarami walki z przestępczością zorganizowaną². Kluczem do ograniczenia podaży narkotyków jest lepsze i dokładniejsze egzekwowanie prawa antynarkotykowego.

Profilaktyka - działalność w klubach nocnych

Kluby nocne to szczególnie niebezpieczne miejsca, wielu stałych klientów zażywa tam substancje psychoaktywne. To grupa, która staje w obliczu dużego zagrożenia proble-

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 53-66.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s. 49-60.

mami zdrowotnymi związanymi z użytkowaniem narkotyków, w tym NSP. Europejska inicjatywa Healthy Nightlife Toolbox skupia się na ograniczaniu szkód spowodowanych zażywaniem alkoholu i narkotyków wśród młodych ludzi, szczególnie w takich miejscach. Program promuje podejście zintegrowane, obejmujące profilaktykę, a także interwencje w obszarze regulacji i egzekwowania prawa.

Problematiczny jest jednak fakt, że stosowanie strategii w obszarze profilaktyki oraz redukcji szkód zgłasza zaledwie 1/3 krajów członkowskich¹. Przegląd informacji dotyczących rozprowadzania materiałów informacyjnych, pracy środowiskowej oraz pierwszej pomocy, wskazuje na ograniczoną działalność wielu krajów UE w tym obszarze². Co więcej, takie działania nie są jednakowe: niektóre koncentrują się na jednostkach i obejmują dystrybucję ulotek, działania interwencyjne, edukację czy tworzenie zespołów działających w terenie. Inne skupiają się na środowisku i obejmują regulacje dotyczące obiektów prowadzących sprzedaż alkoholu czy promowanie bezpiecznych nawyków towarzyszących spożywaniu alkoholu.

Badania z 2014 roku wskazują, że ukierunkowane kampanie medialne, wraz z ofertą bezpłatnego nocnego transportu, wpływają na ograniczenie liczby wypadków drogowych spowodowanych jazdą po spożyciu alkoholu czy narkotyków, trzeba jednak pamiętać, że tego typu interwencje i tak były rzadkością³.

Przybliżenie programów profilaktycznych w wybranych państwach członkowskich

Komisja Europejska udzieliła wsparcia projektom dotyczącym nowych substancji psychoaktywnych w ramach kilku przykładowych programów finansowych UE:

- program zapobiegania narkomanii i informacji na lata 2007-2013;
- program zapobiegania i zwalczania przestępczości na lata 2007-2013;
- program zdrowia na lata 2008-2013⁴;
- programu wymiaru sprawiedliwości 2014-2020;
- programu zdrowia 2014-2020⁵.

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s. 49-60.

² Ibidem.

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 53-66.

⁴ European Commission, *New Psychoactive Substances: Projects, Studies and Research funded by the European Commission*, Belgium 2014, s. 25.

⁵ European Commission, Migration and Home Affairs, *Drug Policy Initiatives*, https://ec.europa.eu/home-affairs/drug-policy-initiatives_en, dostęp 21.12.2021.

Projekty te dostarczają przydatne informacje na temat wykrywania i identyfikacji NSP, skutków oraz ryzyka ich zażywania, a także innowacyjnych metod zapobiegania temu problemowi. Celem jest także prowadzenie badań, rozpowszechnianie ich wyników, a także zachęcanie do opracowywania opartej na dowodach, jak najskuteczniejszej profilaktyki.

POLSKA

Profilaktyka problemu narkotykowego w Polsce realizowana jest w ramach Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii oraz Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025¹. Działania w ramach zapobiegania są realizowane przez jednostki administracji rządowej (odpowiednie ministerstwa i podległe agencje), samorządy lokalne, regionalne oraz organizacje pozarządowe. Wsparcie przy działaniach wychowawczo-profilaktycznych, które są częścią zadań z zakresu profilaktyki narkomanii, oferowane jest przez szkoły i różne placówki z pomocą Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN) oraz Ośrodka Rozwoju Edukacji (ORE). Zagadnienia MEN dotyczą legislacji, oceny prawidłowości prowadzenia działań w szkołach w kontekście nadzoru pedagogicznego, przygotowania nauczycieli do ich realizacji i wsparcia rodziców w profilaktyce domowej².

Ogólnie rzecz biorąc, opierając się na Narodowym Programie Zdrowia 2016-2020, w Polsce stosuje się następujące rodzaje profilaktyki:

- a) profilaktyka selektywna – w 2017 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zostały zrealizowane czterdzieści cztery programy profilaktyki selektywnej. Głównymi odbiorcami tych działań były dzieci i młodzież, a także osoby do 25. roku życia narażone na działanie czynników ryzyka (indywidualnych, środowiskowych, rodzinnych), związanych z decydowaniem się na ryzykowne zachowania. Adresatami były tzw. dzieci ulicy, czyli osoby niepełnoletnie zagrożone przestępczością i demoralizacją, popełniające czyny karalne, ale także osoby uzależnione, eksperymentujące z narkotykami, etc.;
- b) program wczesnej interwencji – za przykład programu wczesnej interwencji może posłużyć FreD goes net realizowany w ponad 30 miastach w Polsce, mający na celu ograniczanie czynników ryzyka związanych z danym środowiskiem, np. rodzinnym

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Dz.U. 2021 poz. 642.

² Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Raport o stanie narkomanii w Polsce*, Warszawa 2018, s. 28-37.

- czy rówieśniczym, poprawę funkcjonowania emocjonalnego i społecznego młodzieży, pomoc w pokonywaniu sytuacji kryzysowych związanych z narkotykami, czy też promowanie prozdrowotnej postawy;
- c) profilaktyka wskazująca – w 2017 roku zostało zrealizowanych czterdzieści programów tej profilaktyki z celami takimi jak osiągnięcie i utrzymanie abstynencji narkotykowej, zatrzymanie procesu rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ograniczenie ich używania czy znalezienie rozwiązania sytuacji kryzysowych, związanych z używaniem narkotyków;
 - d) standardy programów profilaktycznych – w 2017 roku promowano system rekomendacji oraz rozpowszechnianie informacji na temat tych standardów;
 - e) programy pomocy rodzinom – w 2017 roku powstało dwadzieścia dziewięć programów skierowanych do rodzin osób zażywających narkotyki. Odbywały się wówczas zajęcia edukacyjno-informacyjne na temat mechanizmów uzależnienia i współuzależnienia, warsztaty umiejętności wychowawczych czy seanse grup wsparcia dla rodzin.

Natomiast główne cele działań z zakresu profilaktyki narkomanii w Narodowym Programie Zdrowia 2021-2025 to:

- ograniczenie stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP;
- ograniczenie podaży środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
- prowadzenie poradnictwa w ramach ogólnopolskiego telefonu zaufania oraz poradni internetowej;
- objęcie leczeniem substytucyjnym co najmniej 30% osób uzależnionych od opioidów w każdym województwie;
- zwiększanie liczby programów terapeutycznych skierowanych do użytkowników konopi i osób uzależnionych od nich¹.

Duże znaczenie dla polskiej polityki antynarkotykowej miała nowelizacja Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii (Uopn) z 2018 roku² w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach oraz innych placówkach działalności wychowawczej, informacyjnej, edukacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii, uznano, że określenie czynników chroniących i ryzyka powinno być głównym elementem działań profilaktycznych – takie

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).

² Dz.U. z 2018 r. poz. 214.

działania umożliwiły adekwatne dostosowanie strategii do potrzeby danej grupy odbiorców. Celem nowelizacji było też szczególne zwrócenie uwagi na zagrożenia związane z zażywaniem nowych substancji psychoaktywnych: w regulacji omówiono potrzebę współpracy szkół z policją oraz państwowymi, wojewódzkimi i powiatowymi inspektoratami sanitarnymi. Te wszystkie instytucje mają odpowiednie doświadczenie w prowadzeniu działań profilaktycznych dotyczących problemu narkomanii, a współpraca między nimi pozwoliłaby prowadzić działania na większą skalę. Warto również wspomnieć, że od 24 lutego 2016 roku funkcjonuje Rada ds. Zdrowia Publicznego, która wspiera międzysektorową politykę zdrowia publicznego i stanowi forum współpracy w tym obszarze. Pełni także funkcję opiniodawczo-badawczą dla ministra zdrowia¹.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii w rozdziale czwartym określa także szczegółowo postępowanie z osobami uzależnionymi. Przede wszystkim podkreśla, że podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy nie stanowią inaczej. Następnie precyzuje, że leczenie osoby uzależnionej będzie prowadził podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej, natomiast rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić albo lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii, albo osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii uzależnień, a w samej terapii może uczestniczyć osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień. Reintegracją osób uzależnionych mogą się zająć np. centra integracji społecznej, tworzone na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym. Za wszystkie wyżej wymienione świadczenia nie pobiera się opłat, niezależnie od miejsca zamieszkania osoby uzależnionej na terenie kraju². Poszczególne placówki leczenia uzależnień w Polsce przedstawia tabela 2.2.

Tabela 2.2.

Placówki leczenia uzależnień w Polsce

PLACÓWKI	FUNKCJONOWANIE
Punkt konsultacyjny	<ul style="list-style-type: none"> zgłasza się do niego osoba uzależniona od narkotyków lub członek jej rodziny;

¹ Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018*, Warszawa 2018, s. 33-34.

² Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), *Nowe narkotyki w Polsce: tendencje, zagrożenia, procedury postępowania. Poradnik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydany przez Główny Inspektorat Sanitarny*, Warszawa 2016, s. 164-179.

PLACÓWKI	FUNKCJONOWANIE
	<ul style="list-style-type: none"> • terapeuta lub konsultant dokonuje wstępnej diagnozy, zbiera informacje na temat stopnia zaawansowania uzależnienia, udziela porad, informuje o możliwościach terapii; • rzetelna diagnoza pozwala stwierdzić, czy osoba może się leczyć w systemie ambulatoryjnym, placówce pobytu dziennego, czy na oddziale/w ośrodku stacjonarnym; • punkty prowadzone są przez samorządy przy gminnych komisjach ds. uzależnień, stowarzyszenia lub fundacje;
Poradnia leczenia uzależnień	<ul style="list-style-type: none"> • pomoc uzyskują zarówno osoby uzależnione, jak i członkowie ich rodzin; • osoby uzależnione mogą być zorganizowane przy Zakładach Opieki Zdrowotnej (ZOZ-ach), prowadzone przez fundacje, stowarzyszenia; • udzielane są tutaj porady, a także odbywają się wizyty, sesje psychoterapii, programy, leczenia substytucyjne; • pracują tutaj specjaliści lub instruktorzy terapii uzależnień, psycholodzy, lekarze psychiatry, ewentualnie prawnicy i radcy prawni;
Placówka pobytu dziennego	<ul style="list-style-type: none"> • świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić pacjentom niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, psychoterapię indywidualną i grupową oraz leki;
Leczenie w systemie stacjonarnym	<ul style="list-style-type: none"> • najczęściej w tych warunkach przeprowadza się detoksykację (leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych) lub leczy inne schorzenia towarzyszące uzależnieniu oraz motywuje się pacjentów do dalszej terapii uzależnienia; • pacjenci realizują programy psychoterapii, a rodziny mogą uczestniczyć w działaniach konsultacyjno-edukacyjnych;
Leczenie stacjonarne krótkoterminowe	<ul style="list-style-type: none"> • trwa 6-8 tygodni i realizowane jest przez oddziały leczenia uzależnień; • oddziały funkcjonują głównie przy większych jednostkach służby zdrowia, szpitalach psychiatrycznych czy klinikach psychiatrii;
Leczenie stacjonarne średnioterminowe	<ul style="list-style-type: none"> • trwa 6-8 miesięcy; • zawiera intensywny program terapii; • indywidualne podejście do pacjenta;
Leczenie stacjonarne długoterminowe	<ul style="list-style-type: none"> • trwa 12-24 miesiące; • oferowane najczęściej przez stowarzyszenia i fundacje, np. przez placówki typu MONAR, KARAN (Katolicki Ruch Antynarkotyczny), Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oraz publiczne lub niepubliczne podmioty usług medycznych;

PLACÓWKI	FUNKCJONOWANIE
	<ul style="list-style-type: none"> • po zakończeniu terapii zalecane jest kontynuowanie jej w warunkach ambulatoryjnych.

Źródło: Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), *Nowe narkotyki w Polsce: tendencje, zagrożenia, procedury postępowania. Poradnik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydany przez Główny Inspektorat Sanitarny*, Warszawa 2016, s. 164-179.

W podstawie programowej kształcenia ogólnego¹ na każdym etapie edukacyjnym zostały wpisane zadania wychowawczo-profilaktyczne dla szkół, uwzględniane odpowiednio w programach nauczania podczas realizacji zajęć z wychowawcą. Zagadnienia dotyczą głównie kształtowania zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania narkomanii i zawarto je w podstawach programowych wielu przedmiotów, m.in. wychowania fizycznego, chemii, biologii, wychowania do życia w rodzinie czy etyki².

W dokumencie pt. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów w odniesieniu do nadużywania substancji, uzależnień behawioralnych i innych ryzykownych zachowań” znajduje się zadanie 2.5, które obejmuje monitorowanie sytuacji epidemiologicznej odnośnie do środków odurzających, substancji psychotropowych czy dopalaczy, ale także postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych takich jak finansowanie badań naukowych w dziedzinie narkotyków i narkomanii. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) wraz z Komitetem Badań Naukowych jest głównym podmiotem zlecającym i finansującym realizację badań w tej dziedzinie.

Projekty badawcze są również realizowane w oparciu o granty przyznawane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz o programy międzynarodowe – co roku KBPN ogłasza otwarty konkurs badawczy. Działalność naukowa w tym zakresie wpisuje się w realizację statutowe wielu instytucji takich jak: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego czy Państwowy Instytut Higieny. Wyniki badań rozpowszechniane są przez czasopisma naukowe oraz branżowe, strony internetowe, działania

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. poz. 356).

² Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Raport o stanie narkomanii w Polsce*, Warszawa 2018, s. 28-37.

Reitox Focal Point (Centrum Informacji KBPN), konferencje, czy też publikacje wyników badań, jak np. I-TREND¹.

Jeżeli chodzi o redukcję szkód, w Polsce takie programy odbywają się od 1992 roku. Od 2011 roku ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych zostało wprowadzone do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W 2017 roku prowadzono dwanaście projektów – wszystkie były na temat redukcji szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych. Projekty wdrażano w dużych miastach, na ulicach, dworcach, w punktach stacjonarnych, tzw. *drop in*. Obejmowały one zarówno wymianę sprzętu do iniekcji oraz rozdawanie prezerwatyw i środków czystości, jak i nawiązywanie kontaktu z użytkownikami, działalność informacyjną oraz nakłaniającą do leczenia².

Leczenie i redukcja szkód są filarami zapobiegania problemowi narkotykowemu w Polsce, ale nie ma konkretnej oferty dla użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Osoby zażywające NSP mogą skorzystać z oferty przeznaczonej dla użytkowników tradycyjnych narkotyków, takich jak wymiana igieł i strzykawek czy edukacja zdrowotna. Dane dotyczące leczenia są jednak skąpe i w większości oparte na zapisach o zatruciach nowymi substancjami oraz na analizach tych przypadków. Brak konkretnych programów leczenia uzależnienia od NSP wynika z dynamiki, wymiany i fluktuacji tego typu substancji na rynku. Lekarze i inni specjaliści zajmujący się leczeniem nie mają wystarczającej wiedzy czy narzędzi do zwalczania tego problemu lub do zapobiegania mu. Dlatego najczęściej stosuje się tylko leczenie objawowe w celu spowolnienia oraz ograniczenia wykrytych negatywnych efektów. Niestety, te działania często są przerywane, ponieważ użytkownicy NSP niechętnie biorą udział w leczeniu, które najczęściej odbywa się w ośrodkach detoksykacyjnych³.

FRANCJA

Ostatni plan działania w sprawie uzależnień został ustalony we Francji w grudniu 2018 roku na lata 2018-2022. W tym dokumencie substancje psychoaktywne, a także zachowania prowadzące do uzależnień zostały ujęte bardzo szeroko – ustalone zasady dotyczą nie

¹ Jabłońska M., Kidawa M., Malczewski A. i in., Nowe substancje psychoaktywne – nowe ryzyka i wyzwania, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Uniwersytet SWPS, Warszawa 2017, s. 153.

² Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Raport o stanie...*, *op. cit.*, s. 28-37.

³ M. Bujalski, K. Dąbrowska, Ł. Wiczorek, *New psychoactive substances in Poland. The analysis of policy responses and its effects / Nowe substancje psychoaktywne w Polsce. Analiza rozwiązań i skutków polityki*, „Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania” 2017;30(3), s. 171-184.

tylko narkotyków, ale również alkoholu, tytoniu, a także uzależnień od dopingu czy hazardu.

W planie poruszono sześć głównych wyzwań¹:

- ochrona młodych;
- oferowanie lepszych rozwiązań dotyczących konsekwencji uzależnienia;
- skuteczniejsze zwalczanie handlu ludźmi;
- zwiększanie wiedzy, promowanie dzielenia się wiedzą;
- wzmocnienie współpracy międzynarodowej;
- tworzenie odpowiednich warunków dla prowadzenia skutecznych działań społecznych.

Realizacja wyżej wymienionych założeń odbyła się poprzez programy profilaktyki, leczenia, redukcji szkód, a także poprzez prowadzenie badań i monitoringu problemu oraz na bazie współpracy międzynarodowej. Priorytety były ustalane w rozmaitych obszarach – niektóre dotyczyły wszystkich substancji uzależniających, inne tylko niektórych. Były też takie obejmujące poszczególne grupy społeczne lub obejmujące każdego obywatela. Za wspieranie działań na szczeblu ogólnokrajowym były odpowiedzialne wydziały prefektury terytorialnej².

We Francji istnieje także „Regionalna mapa działania 2019-2023”³ oraz „Plan departamentów walki z uzależnieniami 2019-2025”⁴.

Działania lokalne

Plan działania w sprawie uzależnień na lata 2018-2022 obejmował także działania lokalne, które opierają się na czterech filarach⁵:

- ochrona nieletnich;
- bezpieczeństwo sąsiedztwa;
- zapobieganie przestępczości;
- zapobieganie zakłócaniu spokoju.

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *France Country Drug Report 2019*, Paris 2019, s. 1-33.

² Ibidem.

³ Mobilisation contre les addictions en Grand-Est 2019-2023, [Feuille de route régionale 2019 2023.pdf \(meuse.gouv.fr\)](https://meuse.gouv.fr/feuille-de-route-regionale-2019-2023.pdf), dostęp 15.01.2023.

⁴ Plan départemental de prévention de lutte contre les addictions en Meuse 2019-2025, [Plan départemental contre addictions 2019 2025.pdf \(meuse.gouv.fr\)](https://meuse.gouv.fr/plan-departemental-contre-addictions-2019-2025.pdf), dostęp 15.01.2023.

⁵ Ibidem.

Rząd wspiera lokalne działania poprzez wsparcie finansowe oraz metodyczne władz lokalnych. Dzięki temu możliwe jest wykorzystanie wiedzy naukowej, a także szybka, skuteczna reakcja na występujący problem.

Leczenie osób uzależnionych¹

We Francji za leczenie osób uzależnionych odpowiadają zarówno władze regionalne, jak i lokalne, a sam proces od 2003 roku jest finansowany przez System Ubezpieczeń Społecznych. Leczenie odwykowe jest prowadzone przez specjalistyczny system leczenia uzależnień oraz przez ogólny system opieki zdrowotnej. Co więcej, w te działania zaangażowane są również ośrodki zarządzane przez organizacje pozarządowe – zapewniają one opiekę ambulatoryjną i stacjonarną oraz opiekę w zakładach karnych, prowadząc leczenie farmakologiczne oraz psychospołeczne, w zależności od potrzeb. Oto, co m.in. dotychczas osiągnięto:

- od 2005 roku stworzono ponad 500 usług, które są dedykowane młodym osobom zażywającym narkotyki. Pozwalają one na wczesne wykrycie problemu i odpowiednio szybkie wdrożenie leczenia;
- głównym sposobem leczenia pacjentów zażywających opioidy jest opioidowe leczenie substytucyjne (ang. *Opioid substitution Treatment*, OST) – przy tej metodzie najczęściej wykorzystuje się metadon oraz buprenorfinę;
- lekarze rodzinni prowadzą leczenie przy użyciu buprenorfiny, jednak leczenie metadonem można rozpocząć jedynie w specjalistycznych ośrodkach.

Zapobieganie uzależnieniom²

Francuska polityka obejmuje działaniami zapobiegawczymi wszystkie substancje psychoaktywne (legalne i nielegalne), a także inne uzależniające produkty. Skupia się przede wszystkim na zapobieganiu zachowaniom ryzykownym, które ściśle wiążą się z eksperymentowaniem. Niektóre działania mają opóźnić stosowanie omawianych substancji lub częściowo je ograniczać. Najczęściej wykorzystywane są działania środowiskowe oraz selektywne, które doskonale się uzupełniają.

¹ International Society of Substance Use Professionals, *France*, <https://www.issup.net/knowledge-share/country-profiles/france>, dostęp 07.08.2022.

² International Society of Substance Use Professionals, *France*, <https://www.issup.net/knowledge-share/country-profiles/france>, dostęp 07.08.2022.

Priorytetem najnowszego planu antynarkotykowego we Francji jest profilaktyka zażywania narkotyków wśród:

- młodych ludzi, szczególnie tych, którzy mają kontakt z systemem sądownictwa dla nieletnich;
- kobiet w ciąży i kobiet zażywających narkotyki;
- osób, które są zmarginalizowane pod względem systemu opieki.

Działania profilaktyczne skupiają się na szkołach średnich, gdzie w ich realizację zaangażowana jest przede wszystkim społeczność danej placówki. To tak zwana „działalność rówieśnicza” – łatwiej jest dotrzeć do młodych ludzi, używając ich własnego języka. Kiedy jest to jednak potrzebne, zaangażowana jest również pomoc z zewnątrz w postaci organizacji pozarządowych czy przedstawicieli organów ścigania. Głównym założeniem tych działań jest rozwijanie indywidualnych i społecznych umiejętności uczniów, co ma umożliwić im walkę z problemem narkotykowym wśród kolegów.

Poza tym, we Francji prowadzi się następujące działania zapobiegawcze zażywaniu narkotyków:

- Narodowy Instytut Profilaktyki i Edukacji Zdrowotnej (ang. *The National Institute for Prevention and Health Education*, INPES) wydał wytyczne zawierające dobre praktyki dotyczące zdrowia i ryzykownych zachowań w szkołach;
- rząd zaleca prowadzenie działań profilaktycznych w szkołach średnich i wyższych;
- młodzieżowe poradnie prowadzą profilaktykę środowiskową;
- osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą w ośrodkach rekreacyjnych są szkolone w zakresie tematyki ryzykownych praktyk seksualnych oraz zachowań uzależniających poprzez podnoszenie świadomości występowania tych problemów;
- działania profilaktyczne są prowadzone podczas wydarzeń kulturalnych czy sportowych.

HOLANDIA

Profilaktyka zażywania narkotyków w Holandii jest opisana w programie profilaktyki na lata 2014-2016, który został odnowiony w maju 2017 roku – priorytetowo traktowane są tutaj grupy wysokiego ryzyka i młodzież. Przeważają działania w środowisku rekreacyjnym, zwłaszcza te, które dotyczą używania nielegalnych oraz legalnych substancji psychoaktywnych. W ostatnich latach nacisk położono na przeciwdziałanie normalizacji zażywania narkotyków w celach rekreacyjnych w życiu nocnym. Projekty życia nocnego mają

na celu nawiązanie kontaktu z rodzicami, gminami, szkołami, właścicielami klubów i organizatorami różnych wydarzeń – są powiązane z systemem informacji oraz monitorowania narkotyków (DIMS). Polegają na monitorowaniu sytuacji kryzysowych związanych z narkotykami i są szczególnie ważne dla szybkiego dzielenia się informacjami o nowych lub niebezpiecznych substancjach psychoaktywnych i ich skutkach zdrowotnych w środowisku rekreacyjnym oraz do wydawania lokalnych ostrzeżeń. Inicjatywy te zostały ostatnio uzupełnione o dodatkowe, interaktywne narzędzia, kampanie, konferencje, a także aplikacje mobilne, takie jak Red Alert, za pomocą których użytkownicy narkotyków rekreacyjnych otrzymują powiadomienia, gdy na rynku pojawiają się szczególnie niebezpieczne substancje i mogą znaleźć ogólne informacje o usługach testowania narkotyków.

Działania zapobiegawcze są koordynowane oraz finansowane głównie przez Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu, jednak to lokalne gminy są odpowiedzialne za przeprowadzanie interwencji, a także prowadzenie polityk prewencyjnych w ścisłej współpracy ze szkołami, gminnymi usługami opieki, ośrodkami sąsiedzkimi, a także innymi organizacjami zaangażowanymi w zapobieganie zażywaniu substancji psychoaktywnych i krajowymi instytucjami promującymi zdrowy styl życia¹.

W Holandii działania zapobiegawcze dotyczą głównie regulacji prawnych związanych z dostępnością i spożyciem alkoholu oraz tytoniu. Poza tym, można wymienić następujące strategie, czy też programy:

- program „Zdrowa szkoła i leki”, skierowany do uczniów od drugiego roku szkoły podstawowej aż do edukacji zawodowej, a także do rodziców i nauczycieli. Po ocenie w 2014 roku, program został poddany przeglądowi w celu ulepszenia narzędzi koncentrujących się na rozwoju umiejętności i zapewnienia bardziej intensywnej interwencji w zakresie nauki norm społecznych, samokontroli oraz szkolenia specjalistycznego dla kadry edukacyjnej;
- program „Zapobieganie nadmiernemu spożywaniu alkoholu u młodzieży” (Örebro) – to szwedzka strategia, program został skutecznie wdrożony w Holandii pod nazwą PAS;
- program „Zestaw narzędzi do zapobiegania alkoholowi i narkotykom dla studentów”, przeznaczony dla społeczności akademickiej. Oferuje zintegrowane podejście, które dotyczy wszystkich faz doświadczeń edukacyjnych;

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2019*, Trimbos Instituut, Netherlands 2019, s. 29.

- program „Profilaktyka alkoholowa i narkotykowa w klubach i pubach” – to projekt pozaszkolny, który ma na celu stworzenie zdrowego i bezpiecznego środowiska nocnego. W ramach programu kładzie się nacisk na ograniczenie wysokiego ryzyka używania substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi i związanych z tym problemów;
- program „Życie nocne, alkohol i narkotyki” – projekt dostarcza informacje wspierające gminy oraz instytucje zajmujące się leczeniem uzależnień, a także inne instytucje opieki zdrowotnej w zakresie pracy nad bezpiecznym i zdrowym trybem życia nocnego. Oprócz dostarczania informacji za pośrednictwem ulotek czy strony internetowej, w ramach programu istnieją również kursy dla osób pracujących w życiu nocnym.

Ważną rolę odgrywa także redukcja szkód, która ma na celu zmniejszenie liczby zgonów i występowania chorób zakaźnych, a także zapobieganie nagłym wypadkom związanym z narkotykami. Programy metadonu oraz heroiny, programy igieł i strzykawek, nadzorowane pokoje konsumpcji narkotyków, projekty życia chronionego oraz leczenie chorób zakaźnych związanych z narkotykami – to szeroko dostępne usługi dla osób z problemowymi wzorcami używania narkotyków.

Większość działań informacyjnych jest wykonywanych przez niskoprogowe usługi w placówkach ambulatoryjnych, ale obejmują również programy zmniejszania uciążliwości publicznej związanej z narkotykami, które są efektem współpracy pomiędzy placówkami leczenia i opieki, policją oraz grupami obywatelskimi. Pokoje do konsumpcji narkotyków oferują możliwość kontrolowanego spożycia substancji psychoaktywnych, a programy igieł i strzykawek (zostały wprowadzone w Holandii ponad 30 lat temu) pozwalają robić to w sposób stosunkowo bezpieczny – są dostępne we wszystkich większych miastach.

Programy dotyczące dystrybuowania strzykawek i igieł nie są monitorowane, ale dostępne dane wskazują na spadek tej liczby od lat 90. XX wieku, co można przypisać zmniejszeniu zużycia heroiny i ogólnie wstrzykiwaniu oraz wzrostowi używania substancji wziewnych, takich jak crack. Wiadomo natomiast więcej na temat pokojów do konsumpcji narkotyków – pierwsze takie miejsce powstało w 1994 roku, a obecnie jest ich 31 (po jednym w mieście).

Jeżeli chodzi o inne środki służące do redukcji szkód wywoływanych przez narkotyki, w 2015 roku nowe, doustne leki (ang. *D-aspartic acid DAA*, kwas d-asparaginowy) na zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) stały się refundowane. Leczenie DAA jest oferowane wszystkim pacjentom z HCV, niezależnie od poziomu zwłóknienia. W 2016

roku uruchomiono kompleksowy plan dotyczący zapalenia wątroby, a Rada Zdrowia zaleciła, aby osobom zażywającym narkotyki aktywnie zaoferować test na obecność wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV) i HCV. Instytucje opieki uzależnień zostały określone jako główni gracze odpowiedzialni za ustalanie przypadków w tej grupie ryzyka. W kilku kolejnych projektach wdrożono łańcuch ścieżek opieki, które prowadzą użytkowników pozytywnych na HCV do leczenia w ośrodkach szpitalnych. Ponadto projekty odzyskiwania w niektórych miejscach w kraju mają na celu znalezienie pacjentów wcześniej zdiagnozowanych z przewlekłym HCV (w tym osób zażywających narkotyki) w celu zaoferowania im leczenia¹.

W ostatnich latach więcej uwagi poświęcono także selektywnym interwencjom prewencyjnym, chociaż ich dostępność w dużej mierze zależy od lokalnej polityki. Interwencje te, prowadzone przez organizacje pozarządowe we współpracy ze służbami rządowymi, skierowane są do różnych grup ryzyka:

- dzieci rodziców mających problemy z zażywaniem narkotyków i samych rodziców;
- osób używających konopi indyjskich, które nie są jeszcze leczone;
- turystów;
- młodych ludzi z trudnościami w nauce;
- młodych ludzi na ulicach, z dzielnic ubogich społeczno-ekonomicznie lub w specjalnych placówkach instytucjonalnych (takich jak domy opieki);
- młodych ludzi w otoczeniu rekreacyjnym.

Warto również wspomnieć, że zespoły sąsiedztwa społecznego odgrywają coraz większą rolę w selektywnych interwencjach profilaktycznych, w ramach ciągłej reorganizacji ogólnej opieki zdrowotnej. We wskazanym obszarze zapobiegania nasilają się działania ukierunkowane na wczesną identyfikację zażywania lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych – w Holandii uruchomiono programy online służące zapobieganiu omawianym problemom przy użyciu technik motywacyjnych². Innymi środkami ograniczającymi szkody są pokoje użytkowników, wzajemne wsparcie i kilka programów zdrowotnych mających na

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2018*, http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/netherlands/prevention_en, dostęp 16.11.2019.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2018*, http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/netherlands/prevention_en, dostęp 16.11.2019.

celu zapobieganie chorobom o wysokiej częstości występowania, takim jak zapalenie wątroby typu B¹.

Priorytety i działania w ramach profilaktyki antynarkotykowej prowadzonej w Holandii można podsumować w następujący sposób:

1. Przepisy, ich egzekwowanie i polityka – mowa tu o Ustawie o opium oraz harmonogramowaniu substancji, co pozwala oddzielić twarde i miękkie narkotyki. Ponadto istnieje kilka odrębnych przepisów dla firm hotelarskich, właścicieli kawiarni i organizatorów wydarzeń;

2. Podnoszenie świadomości i edukacja – podnoszenie świadomości i poziomu edukacji, kampanie informacyjne dotyczące zażywania narkotyków, które od 2010 roku są zintegrowane z tymi dotyczącymi palenia tytoniu i picia alkoholu. Koncentrują się zarówno na młodzieży, jak i rodzicach. Często odbywają się w placówkach takich jak szkoły, kluby nocne czy centra młodzieżowe. Informacje o lekach i ich stosowaniu są również oferowane za pośrednictwem stron internetowych, podobnie jak leczenie (bez kontaktu lub z kontaktem z lekarzem);

3. Monitorowanie, porady i wsparcie opieki zdrowotnej – wczesne wykrycie i dostarczenie informacji na temat zażywania narkotyków, a także skutków takich zachowań;

4. Wpływanie na środowisko społeczne i fizyczne – projekty oraz narzędzia monitorujące życie nocne i zażywanie narkotyków. Podjęto szereg działań w tym zakresie, mających na celu ograniczenie ryzyka związanego z zażywaniem narkotyków, np. istnieją programy wymiany igieł, użytkownicy ecstasy mogą poddać swoje używki badaniom, anonimowo i bezpłatnie. Projekty te nie tylko dostarczają informacji użytkownikom, ale także monitorują jakość narkotyków, co pozwala odpowiednio reagować na niebezpieczne, dynamiczne zmiany rynkowe.

Przykładowe środki zapobiegawcze w Holandii przedstawia tabela 2.3.

Tabela 2.3.

Przykłady środków zapobiegawczych w Holandii

W piśmie Ministra Zdrowia z 2015 roku wymieniono następujące środki zapobiegawcze w odniesieniu do działań profilaktycznych prowadzonych w Holandii:

¹ R. Kerssemakers, R. Meerten, E. van, Noorlander i in., *Drugs en alcohol: gebruik, misbruik en verslaving*, Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum, 2008, s.59-96.

<ul style="list-style-type: none"> • pomaganie rodzicom poprzez udzielanie im informacji i zachęcanie rodziców do rozmawiania z dziećmi na temat negatywnych skutków używania narkotyków;
<ul style="list-style-type: none"> • informowanie młodzieży poprzez program szkolny dla szkół średnich oraz opracowanie programu profilaktycznego dla szkół zawodowych i studentów;
<ul style="list-style-type: none"> • współpraca z gminami poprzez dostarczanie informacji o możliwościach regulacji i sposobach działania podczas organizowanych festiwali;
<ul style="list-style-type: none"> • współpraca z sektorem życia nocnego poprzez organizowanie na miejscu działań zapobiegawczych, takich jak obecna kampania „Świętuj bezpiecznie”;
<ul style="list-style-type: none"> • współpraca z sektorem zdrowia;
<ul style="list-style-type: none"> • intensyfikacja i rozszerzenie monitorowania, np. rozszerzenie działań profilaktycznych w ośrodkach testowych.

Źródło: opracowanie własne. Dane pochodzą z: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2018*, http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/netherlands/prevention_en, dostęp 16.11.2019.

Wpływ przykładowych programów profilaktycznych na bezpieczeństwo społeczne

W tej części pracy istotne będzie podkreślenie ogromnego znaczenia programów profilaktycznych oraz współpracy z innymi państwami europejskimi opierającej się na obserwacji skoncentrowanej, np. na zastosowaniu konkretnych substancji czy pomocy rodzin osób uzależnionych.

Nalokson w celu odwrócenia przedawkowania

Heroina i inne opioidy wiążą się z receptorami w układzie nerwowym, w tym z obszarami mózgu zaangażowanymi w kontrolę oddychania. Ich stosowanie może więc hamować proces oddychania, prowadząc do utraty przytomności, niewydolności narządów, a w konsekwencji do śmierci. Można jednak zapobiec wielu zgonom – nalokson jest antagonistą opioidów, który może odwrócić przedawkowanie substancjami z tej grupy.

W 2014 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleciła udostępnienie naloksonu każdemu, kto może być świadkiem przedawkowania opioidów. Konieczne jest zatem zapewnienie, aby był ogólnodostępny, żeby mogły go wykorzystywać osoby udzielające pierwszej pomocy, takie jak funkcjonariusze policji, personel pogotowia ratunkowego czy izby przyjęć. Ponadto ważne jest edukowanie w tym zakresie użytkowników narkotyków oraz innych osób, które mogą być świadkami przedawkowania – mowa tu o członkach rodziny, czy też pracownikach schronisk. Szkolenie w zakresie rozpoznawania i reagowania

na przedawkowanie w połączeniu z dystrybucją naloksonu może zmniejszyć liczbę zgonów spowodowanych przedawkowaniem opioidów.

W ostatnich latach w Europie wzrosła dystrybucja naloksonu „do domu”, dla użytkowników opioidów, ich partnerów, rówieśników i rodzin, a także organizuje się więcej szkoleń w zakresie rozpoznawania i reagowania na przedawkowanie. Tego typu programy są stosowane m.in. w krajach takich jak Dania, Francja, Niemcy, Włochy, Hiszpania, Wielka Brytania. Programy naloksonu do domu zostały również udostępnione pracownikom służb regularnie kontaktujących się z osobami zażywającymi narkotyki¹. Do 2017 roku zestawy dostarczane do domu w ramach tych działań na ogół zawierały strzykawki wstępnie napełnione lekiem (do stosowania w zastrzykach). W kolejnych latach opracowano preparat do stosowania donosowego oraz specjalny aplikator, aby ułatwić stosowanie tego leku przez laików – dowody na skuteczność naloksonu w podawaniu donosowym są obiecujące, prawdopodobnie w przyszłości będzie stosowany szerzej. Przykładem może być ocena programu dystrybucji naloksonu wśród więźniów po zwolnieniu w Szkocji – wykazała ona, że dzięki naloksonowi stosowanemu donosowo w ciągu miesiąca znacząco zmniejszyła się liczba zgonów związanych z przedawkowaniem opioidów.

Program wzmocnienia rodzin

Istnieje niewiele informacji dotyczących charakteru wielu interwencji rodzinnych. Wyjątek stanowi „Program wzmocnienia rodzin” (ang. *Strengthening Families Programme*), realizowany w trzynastu krajach Unii Europejskiej² – w jego ramach prowadzone są szkolenia z umiejętności wychowywania dzieci. Dodatkowo rodzice biorący w nich udział mogą liczyć na pomoc, np. poprzez zapewnienie transportu czy opieki nad dziećmi w trakcie zajęć. Program EFEKT został z powodzeniem wdrożony w Holandii i Szwecji. Na jego podstawie dowiedziono, że większe zaangażowanie ze strony rodziców może w sposób skuteczny przyczynić się do lepszej kontroli zachowań u młodych ludzi.

Szkolenia zawodowe mają kluczowe znaczenie dla pozytywnego zakończenia programów profilaktycznych, możliwość uczestniczenia jest jednak ograniczona. Nie tak dawno dostosowano do warunków europejskich jedną z opartych na międzynarodowych standardach dowodowych inicjatywę pod nazwą Uniwersalny Program Profilaktyczny (ang.

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health and social responses to drug problems: A European guide*, Luxembourg 2017, s. 55-57.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2015: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2015, s. 61-74.

Universal Prevention Curriculum). Został w niej uwzględniony 9-tygodniowy program studiów uniwersyteckich oraz bardzo intensywny 3-5-dniowy kurs szkoleniowy (UPCAdapt) dla lokalnych i regionalnych decydentów i osób opiniotwórczych¹.

2.6. Weryfikacja hipotez

Powyższe przykładowe programy profilaktyczne skłaniają do zadania konkretnych pytań w celu weryfikacji przyjętych hipotez. W badaniu wzięło udział 160 ankietowanych (80 z Polski, 40 z Francji i 40 z Holandii). W pytaniach 5 (tabela 2.4.) i 6 (tabela 2.5.) respondenci mogli udzielić jednej z kilku zaproponowanych odpowiedzi. Następnie przeanalizowano materiał empiryczny.

Pytanie numer 5 brzmiało następująco:

Kto/co według Pana/i opinii powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne? – pytanie jednokrotnego wyboru.

- Instytucje krajowe;
- Instytucje międzynarodowe;
- Instytucje pozarządowe;
- Obywatele.

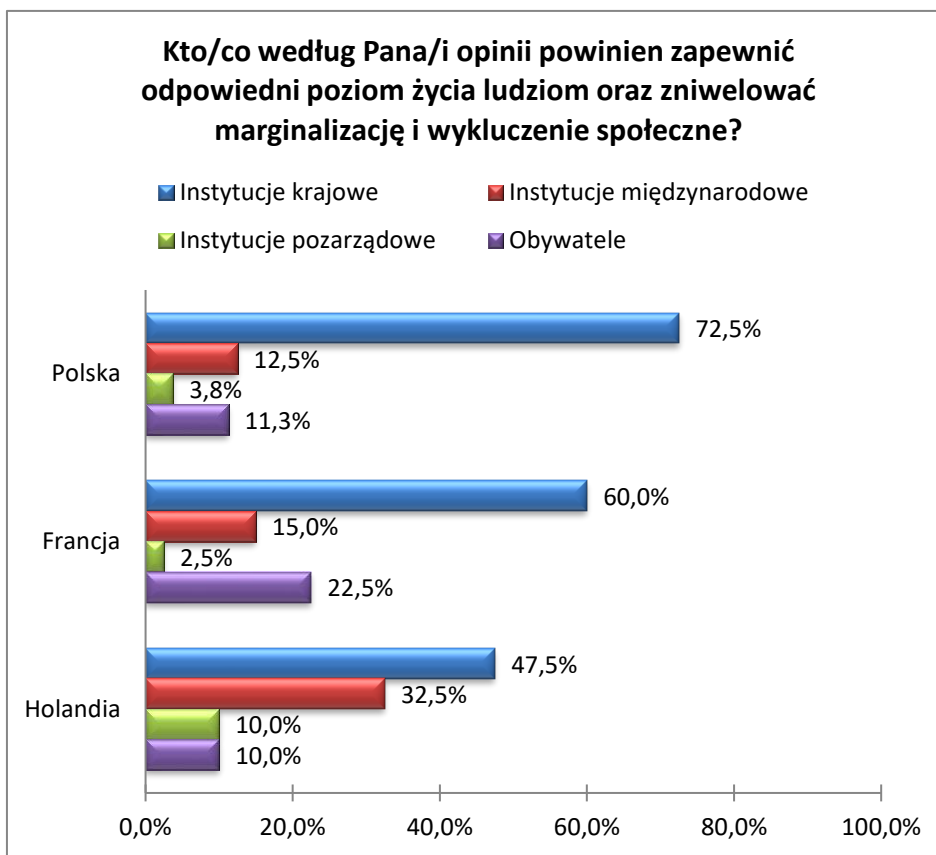
Tabela 2.4.

Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat tego, kto lub co powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Kto/co według Pana/i opinii powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne?	Instytucje krajowe	N	58	24	19	101
		%	72,5%	60,0%	47,5%	63,1%
	Instytucje międzynarodowe	N	10	6	13	29
		%	12,5%	15,0%	32,5%	18,1%
	Instytucje pozarządowe	N	3	1	4	8
		%	3,8%	2,5%	10,0%	5,0%
	Obywatele	N	9	9	4	22
		%	11,3%	22,5%	10,0%	13,8%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,214	14,645 ^a	6	0,023	0,022 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2018, s. 59-82.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 2.5. Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat tego kto lub co powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że rozkład danych wskazuje, że badani z **Polski (72,5%)** i z **Francji (60%)** częściej od ankietowanych z **Holandii (47,5%)** zaznaczali, że **instytucje krajowe** powinny zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne. **Holendrzy (32,5%)** w dużej mierze wskazywali również na **instytucje międzynarodowe**, natomiast **Francuzi (22,5%)** na **obywateli**.

Pytanie numer 6 brzmiało następująco:

Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej? - pytanie jednokrotnego wyboru.

- Działalność edukacyjna i zapobiegawcza.
- Programy leczenia osób uzależnionych.
- Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych.
- Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami.

- Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji.

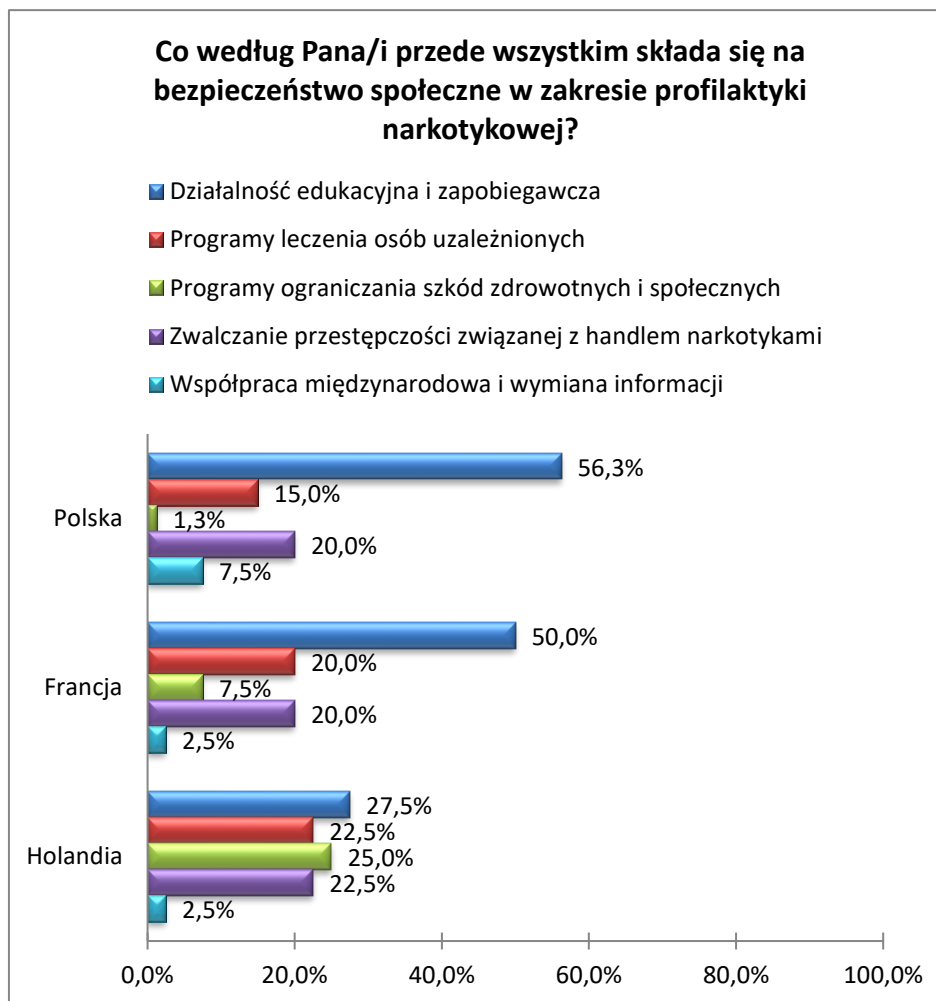
Tabela 2.5.

Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat elementów składających się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki

			Kraj			Ogółem	
			Polska	Francja	Holandia		
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	45	20	11	76	
		%	56,3%	50,0%	27,5%	47,5%	
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	12	8	9	29	
		%	15,0%	20,0%	22,5%	18,1%	
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	1	3	10	14	
		%	1,3%	7,5%	25,0%	8,8%	
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	16	8	9	33	
		%	20,0%	20,0%	22,5%	20,6%	
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	6	1	1	8	
		%	7,5%	2,5%	2,5%	5,0%	
	Ogółem		N	80	40	40	160
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,280	25,018 ^a	8	0,002	0,001 ^b		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

W badaniu wzięło udział 160 ankietowanych (80 z Polski, 40 z Francji i 40 z Holandii). Ogółem na to pytanie odpowiedzi udzieliło 100% respondentów.



Rys. 2.6. Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat elementów składających się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że ankietowani z **Polski (56,3%) i Francji (50%)** w większym stopniu od ankietowanych z **Holandii (27,5%)** uważają, że to przede wszystkim **działalność edukacyjna i zapobiegawcza** składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej. Bardziej zróżnicowane odpowiedzi dotyczą Holendrów, gdzie uważają oni, że programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych (25%), programy leczenia osób uzależnionych (22,5%) oraz zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami (22,5%) są prawie tak samo ważne jak działalność edukacyjna i zapobiegawcza (27,5%).

2.7. Wnioski

Przeprowadzona ankieta miała na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *Jakie elementy składają się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej w zakresie profilaktyki narkotykowej?* oraz weryfikację przyjętej hipotezy, która zakładała, że *elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej to działania prawne i organizacyjne realizowane przez krajowe, międzynarodowe oraz pozarządowe instytucje, ale także przez samych obywateli w celu zapewnienia pewnego poziomu życia osobom, rodzinom i grupom społecznym oraz unikania ich marginalizacji i wykluczenia społecznego wskutek narkomanii. Na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej składa się działalność edukacyjna i zapobiegawcza, programy leczenia osób uzależnionych, zwalczanie przestępczości związanej z niedozwolonym obrotem narkotykami, programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych, współpraca międzynarodowa, wymiana informacji oraz monitoring badań i trendów narkotykowych.*

Bazując na badaniach teoretycznych i empirycznych oraz na doświadczeniach własnych autorka sprecyzowała następujące **wnioski**:

1. *Instytucje krajowe w Polsce, Francji i Holandii powinny zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację społeczną.*
2. *Instytucje międzynarodowe w największym stopniu w Holandii, ale także we Francji i w Polsce powinny zainteresować się zapewnieniem odpowiedniego poziomu życia ludziom oraz niwelować marginalizację społeczną.*
3. *Obywatele, zwłaszcza we Francji, powinni zajmować się powyższymi kwestiami i zaangażować się w kwestie poprawy poziomu życia potrzebujących obywateli.*
4. *W Polsce, Francji i Holandii w zakresie profilaktyki narkotykowej należy zwrócić uwagę przede wszystkim na działalność edukacyjną i zapobiegawczą jako kryterium mające największy wpływ na bezpieczeństwo społeczne.*
5. *W Polsce oraz we Francji, w zakresie profilaktyki, zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami oraz rozwój programów leczenia osób uzależnionych są czynnikami bardzo istotnymi, które znacznie wpływają na bezpieczeństwo społeczne.*
6. *W celu poprawy bezpieczeństwa społecznego Holandia powinna zająć się w takim samym stopniu działalnością edukacyjną i zapobiegawczą, programami ograniczenia szkód zdrowotnych i społecznych, zwalczaniem przestępczości związanej z handlem narkotykami oraz programami leczenia osób uzależnionych.*

3. NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE JAKO WIELOWYMIAROWE ZAGROŻENIE DLA UNII EUROPEJSKIEJ

Wielowymiarowe zagrożenia, które niosą ze sobą nowe substancje psychoaktywne (NSP) związane są z ich niezwykle szybkim, niejawnym rozpowszechnieniem oraz rosnącą popularnością. W pierwszej dekadzie XX wieku – od 2005 roku – zaczęto coraz bardziej zauważać zjawisko pojawiania się i ogólnej dostępności nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim. Z tym zagadnieniem wiązały się następujące problemy:

- wpływ NSP na zdrowie publiczne i na politykę;
- monitorowanie nowych tendencji, będące wyzwaniem dla poszczególnych państw i rządów;
- pojawienie się nowych schematów zażywania narkotyków i dystrybucji NSP;
- rozpoznanie wymiarów schematów, specyficznych miejsc i populacji;
- ograniczona liczba państw Unii Europejskiej dysponujących systemami monitorowania¹.

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: „*Jakie zagrożenia związane są z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim?*” oraz zweryfikowanie przyjętej hipotezy, która stanowi przypuszczenie, że „*wielowymiarowe zagrożenia związane z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim to zagrożenia ekonomiczne (leczenie osób uzależnionych od dopalaczy jest bardzo kosztowne – zwłaszcza wysokie są koszty ratowania ich życia w przypadkach zatrucia, rosnące nakłady na leczenie i rehabilitację), zdrowotne (coraz większa ilość osób uzależnionych, nasilenie się chorób psychicznych), społeczne (dezorganizacja życia człowieka, brak perspektyw rozwoju osobistego, degradacja relacji społecznych lub całkowite wykluczenie, bieda, brak pracy) oraz kryminalistyczne (coraz większe koszty związane ze zwalczaniem przestępczości międzynarodowej i krajowej, rozprzestrzenienia się NSP głównie za pomocą internetu)*”.

W celu rozwiązania przedstawionego problemu badawczego oraz weryfikacji sformułowanej hipotezy w niniejszym rozdziale zastosowano następujące metody badawcze²:

- *syntezę* – wykorzystano do poznania istoty zjawiska oraz połączenia wyników analizy w zsyntetyzowaną całość;

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stanu problemu narkotykowego w Europie 2008*, Luksemburg 2008, s.11-17.

² Szczegółowe wyjaśnienie poszczególnych metod badawczych ujęte zostało w rozdziale metodologicznym.

- *uogólnienie* – mające na celu połączenie faktów, zastosowano przy określaniu poziomu wpływu NSP na bezpieczeństwo społeczne z uwzględnieniem analizy programów profilaktycznych;
- *abstrahowanie* – wykorzystano przy wyodrębnieniu elementów przedmiotu badań, które zostały uznane z pewnych względów za nieistotne lub drugorzędne;
- *porównanie* – pomogło w identyfikacji cech wspólnych, podobieństw oraz różnic poszczególnych pytań w trzech krajach badawczych, zwłaszcza tych dotyczących czynników wpływających na obniżenie poczucia bezpieczeństwa lub polepszenia skuteczności programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki narkotykowej;
- *wnioskowanie* – zostało wykorzystane we wszystkich rozdziałach dysertacji, w części poświęconej wnioskowi oraz w zakończeniu rozprawy;
- *dedukcję* – wykorzystano do wskazania czynników, które mogłyby wpłynąć na polepszenie programów profilaktycznych w przypadku NSP oraz w zakończeniu rozprawy;
- *obserwację* – osobistą i uczestniczącą podczas stażu w Komisji Europejskiej w dziale „Polityki walki z narkotykami” w Brukseli. Wykorzystano ją do refleksji nad kwestiami problematycznymi, była wyjściem do podjętych badań i sformułowania celu ich prowadzenia oraz do trafnej interpretacji. Także wieloletnia obserwacja związana przede wszystkim z pracą autorki w Parlamencie Europejskim w Brukseli pozwoliła na pochylenie się nad tymi problematycznymi kwestiami;
- *metodę sondażu diagnostycznego* – technikę ankiety, która pozwoliła nakreślić opinie respondentów dotyczące poglądowości na temat badanego zjawiska.

3.1. Nowe substancje psychoaktywne – pierwsze informacje o nich w krajach Unii Europejskiej

Na początku XXI wieku obserwacje przeprowadzone przez kilka krajów członkowskich Unii Europejskiej (UE) wskazywały na niejawne rozpowszechnianie nowych narkotyków. Znane zaczynały być takie substancje jak BZP, mCPP, 4-FA, 2C-B z rodziny pipe-

razyn i tryptamin. Od 2005 roku pojawiły się pierwsze informacje na temat dopalaczy w Europie¹, a producenci rozpoczęli produkcję coraz nowszych narkotyków o różnorodnym efekcie i sile działania.

Zjawisko pojawiania się nowych substancji psychoaktywnych (NSP) na rynku zaobserwowano w wielu krajach na całym świecie^{2,3,4,5}. Dane przedstawione przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) wskazywały, że 50 nowych substancji zostało wprowadzonych na rynek europejski w latach 2005-2008, co daje średnio 12 substancji rocznie. Liczba wykrytych związków wzrastała w kolejnych latach: 24 w 2009 roku, 41 w 2010 roku, 49 w 2011 roku, 74 w 2012 roku, 82 w 2013 roku, 101 w 2014 roku. Do końca 2018 roku EMCDDA monitorowało 730 NSP, z czego 55 zostało wykrytych po raz pierwszy⁶.

Obecnie NSP są często sprzedawane w czystej postaci i pod określoną nazwą chemiczną (choć nawet wtedy rzeczywisty skład nie zawsze odpowiada opisowi na opakowaniu). Początkowo były one sprzedawane w postaci preparatów o różnych nazwach: w krajach anglojęzycznych najpopularniejszymi nazwami były „dopalacze legalne” (ang. *legal highs*), „narkotyki kolekcjonerskie” (ang. *designer drugs*) oraz „dopalacze ziołowe” (ang. *herbal highs*). W innych krajach UE były to: „sole do kąpieli”, „zioła” czy „kadzi-dełka”. W Polsce najpopularniejsza nazwa tych produktów to „dopalacze”, choć właściwsze byłoby użycie nazwy „nowe narkotyki” lub terminu „substytut narkotyków” wykorzystanego w ustawie z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii⁷. Pojęcie „dopalacze” pochodzi od nazwy pierwszej i najpopularniejszej polskiej firmy zajmującej się sprzedażą NSP. Nazwa ta została prawdopodobnie opracowana w celu podkreślenia pozytywnych

¹ Na przykład we Francji w 2008 roku został zidentyfikowany pierwszy kannabinoid syntetyczny JWH-018, a w Wielkiej Brytanii w 2010 roku publicznie poinformowano o zgonach po zażyciu mefedronu (zob. E. Lahaie, A. Cadet-Taïrou, *Méphédronne et autres nouveaux stimulants de synthèse en circulation: note d'information SINTES*, OFDT, La Plaine-Saint-Denis 2011).

² S. D. Brandt, H. R. Sumnall, F. Measham i in., *Analyses of second-generation "legal highs" in the UK: Initial findings*, "Drug Testing and Analysis", 2, 2010, s. 377-382.

³ P. S. Johnson, M. W. Johnson, *Investigation of "bath salts" use patterns within an online sample of users in the United States*, "Journal on Psychoactive Drugs", 46, 2014, s. 369-378.

⁴ R. Kikura-Hanajiri, N. Uchiyama, Y. Goda, *Survey of current trends in the abuse of psychotropic substances and plants in Japan*, "Legal Medicine", 13(3), 2011, s. 109-115.

⁵ K. Meyers, O. Kaynak, E. Bresani i in., *The availability and depiction of synthetic cathinones (bath salts) on the Internet: Do online suppliers employ features to maximize purchases?*, "International Journal of Drug Policy", 2015. DOI: 10.1016/j.drugpo.2015.01.012.

⁶ Europejski Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2019, s. 21-42.

⁷ Dz. U. z 2005 roku nr 179, poz. 1485.

aspektów ich konsumpcji. Zazwyczaj były reklamowane jako legalne substytuty kontrolowanych środków odurzających lub substancji psychotropowych¹.

Nowe substancje psychoaktywne pojawiły się na polskim rynku w pierwszej połowie 2008 roku. Kilka miesięcy później (w październiku 2008 roku) pierwsze dwa sklepy (tzw. *head shops*) zostały przeszukane przez policję w związku z podejrzeniem nielegalnej sprzedaży substancji kontrolowanych na mocy Ustawy z dn. 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Uopn). W kolejnych miesiącach zwiększyła się aktywność zarówno sprzedawców, jak i funkcjonariuszy policji.

W pierwszym okresie analizowanym przez EMCDDA, tj. do maja 2009 roku, najpopularniejszą grupą substancji sprzedawanych jako dopalacze były piperazyny, w tym BZP, TFMPP, pFPP, MeOPP i mCPP². Preparaty często zawierały więcej niż jeden składnik psychoaktywny, przy czym najczęstszą mieszaniną były BZP i TFMPP, która według użytkowników ma podobny efekt do MDMA³. Według analiz EMCDDA⁴, BZP i mCPP wydawały się najbardziej pożądanymi przez konsumentów substancjami, dlatego przeprowadzono ocenę ich ryzyka⁵. W oparciu o przygotowane raporty, BZP zostało zakazane w prawie każdym kraju UE (w tym w Polsce)⁶, podczas gdy mCPP jest aktywnie monitorowana, a dzisiaj jest zakazana tylko w niektórych państwach (nie wszystkie umieściły go na listach substancji kontrolowanych ze względu na jego zastosowanie w przemyśle farmaceutycznym⁷). Zakaz

¹ J. Ramsey, P. I. Dargan, M. Smyllie i in., *Buying "legal" recreational drugs does not mean that you are not breaking the law*, "Quarterly Journal of Medicine", 103, 2010, s. 777-783.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie*, Luksemburg 2008, s. 103-108.

³ B. M. Z. Cohen, R. Butler, *BZP-party pills: a review of research on benzylopipezazine as a recreational drug*, "International Journal of Drug Policy", 22(2), 2011, s. 95-101.

⁴ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, *Sprawozdanie roczne 2005: Stan problemu narkotykowego w Europie*, Belgia 2005, s. 45-56.

⁵ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, *Sprawozdanie roczne 2009: Stan problemu narkotykowego w Europie*, Luksemburg 2009, s. 101-107.

⁶ W 2007 roku Komitet Naukowy EMCDDA, w poszerzonym składzie, dokonał oceny ryzyka BZP (1-benzylopipezazyny). Stwierdzono, że ze względu na właściwości tego środka pobudzającego, ryzyko dla zdrowia, jakie się z nim wiąże oraz na fakt, iż nie przynosi korzyści leczniczych, kontrolowanie tej substancji jest konieczne. Środki kontroli powinny być proporcjonalne do stosunkowo niewielkiego ryzyka. Następnie w 2008 roku Rada przyjęła decyzję określającą BZP jako nową substancję psychoaktywną, która musi zostać podporządkowana środkom kontroli oraz przepisom karnym w państwach członkowskich (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie*, Luksemburg 2008, s. 103-108).

⁷ Jeden z fenylpiperazyn, 1- (3-chlorofenylo) piperazyn (mCPP) jest bardziej rozpowszechniony niż BZP. W 2006 roku oszacowano, że około 10% nielegalnie sprzedawanych tabletek ekstazy zawierało mCPP. Na przełomie 2008 i 2009 roku odsetek ten wzrósł do 50% w niektórych krajach UE. Ponieważ jednak mCPP jest stosowany jako surowiec do syntezy kilku leków przeciwdepresyjnych takich jak np. Trazodon, nie można go było poddać formalnej ocenie ryzyka na mocy decyzji 2005/387/JHA Rady z 2005 roku w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Drug profiles: BZP et autres pipérazines*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/bzp/fr>, dostęp 22.06.2019).

BZP nie spowodował jednak natychmiastowego wycofania go z rynku, wykryto go w przejętych przez policję ogólnodostępnych produktach.

Większość NSP jest produkowana i importowana z Chin – tamtejsze spółki chemiczne i farmaceutyczne są największym handlarzem nowych substancji psychoaktywnych na świecie. Narkotyki trafiają do Europy w ilościach hurtowych, gdzie następnie są pakowane i sprzedawane jako produkty docelowe¹. Dostarczaniem tych substancji zajmują się również Indie, jednak handel z tego kraju odbywa się na mniejszą skalę.

W poniższym rozdziale omówiono rozwój rynku dopalaczy w krajach UE oraz tendencje rozwojowe tego rynku, szczególnie w ostatniej dekadzie XXI wieku. Poruszono problem negatywnego wpływu poszczególnych grup chemicznych NSP na zdrowie zażywających, społeczeństwo jako całości oraz ekonomię.

Ponadto przybliżono problem internetu jako najistotniejszego narzędzia działalności grup przestępczych w łańcuchu produkcja-podaż-popyt-dostawa-konsumpcja oraz manipulacji i propagandy internetowej, oddziałującej na ludzi za pomocą promocji oraz reklam internetowych.

3.2. Nowe substancje psychoaktywne – historia zjawiska

Do rozprzestrzeniania się nowych produktów psychoaktywnych w latach 60. XX wieku przyczyniła się para amerykańskich naukowców (Alexander i Ann Shulgin), która pracowała nad dwiema grupami substancji chemicznych: 2-feniloetyloaminami i tryptaminami. Jednak jedno z pierwszych udokumentowanych wykryć NSP sięga dopiero 2008 roku we Francji – dotyczyło analizy mefedronu i JWH-018. Z kolei w grudniu 2008 roku niemiecka firma THC PHARM GmbH odkryła, że ta ostatnia substancja reklamowana była jako jeden z aktywnych składników w mieszance narkotykowej Spice, którą od 2006 roku sprzedawano w kilku krajach europejskich².

W 2007 roku wykryto 4-FA (4-fluoroamfetaminę) na rynku z powodu użycia prekursora 4-fluoro-BMK. Po nim w 2009 roku nastąpiło wykrycie 4-metyloamfetaminy, która powstała w wyniku zastosowania prekursora 4-metyl-BMK. Powodem przejścia na niekon-

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017, s. 19-40.

² Był to pierwszy produkt syntetyczny powstały z mieszanin m.in. substancji naturalnych. Ta handlowa nazwa Spice widniała na torebkach zawierających ten produkt. Obok nich były również Gorilla, Sence, Genie, Yuca-tam, które składały się z wielu roślin dodanych do substancji syntetycznych, wywołując efekty zbliżone do tych po zażyciu konopi indyjskich.

trolowany prekursor może być ograniczona dostępność kontrolowanego prekursora lub dostawca chemikaliów może celowo zastąpić jeden prekursor innym bez wiedzy producenta; w innych przypadkach może to być spowodowane tym, że niekontrolowany prekursor jest tańszy w zakupie lub łatwiejszy w obrocie. W przypadku 4-FA i 4-metyloamfetaminy substancje były sprzedawane jako amfetamina i produkowane przez grupy przestępcze zaangażowane właśnie w dostawę amfetaminy¹.

W wielu preparatach (oprócz piperazyn wykrywanych po raz pierwszy, jak na przykład DBZP) znajdowały się także pochodne fenyloetyloaminy, w tym 4-FA i 2C-B. 4-FA była nową substancją na rynku, natomiast 2C-B był związkiem kontrolowanym w wielu krajach UE, w tym także w Polsce. W tamtym okresie wykryto również jedną pochodną tryptaminy, tj. 4-HO-MET².

Od 2008 roku obecność NSP zaczynała być coraz bardziej dostrzegalna w Europie z powodu śmierci wielu osób po zażyciu mefedronu. Nowe substancje z każdym rokiem są coraz bardziej popularne, zyskują na znaczeniu, a ich testowanie na sobie wzbudza ciekawość szczególnie wśród młodych ludzi.

Fenomen designer drugs³

Obecność *designer drugs*, czyli zaprojektowanych narkotyków nie jest nowym zjawiskiem. Pierwszą znaną tego typu substancją była morfina, powstała z opium w 1803 roku jako nowa cząsteczka oczyszczona w sposób wyłącznie chemiczny (choć nie syntetyczny) – efekty jej działania nie były znane. Podobna sytuacja miała miejsce pół wieku później z kokainą⁴.

Samo pojęcie zostało wymyślone przez Gary'ego Hendersona, profesora farmakologii i toksykologii na uniwersytecie w Kalifornii, w latach 80. XX wieku. Prof. Henderson interesował się w szczególności fentanydami – substancjami bardzo popularnymi na kalifornijskich ulicach od 1979 roku, sprzedawanych pod nazwą China-white. Miały one wszystkie

¹ European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances – Production (EU Drug Markets Report)*, 2016, http://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/2016/online/new-psychoactive-substances/production_en, dostęp 22.06.2018.

² D. Zuba, *New Psychoactive Substances – a contemporary challenge for forensic toxicologists*, “Problems of Forensic Science 2014”, vol. 100, Institute of Forensic Research, Kraków, s. 359-385.

³ Alexander „Sasha“ Shulgin przez ostatnie cztery dekady stworzył około 200 substancji psychodelicznych, m.in. MDMA znaną jako ecstazy. Dla niego samego narkotyki były drogą do prawdziwego poznania samego siebie oraz stanowiły swego rodzaju leki przeciwdepresyjne (zob. *Miłość i inne narkotyki – wywiad z Saszą i Ann Shulgin*, 03.11.2010, <https://www.wykop.pl/link/1728110/milosc-i-inne-narkotyki-wywiad-z-sasha-i-ann-shulgin/>, dostęp 23.07.2019).

⁴ C. Kornetsky, *A walk through the history of research in drug abuse trends and fads. The Nathan B. Eddy Award address given at CPDD 2005: part II*, “Drug Alcohol Depend”, 90, 2007, s.312-316.

cechy projektowanych narkotyków: wymyślną nazwę, strukturę zbliżoną do znanego narkotyku wyjściowego i brak statusu prawnego, ponieważ nie były określone w przepisach jako narkotyki¹.

W latach 90. XX wieku, kiedy LSD (który zniknął od końca lat 60.), rozpowszechnił się na rynku, termin *designer drugs* znów stał się popularny. W 1991 roku Alexander Shulgin opublikował swoją książkę PiHKAL (*Phenylethylamines I Have Known and Loved*), a w 1997 roku ukazała się kontynuacja pt. TiKHAL (*Tryptamines I Have Known and Loved*). W obu tomach szczegółowo opisał procesy syntezy pochodnych psychodelików oraz skutki wywołane po zażyciu ich przez samego siebie, swoją żonę i niektórych krewnych. Praca A. Shulgina nie miała jednak na celu zachęcania do nadużywania narkotyków czy rekreacyjnego zażywania tych substancji. Była raczej naukowym opisem działania ludzkiej psychiki.

Analiza mefedronu

Jedną z najbardziej popularnych nowych substancji psychoaktywnych był mefedron, który został wprowadzony na rynek UE w 2007 roku, a w Polsce pojawił się w 2009 roku². Ma on działanie podobne do kokainy. Jego popularność rosła w bardzo szybkim tempie, wkrótce po wykryciu stał się najbardziej znaną NSP w UE. Jego niekontrolowane stosowanie przez niedoświadczonych użytkowników narkotyków doprowadziło do wielu zatruć, w tym śmiertelnych³. Okazało się, że mefedron ma również bardzo silne właściwości uzależniające⁴, został więc dodany do listy substancji kontrolowanych w większości krajów europejskich.

Analiza JWH-018

W grudniu 2008 roku niemiecka firma THC PHARM GmbH odkryła, że syntetyczny kannabinoid JWH-018 reklamowany był jako jeden z aktywnych składników w mieszance

¹ G. Henderson, *Designer drugs: past history and future prospects*, "J Forensic Sci", 1988 Mar: 33 (2), s. 569-575.

² Dzięki używkom BZP i metylonu (wkrótce po nim pojawił się mefedron) nastąpił gwałtowny wzrost rynku narkotykowego w latach 2005-2010, wrzucając tym samym NSP do globalnej agendy politycznej. Kluczem do sukcesu obu tych rynków był fakt, że substancje sprzedawano otwarcie w wyspecjalizowanych „skleпах głównych” (ang. *head shops*) w dużych miastach i za pośrednictwem internetu (zob. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances in Europe: An update from the EU Early Warning System*, Luxembourg 2015, s. 6).

³ D. James, R. D. Adams, R. Spears i in., *Clinical characteristics of mephedrone toxicity reported to the U.K. National Poisons Information Service*, "Emergency Medicine Journal", 28, 2011, s. 686-689.

⁴ F. Schifano, A. Albanese, S. Fergus i in., *Mephedrone (4-methylmethcathinone; "meow meow"): chemical, pharmacological and clinical issues*, "Psychopharmacology", 214, 2011, s. 593-602.

narkotykowej Spice, którą od 2002 roku sprzedawano jako kadzidełka w kilku krajach europejskich¹. Produkty te rozprowadzono w internecie oraz w niektórych sklepach. Można było je kupić w 9 krajach UE jako „legalne dopalacze”². Niektórzy użytkownicy Spice opisywali jego działanie jako podobne do konopi indyjskich. Informacja zamieszczona na opakowaniu wskazywała na to, że produkt składał się z ok. 14 składników pochodzenia roślinnego, nie wymieniano jednak żadnych składników syntetycznych. Te dane oczywiście wprowadzały klientów w błąd. Ponadto niewiele wiadomo było o właściwościach farmakologicznych i toksykologicznych materiałów rzekomo zawartych w produktach Spice, tym samym trudno było stwierdzić, jakie potencjalne zagrożenie dla organizmu człowieka stanowiło zażycie produktu.

Państwa członkowskie zaczęły stosować szeroko zakrojone badania naukowe dotyczące substancji Spice (syntetycznej marihuany) oraz jej szybkiego rozprzestrzeniania. W 2008 roku w Niemczech i Austrii, po wykryciu substancji JWH-018 postanowiono przeprowadzić doświadczenie na zwierzętach. Wyniki pokazały, że efekty wywoływane przez JWH-018 są takie same, jak w przypadku stosowania THC, z tym że ta pierwsza substancja jest zdecydowanie mocniejsza³.

Nowe produkty syntetyczne a narkotyki

Na ogół naturalne substancje psychoaktywne pochodzą od roślin takich jak: mak, liście koki, marihuana, grzyby halucynogenne (są one najczęściej spożywane bez poddania ich jakiegokolwiek przeróbce), natomiast pojęcie „narkotyk syntetyczny” oznacza cząsteczkę chemiczną zsyntetyzowaną w laboratorium. Jednym z pierwszych produktów syntetycznych, powstałych z m.in. mieszanki ziół z dodatkiem substancji chemicznych, był narkotyk o nazwie Spice⁴.

¹ *Gefährlicher Kick mit « Spice »*, Frankfurt, 15 Dezember 2008.

² Austria, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Niemcy, Polska, Portugalia, Republika Czeska, Zjednoczone Królestwo.

³ Efekty zażywania to: wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, lęki, urojenia, zawroty głowy, zaburzenia uwagi, wysuszenie śluzówek i przekrwienie gałek ocznych, zaburzenia koordynacji ruchowej i równowagi. Prawdopodobnie analogicznie do marihuany może powodować uzależnienie psychiczne, a nawet wywołać psychozy. Przedawkowanie śmiertelne jest raczej niemożliwe, nie istnieją jednak badania na temat skutków doraźnego i długotrwałego używania, uzależnienia, toksyczności czy interakcji tej substancji. W Polsce, jak i we Francji (oraz czasowo w Niemczech i Austrii) substancja ta została objęta kontrolą prawną od 8 maja 2009 roku. Analizy przeprowadzone w krajach Europy Zachodniej wykazały, że poza JWH-018, do mieszanek dodawanych jest także wiele innych kannabinoidów pochodzenia syntetycznego, takich jak np. CP-47,497, C-8, C-9, HU-210 czy JWH-015 (zob. K. Bauer, J. R. Ładny, S. L. Czaban i in., „Dopalacze” jako problem medycyny ratunkowej, „Borgis – Postępy Nauk Medycznych 9/2010”, s. 745-750).

⁴ P. Kintz, *Traité de toxicologie médico-judiciaire*, 2^e édition, Elsevier Masson, 2012, s. 512-553.

NSP stanowią niejednorodną grupę wielu substancji pochodzenia naturalnego, syntetycznego i półsyntetycznego, których zażywanie ma na celu wywołanie efektów zbliżonych do działania klasycznych narkotyków¹. Dzielią się one głównie ze względu na sposób działania: są to kannabinoidy, stymulanty, psychodeliki czy syntetyczne opioidy².

23 listopada 2018 roku w UE włączono nowe substancje psychoaktywne do definicji narkotyku. Oznacza to, że NSP stanowi substancję „w formie czystej lub w formie preparatu nieobjętą zakresem stosowania Jednolitej konwencji Narodów Zjednoczonych o środkach odurzających z 1961 roku, zmienionej protokołem z 1972 roku, ani Konwencji Narodów Zjednoczonych o substancjach psychotropowych z 1971 roku, lecz mogącą stwarzać zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne podobne do zagrożeń stwarzanych przez substancje objęte zakresem stosowania tych konwencji”³.

Narkotyki syntetyczne – produkcja, identyfikacja

Procesy syntezy podczas produkcji mogą być proste lub bardziej złożone, wieloetapowe – w zależności od tego, czy produkt jest sproszkowany, czy w tabletkach. Pierwsza synteza polega na przygotowaniu związku z substancji wyjściowej, druga na stworzeniu produktu krok po kroku. W obu przypadkach narkotyk najpierw znajduje się w postaci proszku zsyntetyzowanego w laboratorium. Dopiero w takiej formie może być poddany drugiemu etapowi, czyli mieszanii z różnymi substancjami i przygotowaniu w formie tabletek⁴. Istnieje również możliwość, że lekka modyfikacja cząsteczek narkotyków pochodzenia naturalnego wpłynie na powstanie końcowego produktu – przykładem tego jest wytworzenie kokainy z liści koki⁵. Struktury molekularne NSP są zbliżone do struktur substancji syntetycznych, ale nie są identyczne.

Nowe produkty syntetyczne wymagają tzw. profilowania substancji chemicznych. Profilowanie umożliwia określenie prekursorów wykorzystywanych do tworzenia narkotyków syntetycznych, zidentyfikowanie laboratoriów, w których mogą być wytwarzane oraz

¹ L. Kapka-Skrzypczak, M. Cyranka, P. Kulpa i in., *Dopalacze – stan aktualny i wytyczne na przyszłość*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, Tom 17, nr 4, 2011, s. 206-211.

² B. Michalewski, K. Grabowski, G. Wodowski, *Nowe substancje psychoaktywne, Zdrowie Prawo Zagrożenia*, Stowarzyszenie MONAR, Kraków, 2015.

³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2103 z dnia 15 listopada 2017 roku zmieniająca decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW w celu włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji narkotyku i uchylająca decyzję Rady 2005/387/WSiSW, art. 1 (Dz.Urz. UE L 305/12).

⁴ Rapport sur la Recherche de traces de production de drogues de synthèse dans les eaux usées, Université de Liège et Université de Gent, Liège, Gent 2010, s. 5-36. Publications – Politique scientifique fédérale (belspo.be), dostęp 17.03.2021.

⁵ M. Fumey, *Les designer drugs, un nouveau défi dans la lutte contre les stupéfiants*, CETFI, Aix-en-Provence 2011.

określenie szlaków handlowych¹. Pozwala także na określenie źródła pochodzenia skonfiskowanych próbek. Umożliwia wskazanie próbek, które albo pochodzą z tego samego rzutu syntezy², z tego samego laboratorium lub nie mają ze sobą żadnych powiązań.

Nowe substancje syntetyczne często zawierają wiele zanieczyszczeń – są produkowane w laboratoriach, które nie spełniają norm sanitarnych. Przykładem takiej rzemieślniczej produkcji jest Krokodyl, jego nazwa farmaceutyczna to dezomorfin. Jest to produkt wykonany w tradycyjny sposób na bazie kodeiny, którą można kupić bez recepty (np. we Francji tylko wtedy, gdy jej stężenie masowe³ jest mniejsze niż 30 mg w jednej tabletkie, natomiast w Polsce w formie leków OTC bez recepty i na receptę; od 1 stycznia 2017 roku jednorazowo bez recepty można nabyć tylko małe opakowanie leku z kodeiną, do 150 mg substancji). Co ciekawe, narkotyk Krokodyl zażywany był tylko w Rosji, Francuskie Obserwatorium Narkotyków i Narkomanii (fr. OFDT) poinformowało, że stosowanie tej substancji nie miało miejsca na terytorium Unii Europejskiej⁴.

Doświadczenia przeprowadzane w prowizorycznych laboratoriach prowadzą często do różnych niebezpiecznych dla zdrowia sytuacji. Największym problemem jest fakt, że często producentami nie są prawdziwi chemicy, ci ludzie mają tendencję do ignorowania zasad bezpieczeństwa⁵. Osoby zażywające lub produkujące takie narkotyki są więc narażone na zatrucia, choroby albo śmierć⁶.

Co więcej, producenci używają często wielokrotnie tych samych środków chemicznych lub wylewają je na zewnątrz, całkowicie pomijając zagrożenie – te niebezpieczne substancje mogą być łatwopalne lub wybuchowe. Zdarzają się wypadki, które zagrażają zarówno ludziom pracującym w laboratoriach, jak i przebywającym lub mieszkającym w pobliskim otoczeniu. W momencie eksplozji preparatu osoby pracujące przy produkcji narkotyków narażają się na poparzenia, oszpecenia lub śmierć. Laboratoria generują jednocześnie wiele toksycznych odpadów – produkcja 500 gramów metamfetaminy generuje 2,5 kg odpadów.

¹ E. Devuyt, S. Lamping, A. Verstraete, *Profilage chimique des drogues de synthèse*, Université de Gent.

² O. Gueniat et P. Esseiva, *Le profilage chimique de l'héroïne et de la cocaïne : une méthodologie moderne de lutte contre le trafic illicite*, « Presse Polytechniques », Romandes 2005.

³ Inaczej stężenie masowo-objętościowe – wyraża stężenie substancji w mieszaninie; jest to stosunek masy danej substancji do objętości mieszaniny.

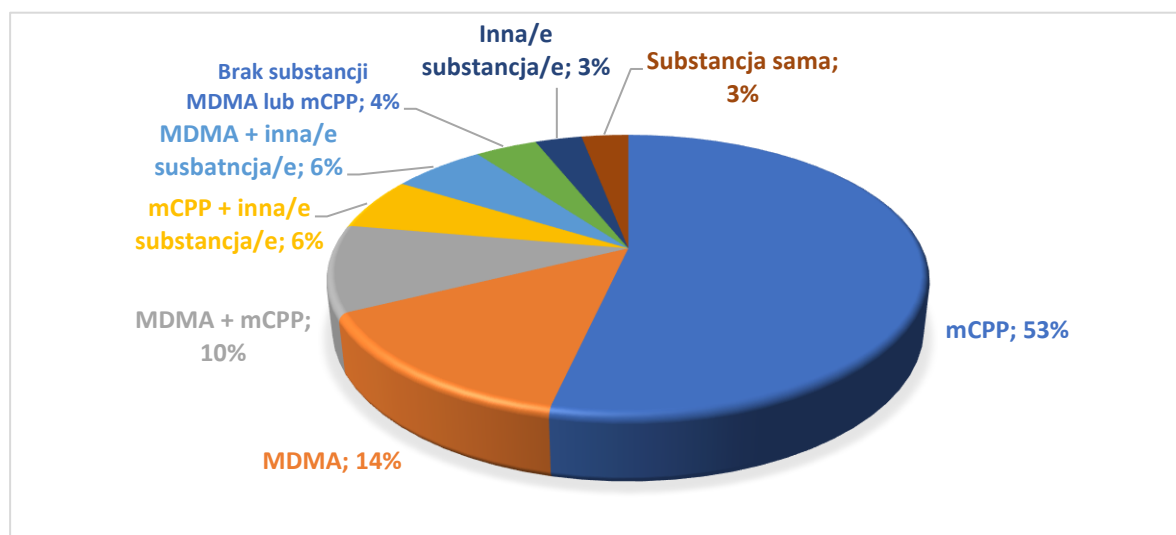
⁴ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Rumeurs de circulation de Désomorphine ou « Krokodil »*, Note d'information du 28 octobre 2011 (actualisée le 4 novembre 2011), Hague 2011.

⁵ M. Fumey, *Les designer drugs, un nouveau défi dans la lutte contre les stupéfiants*, mémoire, CETFI, Aix-en-Provence 2011.

⁶ *Drug-Free World, Online education*, Virtual Online Training System, <https://education.drugfreeworld.org/> (dostęp 27.07.2019).

Kompozycja nowych substancji psychoaktywnych na przykładzie ecstazy

Skład nowych substancji psychoaktywnych zmienia się w zależności od prekursorów chemicznych, które są aktywne podczas produkcji. Na przykład ecstazy zawierają różne substancje chemiczne, skomponowane z mieszaniny chemikaliów zwiększających toksyczność (Rys. 3.1.). Szacuje się, że w roku 2006 w UE prawie 10% narkotyków sprzedawanych jako ecstazy zawierało cząsteczkę mCPP¹. Pod koniec 2008 roku w niektórych państwach członkowskich liczba ta wzrosła do około 50%. Piperazyny mCPP, samodzielnie lub z innymi substancjami, zostały wykryte w 20% lub więcej w tabletkach badanych w Austrii, Belgii, Chorwacji, Czechach, Danii, Finlandii, Portugalii, Wielkiej Brytanii oraz na Cyprze². Ponadto w ecstazy, w krajach takich jak Luksemburg, Hiszpania, Turcja i Chorwacja, znaleziono również dodatkowy składnik – amfetaminę³.



Rys. 3.1. Rodzaje substancji znalezionych w 95 tabletkach ecstazy
(rysunek przetłumaczony z języka francuskiego na język polski)

¹ MCPP jest psychoaktywnym narkotykiem, pierwotnie wykorzystywanym w latach 70. do badań naukowych. W 2000 roku stał się on *designer drug* sprzedawanym jako ecstazy w Europie i USA.

² W Belgii i Holandii w 2012 roku zostały odkryte różne inne nielegalne laboratoria. W 2013 roku ilość skonfiskowanych prekursorów wzrosła prawie dwukrotnie. Lokalizacje te mają szczególne znaczenie w produkcji narkotyków syntetycznych. Produkcja MDMA na dużą skalę ponownie wróciła do państw UE, a tym samym identyfikacja zorganizowanych struktur kryminalnych i wykrywalność nielegalnych laboratoriów stała się priorytetem dla Europolu i innych organizacji międzynarodowych. (zob. Europol, <http://www.europol.europa.eu/>, dostęp 27.07.2019). W latach 2012-2013 nowe substancje psychoaktywne zostały skonfiskowane również w innych krajach – na Łotwie (około 5 kg), w Hiszpanii (konfiskata 96 kg w sklepie), a Republika Czeska przechwyciła ponad 20 kg mefedronu, który pochodził z Indii. Obiekty związane z produkcją zostały wykryte w państwach takich jak: Irlandia, Belgia, Polska (5 kg mefedronu) i Holandia. Polskie Centralne Biuro Śledcze przy współpracy belgijskiej Policji Federalnej ujawniło odkrycie 1700 kg MDMA w fazie produkcji oraz 1684 kg gotowego MDMA (zob. Gazeta.pl wiadomości, <http://wiadomosci.gazeta.pl/>, dostęp 27.07.2019).

³ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Global Smart Update*, Special Segment, The changing nature of “ecstasy”, Vienna 2014, s. 5.

Źródło: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *SINTES Produits synthétiques*, 2009

W 2009 roku Francuskie Obserwatorium Narkotyków i Narkomanii (OFDT) przeprowadziło badania dotyczące składu substancji sprzedawanych jako ecstasy. Produktami najczęściej powtarzającymi się były mCPP (53%) i MDMA (14%) lub ich mieszanka (10%)¹. Blisko jedna tabletką na nie zawierała ani mCPP, ani MDMA, lecz inną substancję (6%) lub kilka, powiązanych ze sobą (12%)². Jedynie 3% tabletek nie zawierało żadnej substancji aktywnej (jedynie cukry lub substancje mineralne). MDMA była często zastępowana przez inne, takie jak na przykład 3,4-MDP-2-P (podstawowy prekursor chemiczny stosowany w produkcji MDMA)³, MDEA (substancja psychotropowa o właściwościach stymulujących i halucynogennych z rodziny fenyloetyloamin) lub 4-MTA (nielegalnie stworzona pochodna amfetaminy, będąca „narkotykiem początkującym” dla młodych użytkowników, bez wartości terapeutycznej lub przemysłowej⁴). W latach 2000-2005 jedyny aktywny składnik⁵ ecstasy – MDMA – wynosił 80%, dziś jest to około 14%. W roku 2005 po raz pierwszy zidentyfikowano tabletki z substancją mCPP w bazie danych SINTES. Stanowiły one mniej niż 4% i zostały przedstawione jako ecstasy (czasem w połączeniu z amfetaminą)⁶. Substancja mCPP jest rzadziej wykrywana, ale jeśli już uda się ją znaleźć, to ma ona znacznie wyższe stężenie niż MDMA. Jest to widoczne w średnio 89% przypadków.

3.3. Zasadnicze tendencje rozwoju rynku nowych substancji psychoaktywnych w krajach Unii Europejskiej w XXI wieku

Prędkość oraz ilość, w jakiej nowe substancje psychoaktywne docierają na rynek europejski od około 2008 roku, są coraz większe. Między 2008 a 2012 rokiem liczba NSP zidentyfikowanych przez laboratoria toksykologii wynosiła 60⁷. Od przełomu lat 2008-2009 zarówno produkcja, jak i ich rozprzestrzenianie się znacznie wzrosły – na obszarze UE wy-

¹ E. Lahaie, *Enquête SINTES 2009 sur la composition des produits de synthèse*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis 2011, s.12-21.

² Ibidem.

³ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Global Synthetic Drugs Assessment, Amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances*, Vienna 2014, s.45-50.

⁴ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Veille Internet sur les substances psychoactives dans le cadre du projet TREND, Substance : 4-MTA*, 2000.

⁵ Proporcjonalnie substancji tej jest bardzo niewiele w stosunku do substancji pomocniczych. Może być ona chemicznie czysta (określana jako „cząsteczka”), może być mieszkanką różnych substancji chemicznie podobnych (np. izomerów) lub określona za pomocą metody produkcji.

⁶ E. Lahaie, *Enquête SINTES 2009...*, *op. cit.*, s.12-21.

⁷ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport Narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013.

krywana była co tydzień nowa substancja. Obecnie NSP są na tyle popularne, że przynajmniej raz w życiu spróbowało ich średnio 4% osób w wieku 15-16 lat w 24 krajach europejskich (największy procent odnotowała Polska i Estonia – po ok. 10%, a najmniejszy Belgia (Flandria), Dania, Finlandia, Norwegia i Portugalia – po ok. 1%^{1,2}). Wskaźnik spożywania nowych substancji psychoaktywnych rośnie w większości krajów europejskich. Taka tendencja zwiększa się wraz z wiekiem użytkowników – 3,6% młodych ludzi między 15. a 18. rokiem życia oraz 5,6% pomiędzy 19. i 21. rokiem życia testowało już te substancje.

Liczba zidentyfikowanych nowych substancji psychoaktywnych w latach 2008-2020

Liczba nowych substancji psychoaktywnych wykrytych po raz pierwszy w UE w latach 2008-2020 wykazuje na rosnącą tendencję do 2014 roku, później nieznacznie spada (tabela 3.1.).

Tabela 3.1.
Liczba nowych substancji psychoaktywnych w Unii Europejskiej w latach 2008-2021

ROK	Liczba NSP wykrytych po raz pierwszy w UE przez System Wczesnego Ostrzegania	Liczba NSP monitorowanych przez EMCDDA
2008	13	164
2009	24	
2010	41	
2011	48	
2012	74	251
2013	81	350
2014	101	450
2015	98	560
2016	66	628
2017	51	670
2018	55	730
2019	53	790
2020	46	830
2021	52	880

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, The ESPAD Group, Luxembourg 2015, s. 43.

² Wśród młodzieży pomiędzy 15 a 24 rokiem życia NSP znajdują się na drugim miejscu wśród najczęściej spożywanym nielegalnym substancji w Europie, zaraz po konopiach indyjskich (zob. Conseil de l'Union Européenne, *Pacte européen pour la lutte contre les drogues de synthèse*, 3121ème Conseil et Justice des Affaires Intérieures, 2011).

Źródło: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *EMCDDA – Europol 2016 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, In accordance with Article 10 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances*, Luxembourg 2017, s. 13-14; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017, s. 33; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2018, s. 35; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2019, s. 32; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2020: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2020, s. 24; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2021: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2021, s. 26; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2022: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2022, s. 38-40.

Badania dotyczące zażywania nowych substancji psychoaktywnych

NSP jako substancje wyjątkowo niebezpieczne, zostały poddane na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wielu badaniom (Eurobarometru, EMCDDA), które analizowały to zjawisko w różnych grupach wiekowych i społecznych.

Badanie Flash Eurobarometru z 2011 roku

Z badania Flash Eurobarometru opublikowanego w 2011 roku przez Komisję Europejską na temat powiązania młodzieży z narkotykami wynika, że po raz pierwszy substancje psychoaktywne największemu odsetkowi młodych ludzi zaoferowali przyjaciele lub najbliższe otoczenie. Takiej odpowiedzi udzieliło 43% osób mieszkających w miastach oraz 60% z obszarów wiejskich¹. Tendencja do sięgania po narkotyki zwiększa się wraz z wiekiem użytkowników, tzn. 3,6% młodych ludzi w wieku 15-18 lat oraz 5,6% w przedziale wiekowym 19-21 lat testowało już te substancje. Niepokoi także fakt, że nastąpiło obniżenie wieku ludzi sięgających po raz pierwszy po substancje psychoaktywne oraz to, że asortyment stale się zwiększa².

Badanie Flash Eurobarometru z 2014 roku

W 2014 roku Flash Eurobarometr przeprowadziło badanie na ponad 13 000 osób w wieku 15-24 lata, mieszkających w państwach członkowskich UE. Okazało się, że 8% respondentów przynajmniej raz w życiu zażyło nową substancję psychoaktywną, a 3% skorzystało z niej w ciągu ostatniego roku. Są to bardzo niepokojące dane, które potęguje fakt,

¹ The Gallup Organization, *Youth attitudes on drugs*, Analytical report, Flash Eurobaromètre 330, July 2011, Bruxelles 2011.

² M. Jędrzejko, M. Kowalski, B. Rosik i in., *Narkotyki i dopalacze. Zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profilaktyka*, Warszawa 2016, s. 21-53.

iż w przypadku tej grupy młodych ludzi 68% otrzymało lub kupiło taką substancję od osoby ze swojego najbliższego otoczenia, czyli od znajomego czy przyjaciela lub kogoś z rodziny¹.

Badanie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z 2016 roku

W 2016 roku EMCDDA przeprowadziło badania na temat zażywania nowych substancji psychoaktywnych przez osoby stosujące narkotyki w sposób bardzo ryzykowny.

Ryzykowne zażywanie NSP wiąże się w coraz większym stopniu z problemem zgłaszanym przez około dwie trzecie krajów UE, czyli paleniem kannabinoidów syntetycznych w populacjach zmarginalizowanych, m.in. wśród bezdomnych lub więźniów². Syntetyczne katynony (ich struktura jest podobna do efedryny, katyny i innych pochodnych amfetaminy; mają działanie stymulujące) przyjmowane były drogą iniekcji – takie przypadki zostały zgłoszone przez połowę państw członkowskich UE, mimo iż rodzaj stosowanej substancji różnił się w niektórych krajach: w Słowenii było to 3-MMC, w Wielkiej Brytanii mefedron, w Finlandii alfa-PVP, a na Węgrzech pentendron³. W całej UE nowe opioidy w postaci znanej substancji takiej jak acetylofentanył doprowadziły do 32 przypadków śmierci⁴. W 2015 roku w Polsce odnotowano ponad 200 interwencji szpitalnych tylko z użyciem syntetycznych kannabinoidów – ich palenie w populacjach zmarginalizowanych jest w Europie rosnącym problemem.

Obecnie niewiele osób decyduje się podjąć leczenie ze względu na problemy związane ze stosowaniem NSP. Zaledwie około 3 200 (mniej niż 1%) osób podejmujących specjalistyczne leczenie związane z uzależnieniem od narkotyków zgłaszało problemy mające związek z tego typu substancjami.

Jednym z alarmujących problemów jest zażywanie dopalaczy wśród populacji więźniów. Według sondaży przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii w 2016 roku, 33% spośród 625 więźniów zgłosiło używanie syntetycznego kannabinoidu Spice w ciągu jednego miesiąca – stanowiło to 19% więcej niż w przypadku zażywania konopi indyjskich wśród tej

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances in Europe: An update from the EU Early Warning System*, Luxembourg 2015, s. 4-7.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017, s. 53.

³ Ibidem, s. 41-60.

⁴ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016, s. 53-70.

samej populacji¹. W celu zapobiegania przedawkowaniu, które stanowi największą przyczynę ryzykownych zachowań, interwencje prewencyjne skupione są m.in. na osobach opuszczających zakład karny lub tych, które kończą lub przerywają leczenie związane z uzależnieniem od narkotyków. Interwencje mogą polegać na udostępnianiu naloksonu do użytku domowego lub łatwym dostępie do ośrodków umożliwiających przyjmowanie narkotyków pod nadzorem².

Ocena ryzyka przedawkowania wśród osób używających narkotyków, podniesienie ich świadomości dotyczącej możliwości przedawkowania, a to w połączeniu z zapewnieniem skutecznego leczenia pomaga zapobiegać przypadkom przedawkowania. Ukierunkowane działania mają na celu zwiększenie prawdopodobieństwa przeżycia w razie przedawkowania.

Użytkownicy nowych substancji psychoaktywnych

Tabela 3.2.

Liczba użytkowników zażywających narkotyki w poszczególnych grupach wiekowych w 2018 roku

	Konopie indyjskie		Kokaina		MDMA		Amfetaminy		Opioidy	
	15-64	15-34	15-64	15-34	15-64	15-34	15-64	15-34	15-64	15-34
Przedział wiekowy użytkowników										
Liczba użytkowników w mln	24,7	17,5 (71% z liczb y 24,7)	3,9	2,6 (67% z liczb by 3,9)	2,6	2,1 (81% z liczb y 2,6)	1,7	1,2 (71% z liczb by 1,7)	1,3	Brak danych

Źródło: dane pochodzą z Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport Narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2019, s. 15.

Na podstawie powyższej tabeli (3.2.) można porównać liczbę użytkowników zażywających różne narkotyki w przedziałach wiekowych 15-34 oraz 15-64 oraz dokonać oceny,

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, EMCDDA, Luksemburg 2018, s. 39-58.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, EMCDDA, Luksemburg 2017, s. 65-88.

jaki udział (w liczbach rzeczywistych i w procentach) mają osoby zażywające narkotyki z przedziału wiekowego 15-34 w stosunku do grupy wiekowej 15-64.

Zdecydowanie najliczniejsza jest liczba osób z przedziału wiekowego 15-34 lata, zażywająca konopie indyjskie; jej udział w stosunku do grupy wiekowej 15-64 to aż 71%. Najmniej liczna jest grupa osób z przedziału wiekowego 15-34 zażywająca amfetaminę, ale jej udział procentowy w stosunku do grupy wiekowej 15-64 to również 71%. Liczba użytkowników z przedziału wiekowego 15-34 zażywających kokainę, MDMA i amfetaminę, w porównaniu z liczbą osób zażywających konopie indyjskie, jest znacznie mniejsza; odpowiednio 2,6 mln, 2,1 mln i 1,2 mln, natomiast procentowy udział osób zażywających te narkotyki z grupy wiekowej 15-34 w stosunku do grupy wiekowej 15-64 to kolejno aż 67%, 81% i 71%.

Obecnie w niepokojącym tempie w krajach UE rośnie liczba młodych ludzi eksperymentujących z narkotykami. Coraz częściej sięga po nie młodzież i młodzi dorośli, czyli osoby z przedziału wiekowego 15-34. Nawet wśród rodzin o wysokim statusie społecznym pojawiło się zjawisko zwane resetem, o którym wielokrotnie pisze w swoich książkach dr hab. prof. Mariusz Jędrzejko¹. Polega ono na spędzaniu weekendów z używkami, dużą ilością alkoholu i środkami psychoaktywnymi. Celem takich zachowań jest zresetować się, zrelaksować, aby sprostać kolejnym wyzwaniom rodziców czy następnego tygodnia w szkole, w pracy. Na taki sposób spędzania wolnego czasu składa się łatwa dostępność do środków odurzających². Współcześnie ogromnym zagrożeniem w zakresie dystrybucji jest internet, który, jako narzędzie wszechobecne, stanowi duże wyzwanie dla twórców polityki antynarkotykowej – europejski rynek narkotykowy został zdominowany przez nowe kanały podaży, takie jak darknetowe platformy handlowe, np. Silk Road czy AlphaBay³. Należy zatem zwrócić uwagę, że istnieją różnice pomiędzy rynkiem tradycyjnych narkotyków a dopalaczowym. Wokół tego drugiego stworzono zorganizowany rynek internetowy, oparty na systemie składania zamówień, płacenia kartą kredytową i dowozem do domu lub wysyłaniem NSP w paczce, w legalny sposób. Ten rodzaj działania jest poza zasięgiem tradycyjnej mafii,

¹ M. Jędrzejko, M. Kowalski, M. Rosik i in., *Narkotyki i dopalacze. Zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profilaktyka*, Warszawa 2016, s. 21-53.

² M. Jędrzejko, T. Safjański, M. Walancik, *Narkotyki i narkomania. Zjawiska globalne – problemy lokalne*, Warszawa 2015, s. 245-264.

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2016: tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016, s. 17-36.

która zazwyczaj zarządza przemysłem i sprzedażą innych narkotyków, np. kokainy czy amfetaminy¹.

Problem nowych substancji psychoaktywnych w latach 2008-2022

Sytuacja w latach 2008-2012

Od 2008 do 2012 roku cały czas utrzymywała się tendencja wzrostowa w zakresie liczby wykrytych nowych substancji psychoaktywnych, zgłaszanych po raz pierwszy do systemu wczesnego ostrzegania UE. W tym przedziale czasowym liczba zidentyfikowanych NSP wynosiła 60². Z czasem NSP stawały się coraz popularniejsze, w UE co tydzień wykrywano nową substancję. Ten wzrost był bardzo dynamiczny: od 13 NSP w 2008 roku aż do 74 w 2012 roku. W 2012 zidentyfikowano już 251 nowych substancji psychoaktywnych³, a w następnych latach ich liczba stale rosła⁴.

Europejskiej Agencji EMCDDA udało się zidentyfikować poprzez system Snapshot⁵ blisko 700 sklepów internetowych specjalizujących się w sprzedaży NSP⁶. Znajdowały się głównie w Holandii, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Polsce i Francji⁷.

Dla porównania, od 2008 roku około 19% krajów spoza UE (m.in. Rosja, Stany Zjednoczone, Kanada) zidentyfikowało więcej niż 100 różnych NSP⁸. W tym samym czasie, więcej niż 25% krajów (przede wszystkim kraje Afryki Wschodniej oraz Azji Środkowej, a także Afryka Północna i Środkowa, niektóre państwa Azji, Ameryki Południowej oraz Środkowej) zgłosiła tylko jedną substancję, co może wynikać z ograniczonej zdolności technicznej do identyfikacji nowych substancji psychoaktywnych.

¹ G. Serpelloni i in., *NPS Update and National Action Plan*, Dipartimento Politiche Antidroga, Rome 2013, s. 183.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport Narkotykowy 2013, Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s. 28-29.

³ E. Lahaie et M. Martinez, *9.8 Nouveaux Produits de Synthèse*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), La Plaine Saint-Denis 2013 s. 266-272.

⁴ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014, s. 13.

⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *EU Drug Markets Report 2013, A strategic Analysis*, Luxembourg and Hague 2013, s. 147.

⁶ A. Cadet-Tairou i in., *Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012)*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Saint-Denis La Plaine 2013, s. 1-8.

⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne*, Belgium 2001, s. 47-51.

⁸ United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug report 2016*, Vienna 2016, s. 57.

Sytuacja w latach 2012-2016

W 2012 roku kraje UE odnotowały 73 rodzaje nowych narkotyków psychoaktywnych. Trzydzieści z tych substancji były agonistami¹ łączącymi się z receptorami kannabinoïdów syntetycznych, regularnie kupowanymi przez konsumentów. Dziewiętnaście kolejnych substancji, zawierających w składzie rośliny, nie zaliczało się do rodziny produktów opisanych w tamtym czasie². Od tego roku widoczny jest stały wzrost liczby nowych syntetycznych produktów na rynku europejskim. Niektóre z tych substancji są sprzedawane nielegalnie, ale większość z nich znajduje się na legalnym rynku. W 2013 roku system wczesnego ostrzegania UE nadal pozwalał identyfikować nowe substancje – informował o pojawieniu się co najmniej jednej nowej substancji psychoaktywnej tygodniowo³. W maju 2014 roku właśnie dzięki Systemowi Wczesnego Ostrzegania (ang. *Early Warning System, EWS*) zidentyfikowano 37 NSP, niektóre z nich były bardzo niebezpieczne. Przykład może stanowić substancja 4,4'-DMAR, po zażyciu której odnotowano osiem zgonów na Węgrzech w 2013 roku⁴ oraz 19 zgonów w lutym 2014 roku w Wielkiej Brytanii⁵. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) monitorowało do końca 2016 roku ponad 620 nowych substancji psychoaktywnych, które pojawiły się w Europie. Substancje te nie podlegają międzynarodowym kontrolom⁶.

W 2015 roku zostało zidentyfikowanych kolejnych 98 nowych substancji psychoaktywnych. W latach 2012-2016 zostało wykrytych 420 (ponad 70%) nowych substancji psychoaktywnych, to zaledwie 5 lat. W tym samym roku zaobserwowano spadek, wykryto „zaledwie” 66 nowych substancji. Jest to liczba mniejsza niż w poprzednich dwóch latach, ale podobna do tych, które rejestrowano w latach 2012 i 2013. Powody nie są jasne, ale możemy przypuszczać, że na tę sytuację miały wpływ trzy rzeczy:

¹ Agonista – w farmakologii jest to substancja łącząca się z receptorem i powodująca reakcję w komórce. Jest przeciwieństwem antagonisty, który łączy się z receptorem i blokuje go bez wywoływania reakcji.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport Narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s.28.

³ Ibidem.

⁴ 4,4'-DMAR jest nowym narkotykiem zwanym również "4-metylo-U4Euh", "4-metylo-euforia" i "Sérotoni". Jest dostępny głównie w Danii, Finlandii, Holandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i na Węgrzech. Działania niepożądane to pobudzenie, hipertermia, zatrzymanie akcji serca i problemy z oddychaniem.

⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) – Europol, *EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 4,4'-DMAR (4-methyl-5(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine)*, Luxembourg 2014, s. 7.

⁶ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017, s. 19-40.

- działania podejmowane przez rządy krajowe w Europie, polegające na zakazie obrotu nowymi substancjami psychoaktywnymi, zwłaszcza zakazie ich jawnej sprzedaży w postaci „dopalaczy”;
- środki kontroli oraz działania organów ścigania w Chinach, skierowane przeciwko utajnionym laboratoriom wytwarzającym te substancje¹;
- coraz mocniejsze związki sprzedawców NSP z szerszym rynkiem niedozwolonych środków odurzających – ten fakt utrudniał ich wykrycie².

Sytuacja w latach 2016-2022

W latach 2016-2019 pojawiła się wyraźna tendencja spadkowa w identyfikowaniu NSP. W 2016 roku EMCDDA monitorowało ponad 620 nowych substancji psychoaktywnych, a w 2017 roku ponad 670, jednak 2017 był drugim z rzędu rokiem, kiedy liczba nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych po raz pierwszy zmniejszyła się do około 50-60 substancji rocznie. Co ciekawe, po raz pierwszy to opioidy stały się dominującą grupą zgłaszanych NSP – w poprzednich latach były to głównie kannabinoidy i katynony³. Istnieje szereg powodów wpływających na zwolnienie tempa pojawiania się NSP. Do najważniejszych należą następujące zagadnienia:

- niektóre kraje członkowskie UE wprowadziły tzw. *blanket ban*, czyli ogólny zakaz wprowadzania do obrotu NSP, a także legislacje generyczne lub analogowe oraz inne środki prawne wymierzone w większym stopniu w producentów i sprzedawców niż w konsumentów. Takie działania doprowadziły do ukształtowania bardziej restrykcyjnego otoczenia prawnego, mogącego skutecznie zniechęcać producentów do walki z organami regulacyjnymi;
- nowe środki kontrolne w Chinach dotyczące dopalaczy docierających do UE;
- środki kontroli wymierzone w ogólnodostępne sklepy – taka sprzedaż stała się mniej jawna, natomiast większe znaczenie w tym zakresie zyskał internet⁴.

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances in Europe: An update from the EU Early Warning System*, Luxembourg 2015, s.4-7.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017, s. 19-40.

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation*, Luxembourg 2018, s. 6-8.

⁴ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017, s. 11-18.

3.4. Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne konteksty oraz następstwa rozwoju rynku nowych substancji psychoaktywnych

Rozważania w tej części pracy będą dotyczyły paradoksu polegającego na tym, że z jednej strony mamy coraz więcej narzędzi, które ostrzegają nas przed braniem środków odurzających, ich niebezpiecznymi skutkami i negatywnym wpływem na zdrowie¹, a z drugiej zainteresowanie substancjami odurzającymi stale rośnie, szczególnie wśród młodych ludzi. Zadziwiające jest również to, że tego typu ryzykowne zachowania mają miejsce w krajach o wysoko rozwiniętej opiece medycznej, wśród wykształconych ludzi oraz w społeczeństwach wiedzy². W tej części pracy podjęta została próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego młodzi ludzie ryzykują używanie narkotyków, mimo tak dużej wiedzy i świadomości o ich szkodliwości³ oraz jakie są profile konsumentów nowych substancji opracowane w ramach Europejskiego Projektu Ankiety nt. spożywania alkoholu i innych używek (ang. *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD).

Problem narkotykowy i jego negatywny wpływ na zdrowie

Nie ulega wątpliwości, iż narkotyki mają destrukcyjny wpływ zarówno na psychikę, jak i zdrowie fizyczne użytkowników. Akcje antynarkotykowe organizowane każdego roku na terenie UE uświadamiają dzieci, młodzież oraz dorosłych, dlaczego nie warto sięgać po substancje psychoaktywne, a jednak coraz więcej osób ich próbuje. Skąd taka tendencja? W niniejszej części pracy autorka przybliżyła ten problem.

Uzależnienia i efekty działania nowych substancji psychoaktywnych

Regularne stosowanie środków odurzających prowadzi do uzależnień, które dzielą się na: psychiczne, fizyczne i społeczne. Nie wszystkie narkotyki prowadzą do takiego samego stanu odurzenia, jednakże na pewno wszystkie przejmują kontrolę nad zachowaniem użytkowników.

Ostatnio wśród osób zażywających narkotyki pojawiło się nowe, niebezpieczne zjawisko stosowania NSP zawierających m.in. katynony za pośrednictwem praktyki zwanej

¹ Informacje dotyczące polityk antynarkotykowych oraz ponoszonych w związku z tym wydatków publicznych w Europie pozostają dość ograniczone na poziomie lokalnym i krajowym. Wiadomo jednak, że w 23 krajach, które oszacowały wydatki w przeciągu ostatnich 10 lat, wynoszą one między 0,01% a 0,5% PKB (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, EMCDDA, Luksemburg 2017).

² M. Jędrzejko, T. Safjański, M. Walancik, *Narkotyki i Narkomania, Zjawiska globalne – problemy lokalne*, Warszawa 2015, s. 5-90.

³ Ibidem.

slam. Dosłownie tłumaczy się to jako „trzaśnięcie” (ang. *slamming*) i jest stosowane szczególnie w środowisku homoseksualistów¹ w celu polepszenia doznań seksualnych. Polega ona na dożylnym wstrzykiwaniu substancji takich jak mefedron, metamfetamina, kokaina czy NRG-3², co prowadzi prosto do prawdziwego uzależnienia³. Taka forma stosowania narkotyków związana jest także z wysokim ryzykiem zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową lub przez krew: badania przeprowadzone w klinice w Londynie wykazały, że aż 75% pacjentów używało mefedronu tylko w celu polepszenia doznań seksualnych, a spośród tych użytkowników 75% było nosicielem wirusa niedoboru odporności (HIV), 70% przyznało się też do wzajemnego pożyczania sobie igieł⁴.

Najpopularniejsze nowe substancje psychoaktywne – ryzyko dla zdrowia lub życia

Według raportu ESPAD z 2015 roku⁵ 3,0% uczniów w wieku 15-16 lat z 24 krajów UE używało NSP w ciągu ostatniego roku, a 4,0% przynajmniej raz w ciągu całego życia. Problem ten początkowo był niezauważalny z uwagi na łatwy dostęp do NSP⁶ oraz ze względu na trudności związane z ich wykryciem. Zazywanie takich produktów (m.in. syntetycznych kannabinoidów, które stanowią największą grupę nowych substancji psychoaktywnych), jest szalenie niebezpieczne; może prowadzić do zwiększonego ryzyka wystąpienia chorób, zatruc, a nawet do śmierci⁷. Zaistniała sytuacja stała się bodźcem do przeprowadzania przez EMCDDA badań stanowiących ocenę ilości substancji pod względem stwarzanego przez nie ryzyka względem zdrowia publicznego.

Jednymi ze związków chemicznych stanowiących duże zagrożenie w ostatnim czasie są fentanyle. W 2017 roku przebadano pięć pochodnych fentanylu, które były dostępne m.in. w postaci sprayów donosowych⁸. We Francji na przełomie 2016 i 2017 roku odnotowano

¹ E. Lahaie i in., *Nouveaux produits de synthèse et Internet*, Tendance n° 84, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis-La-Plaine 2013.

² Ibidem.

³ A. Cadet-Tairou i in., *Marchés, substances, usagers...*, op. cit., s. 1-8.

⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *Perspectives on drugs, Injection on synthetic cathinones*, Luxembourg 2014, s. 1-7.

⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, The ESPAD Group, Luxembourg 2015, s. 83-90.

⁶ M. Jędrzejko, M. Kowalski, B. Rosik i in., *Narkotyki i dopalacze, zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profilaktyka*, ASPRA-JR, Warszawa 2016, s. 21-53.

⁷ G. Serpelloni i in., *NPS Update and National Action Plan*, Dipartimento Politiche Antidroga, Rome 2013, s. 155-168.

⁸ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport Narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, s. 11-19.

kilka śmiertelnych zatruc po zażyciu tej substancji¹. Wielokrotnie mieszana była z innymi narkotykami takimi jak kokaina czy heroina lub nawet z podrobionymi lekami.

Syntetyczne kannabinoidy są kolejną popularną grupą NSP, także mogą powodować ostre zatrucia lub zgony. Stały się one powodem przeprowadzania przez EMCDDA czterech dodatkowych ocen ryzyka w 2017 roku. W początkowym okresie zostały wprowadzone na rynek jako legalne odpowiedniki naturalnych produktów z konopi, jednak istnieje wiele różnic pomiędzy tymi substancjami². Poniżej w formie tabeli (3.3.) zestawiono cechy istotne dla naturalnych oraz syntetycznych rodzajów kannabinoidów.

Tabela 3.3.
Cechy charakterystyczne dla kannabinoidów syntetycznych oraz naturalnych

CECHY	
Kannabinoidy syntetyczne	Kannabinoidy naturalne
<ul style="list-style-type: none"> • wytwarzane są w laboratoriach; • mają dużą moc oddziaływania na organizm; • częściej wywołują negatywne skutki dla organizmu; • połknięcie może prowadzić do działań niepożądanych takich jak napady padaczkowe, omamy czy konwulsje; • działają na te same receptory komórek mózgowych co THC; • mogą powodować wyjątkowo ciężkie reakcje organizmu, w tym udar niedokrwienny; • ich ciągłe stosowanie może pogarszać choroby psychiczne i powodować większą podatność na schizofrenię; • mogą powodować nadciśnienie, tachykardię, wymioty, pobudzenie, zawał mięśnia sercowego, ataki paniki, niewyraźne widzenie i psychozy; • mogą prowadzić do paranoi. 	<ul style="list-style-type: none"> • mają mniejszą moc działania na organizm; • wchłanianie naturalnych związków konopi indyjskich powoduje ich metabolizowanie i przekształcenie w substancje niepsychoaktywne; • zdecydowanie trudniej doświadczyć szkodliwej reakcji na organizm.

Źródło: opracowanie własne. Dane pochodzą z: Wolne Konopie, *Czym różnią się naturalne i syntetyczne kannabinoidy*, kwiecień 2018, <https://wolnekonopie.org/2018/04/czym-roznia-sie-naturalne-i-syntetyczne-kannabinoidy/> (dostęp 25.02.2019).

Istotnym problemem jest również fakt, że stosowanie syntetycznych kannabinoidów wiązało się często z rekreacją i okazjonalnym spożywaniem. Obecnie częściej zażywane są

¹ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Substances psychoactives, usagers et marches : les tendances récentes (2017-2018)*, Paris 2018, s.1-8.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski Raport Narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2018, s. 11-19.

przez zmarginalizowane grupy społeczne, wśród ludzi bezdomnych. Dostępne informacje wskazują na obniżony poziom rozpowszechnienia kannabinoidów, jednak ich szkodliwość jest znacząca, a zrozumienie wzorców ich spożywania – niejasne. Stanowią rosnące zagrożenie dla zdrowia publicznego w UE. Komisarz ds. Migracji, spraw wewnętrznych i obywatelstwa Dimitris Avramopoulos zabrał głos w tej sprawie (wypowiedź z 2018 roku): „*Nowe substancje psychoaktywne stanowią coraz poważniejsze zagrożenie dla zdrowia publicznego. W Europie pracujemy nad tym, abyśmy byli o krok przed tym szybko rozwijającym się i niebezpiecznym handlem. Należy zadbać o bezpieczeństwo obywateli europejskich, a zwłaszcza młodszych pokoleń. Musimy zapewnić, że nie tylko te nowe narkotyki nie będą kupowane, ale także, że nie mogą pojawiać się one na rynku. Rada musi podjąć szybką decyzję, aby usunąć tego typu narkotyki z rynku*”¹.

Działanie wielu syntetycznych kannabinoidów było silniejsze niż THC – pierwsze tego typu kannabinoidy (takie jak JWH-018 i JWH-073) były około 3-4-krotnie silniejszymi agonistami receptora kannabinoidowego CB1² w porównaniu do THC³. Niekontrolowane spożywanie tych substancji prowadzi do poważnych konsekwencji, znacznie bardziej niebezpiecznych niż te zaobserwowane po użyciu naturalnej konopi. Na przykład wiele zatruc odnotowanych w Polsce w 2010 roku było konsekwencją wypalenia preparatu Taifun, który zawierał w składzie (jako składniki aktywne) JWH-122, JWH-210 lub JWH-250. Oprócz objawów typowych dla działania THC, mogą pojawić się również: niepokój, tachykardia, łagodna sedacja, halucynacje czy psychozy, zaczerwienione oczy, deficyty pamięci, drgawki, nudności/wymioty, agresywne zachowanie, nadciśnienie tętnicze, pobudzenie, a nawet śpiączka. W przypadku wielu syntetycznych kannabinoidów wykazano, że przyczyniły się one do dużej liczby zgonów⁴.

Brak wiedzy użytkowników na temat działania zażywanych przez nich preparatów jest widoczny także na przykładzie katynonów. Najbardziej znany z nich – mefedron – po objęciu kontrolą w dużej części produktów został zastąpiony przez MDPV. Średnia dawka mefedronu zażywana doustnie wynosiła ok. 100-200 mg; a dawka MDPV ok. 5-20 mg⁵.

¹ European Commission, *Fight against illicit drugs: Commission proposes to ban seven new substances*, 18.12.2018, http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-5289_en.htm (dostęp 20.02.2019).

² Receptor kannabinoidowy CB1 występuje w wielu rejonach mózgu. Jest to jeden z najliczniej reprezentowanych receptorów neuronalnych. Jego agonista to m.in. endokannabinoid (anandamid) naturalnie występujący w organizmie ludzkim i zwierzęcym, kannabinoid roślinny (np. THC) lub kannabinoid syntetyczny (np. dronabinol).

³ D. Zuba, *Nowe substancje psychoaktywne – współczesne wyzwanie dla toksykologów sądowych*, „Problems of Forensic Sciences 2014”, vol. 100, s. 359-385.

⁴ P. Adamowicz, B. Tokarczyk, R. Stanaszek i in., *Fatal mephedrone intoxication – a case report*, “Journal of Analytical Toxicology”, 37(1), 2013, s. 37-42.

⁵ Drugs-Forum, *Addiction help and Harm Reduction*, <https://drugs-forum.com/> (dostęp 23.06.2019).

Dlatego też, gdy konsument nie został poinformowany o zawartości produktu, a konkretne dawki nie zostały opisane na opakowaniu, mogło bardzo łatwo dojść do przedawkowania. Badania wykazały także, iż nazwa produktu nie wskazywała jednoznacznie na jego zawartość. Niejednokrotnie preparaty mające takie samo opakowanie, skonfiskowane w tym samym miejscu, miały zróżnicowaną zawartość pod względem substancji.

Jako przykład można podać wyniki analizy 20 próbek z identycznie wyglądających produktów zajętych przez policję w sklepie z dopalaczami. W przypadku dopalacza zwanego Shrooms stwierdzono trzy różne zawartości tego produktu:

- I – zawierające kofeinę i witaminę B3 (amid kwasu nikotynowego);
- II – będące mieszaniną kofein, niekontrolowanych pochodnych piperazyny oraz chawicy (alkaloidu obecnego w pieprzu);
- III – zawierające trzy piperazany takie jak BZP, która w Polsce została objęta kontrolą dzięki Ustawie z dn. 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (jest to substancja psychotropowa z grupy II-P).

Wszystkie próbki stanowiły mieszaniny, a więc efekty ich działania mogły być bardziej złożone ze względu na możliwość interakcji substancji między sobą. Sytuacji nie ułatwia również myląca nazwa produktu, czyli Shrooms kojarząca się z angielskim słowem *mushrooms* (grzyby) – sugeruje ona, że opakowanie zawiera substancje lub rośliny mające działanie podobne do grzybów halucynogennych¹.

Szkodliwy wpływ na zdrowie psychofizyczne człowieka²

Jak już zostało wspomniane, problem uzależnień wynika m.in. z odchodzenia od wartości moralnych, etycznych czy religijnych osób żyjących w różnych systemach politycznych takich jak komunizm, kapitalizm czy liberalizm. Patologie społeczne objawiają się przede wszystkim poprzez wzrost agresji, znieczulicę moralną, manipulację, wzrost przestępczości wśród nieletnich, seryjne morderstwa, terroryzm itd.³. Stosowanie narkotyków prowadzi do poważnych zmian psychicznych u człowieka oraz wpływa na styl życia – w większości przypadków są to rzeczy nieodwracalne. Substancje psychoaktywne działają

¹ M. Baron, M. Elie, L. Elie, *An analysis of legal highs: do they contain what it says on the tin?*, "Drug Testing and Analysis", 3, 2011, s. 576-581.

² Informacje dostępne na temat związanych z politykami antynarkotykowymi i ponoszonymi w związku z tym wydatkami publicznymi w Europie pozostają dość skromne na poziomie lokalnym i krajowym. Wiadomo natomiast, że w 23 krajach, które oszacowały wydatki w przeciągu ostatnich 10 lat, wynoszą one między 0,01% a 0,5% PKB (zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, EMCDDA, Luksemburg 2017, s. 65-88).

³ M. Jędrzejko, M. Kowalski, *Narkotyki i dopalacze, zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profi-laktyka*, ASPRA-JR, Warszawa 2016, s. 21-53.

jak czynnik przewracający pierwszą kostkę domina i prowadzą do nasilenia zachowań patologicznych.

Drogę do efektywnego zapobiegania tego typu sytuacjom może stanowić profilaktyka prowadzona na szczeblu krajowym i unijnym, oparta na rozwoju osobowym i wartościach moralnych. Możemy przyjąć, że ten kontekst społeczny stanowi podstawowe wyzwanie dla europejskiej polityki w obszarze zdrowia publicznego i jest skierowany na dwa główne zadania:

- skupienie się na zapobieganiu przedawkowaniom lub na zwiększeniu prawdopodobieństwa przeżycia przedawkowania – w tym przypadku leczenie substytucyjne spełnia swoją funkcję;
- wymiana informacji między kompetentnymi instytucjami i osobami mającymi wiedzę w zakresie środków odurzających, w celu ułatwienia lekarzom postawienia precyzyjnych, szybkich diagnoz i podjęcia natychmiastowego leczenia pacjenta.

Na przeszkodzie do wdrożenia programów opartych na tzw. redukcji szkód, która obejmuje różne formy leczenia substytucyjnego, stoi konwencja ONZ z 1988 roku¹. Podejście prawa unijnego do takiej tematyki wyraża się m.in. w Zaleceniach Rady WE z dn. 18 czerwca 2003 roku (RE 2003/488/WE)², wśród których pkt. 6 stanowi, że „*poszczególne kraje członkowskie powinny między innymi zapewnić dostęp zarówno do leczenia typu drug-free, jak i leczenia substytucyjnego wspartego odpowiednimi działaniami z zakresu opieki psychospołecznej i rehabilitacji, mając na uwadze fakt, iż szeroki wachlarz metod leczniczych powinien być dostępny dla osób nadużywających narkotyków*”.

Działanie polegające na otwartym dostępie do metod opartych na leczeniu substytucyjnym, w ramach uzupełnienia innych rodzajów terapii w leczeniu osób uzależnionych od narkotyków, pozwala ustalić hipotezę, w której UE stwarza warunki do kształtowania się systemów opartych na permisji³. Także w Komunikacie Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego z dn. 15 grudnia 2005 roku (COM/2005/0654)⁴, UE zachęca swoje kraje do zwiększenia dostępu do leczenia substytucyjnego w zakresie szeroko pojętej polityki redukcji szkód.

¹ B. Hughes, L. Wiessing, D. des Jarlais I in., *Could cannabis liberalization lead to wider changes in drug policies and outcomes?*, „International Journal of Drug Policy”, 51 (2018), s. 156-159.

² Zalecenia Rady 2003/488/WE z dnia 18 czerwca 2003 roku w sprawie zapobiegania i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków (Dz. Urz. UE L 165 z 03.07.2003).

³ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i zagrożenia*, Luksemburg 2018, s. 11-38.

⁴ Komunikat Komisji z dnia 15 grudnia 2005 roku w sprawie zwalczania HIV/AIDS w Unii Europejskiej i państwach z nią sąsiadujących w latach 2006-2009 (COM(2005)0654).

Cofając się w latach, w celu zrozumienia tej polityki, koronnym argumentem dającym swobodę państwom, ale także wskazującym na wzrost znaczenia leczenia substytucyjnego, są postanowienia tzw. II Układu z Schengen z dn. 19 czerwca 1990 roku¹. Ten dokument stanowi akt wykonawczy do Układu z Schengen z dn. 14 czerwca 1985 roku² w swoim artykule 71 ust. 1 Konwencji Wykonawczej (Schengen II), stanowiącym, że „*strony powinny uczynić wszystko, co w ich mocy dla zmniejszenia popytu na narkotyki*”.

Takie podejście jest szeroko rozumiane i obejmuje, oprócz leczenia substytucyjnego, także zwalczanie popytu na narkotyki za pomocą obowiązkowego zastosowania sankcji karnych wobec osób posiadających narkotyki na własny użytek w celu usunięcia tego niekorzystnego zjawiska (art. 71 ust. 1 i 2). Z tego względu UE wprowadza różne unormowania prawne, wyraźnie oddzielając sferę podaży od sfery popytu na substancje psychoaktywne. Świadczy to o liberalizacji stanowiska UE i odejściu od polityki twardego prohibicjonizmu.

Ryzykowne zachowania wśród społeczeństw państw bogatych o wysokim poziomie opieki medycznej, wykształconych ludzi oraz w społeczeństwie wiedzy

Paradoksalnie, nowe uzależnienia rozwijają się najszybciej wśród najlepiej wykształconych społeczeństw, mających rozbudowane systemy edukacyjne i medyczne. W związku z tym można stwierdzić, że istnieją uwarunkowania społeczno-kulturowe bądź inne, które wpływają na słabość czynników prewencyjnych, informujących oraz ochronnych. Wspomniane wcześniej skłonności do zachowań ryzykownych również są szczególnie widoczne w takich wysoko rozwiniętych grupach społecznych, a dotyczą przede wszystkim społeczeństw wiedzy wywodzących się z regionów kultury zachodnio-łacińskiej, gdzie odnotowywane są najwyższe wskaźniki osób uzależnionych od narkotyków, leków i alkoholu³.

W nowoczesnym społeczeństwie, w jakim dzisiaj żyjemy, wyznacznikiem statusu społeczno-ekonomicznego jest poziom wykształcenia rodziców, charakter ich pracy, zasoby materialne rodziny itp. Niewiele jest jednak danych empirycznych, wskazujących na związek pomiędzy statusem społecznym a zażywaniem narkotyków przez dzieci. Z badań przeprowadzonych przez autorkę wielu książek o problematyce narkomanii – Jolantę Rogalę Oblękowską – wynika, iż taki związek może występować. To znaczy, że ryzyko uzależnienia od drogiej narkotyków zwiększa się wraz z lepszym statusem społecznym rodziców

¹ Konwencja Wykonawcza do Układu z Schengen między Rządami Państw Unii Gospodarczej Beneluksu, Republiki Federalnej Niemiec oraz Republiki Francuskiej w sprawie stopniowego znoszenia kontroli na wspólnych granicach (Dz. Urz. UE L 239 z 22.09.2000), s. 19.

² Ibidem, s. 13.

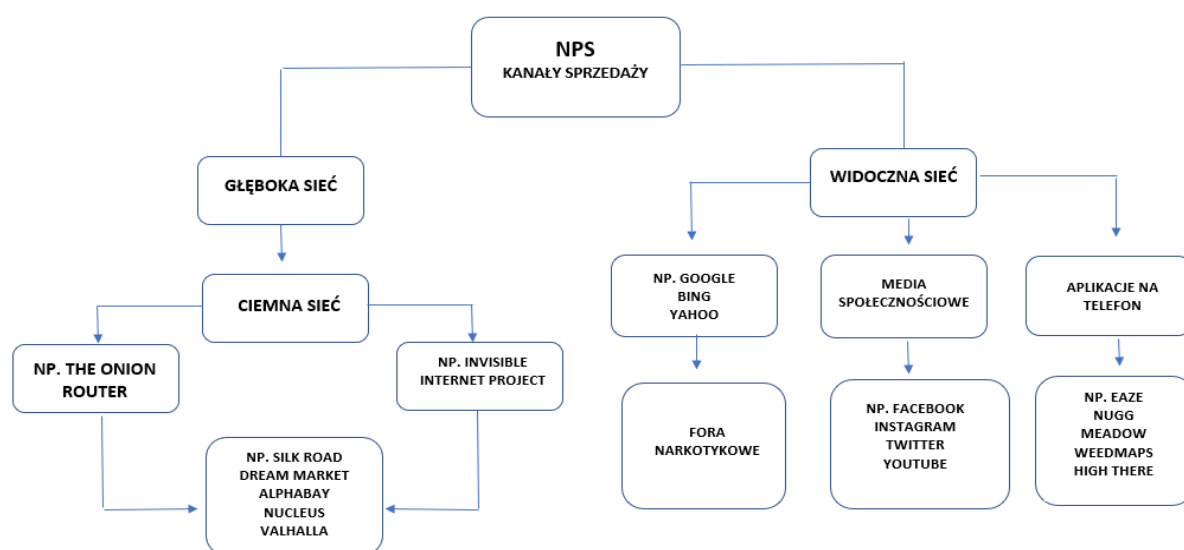
³ M. Jędrzejko, T. Saffjański, M. Walancik, *Narkotyki i Narkomania, Zjawiska globalne – problemy lokalne*, Warszawa 2015, s. 5-90.

mieszkających w dużych miastach i mających wyższe wykształcenie. Także młodzież szkół średnich mająca doświadczenie z narkotykami ma statystycznie lepiej wykształconych rodziców (zwłaszcza ojców) w porównaniu do osób, które nigdy ich nie próbowały. W świetle takich wyników z dużym prawdopodobieństwem można sądzić, że używanie substancji psychoaktywnych jest bardziej charakterystyczne dla młodzieży wychowującej się w rodzinach o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym¹.

3.5. Internet jako nowe źródło podaży i promocji nowych substancji psychoaktywnych

Nowe technologie wpływają na wszystkie aspekty naszego życia, począwszy od kreowania światopoglądu poprzez charaktery, ogólne podejście do życia czy do innych ludzi skończywszy na bezproblemowym uzyskiwaniu szczegółowych informacji, np. na temat efektów powodowanych przez NSP.

Internet zrewolucjonizował sposoby zakupu czy dostawy (Rys. 3.2.), a nawet reklamowania narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych². Jednym z nowych zjawisk, które będzie szeroko rozwinięte w tym rozdziale, jest pojawienie się darknetu.



Rys. 3.2. Sprzedaż NSP w internecie
(rysunek przetłumaczony z języka angielskiego na język polski)

¹ E. Stępień, *Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży: przegląd badań z lat 1997 - 2002*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004, s. 17-20.

² Dystrybucja jest często prowadzona przez organizacje, osoby indywidualne lub specjalnych sprzedawców za pomocą stron internetowych, *smart shops* lub innych punktów handlowych (zob. G. Serpelloni i in., *NPS Update and National Action Plan*, Dipartimento Politiche Antidroga, Rome 2013, s.155-168).

Pomiędzy 2002 a 2011 rokiem w Europie odnotowano, że liczba osób w wieku 15-24 lata, która korzystała z internetu jako źródła informacji na temat substancji psychoaktywnych wzrosła od 30% do 64%¹. Tym samym, korzystanie z sieci w zakresie handlu oraz wymiany informacji na temat narkotyków stało się powszechną praktyką. Wydaje się, że produkty te „skorzystały” na spadku popularności tzw. narkotyków klasycznych, których jakość i dostępność na rynku zmalała.

Zagadnieniem poruszonym w rozdziale było również omówienie różnic pomiędzy darknetem a deepwebem oraz ich funkcjonowanie i przydatność m.in. do handlu narkotykami. Omówiono także, jak bardzo zwiększyła się sprzedaż NSP dzięki powszechnej dostępności do internetu czy ułatwieniom typu płatność kartą kredytową.

Dawniej branie narkotyków kojarzyło się z konkretnymi, zazwyczaj zmarginalizowanymi środowiskami społecznymi, z niebezpiecznymi dzielnicami i dealerami sprzedającymi narkotyki na ulicach. Dzisiaj można zamówić narkotyki kurierem, prosto pod drzwiami. Co więcej, zjawisko stało się tak powszechne, że bardzo często dotyka społeczeństwa wysoko rozwinięte, a łatwość dostępu do nowych substancji psychoaktywnych jest w tym momencie kluczowym punktem zainteresowania młodych. Poruszono również zagadnienie, jakim jest promowanie NSP w mediach społecznościowych typu Facebook, Instagram czy TikTok.

Nowe technologie w codziennym życiu – internet jako główny przykład

Nowe technologie stały się elementarną częścią codziennego życia, a jedną z kluczowych ról odgrywa oczywiście internet. Badania dowodzą, że w 2016 roku 91% młodych ludzi w UE używało sieci codziennie, w porównaniu do 71% dla całej unijnej populacji. W tym samym roku 83% młodzieży używało telefonów komórkowych w celu uzyskania dostępu do internetu z dala od domu lub pracy, w porównaniu z 38% ludzi, którzy korzystali z przenośnego komputera do tych samych celów². Analiza badań Eurostatu z 2015 i 2016 roku, dotycząca codziennego użytkowania komputera i internetu dowodzi, że w ponad 19

¹ P. Chappard, M. Lacoste, *Supplément Technique, Les nouveaux Produits de Synthèse, « PsychoActif », Fédération Addiction*, Paris 2013.

² Eurostat Statistics Explained, *Being young in Europe today – digital world*, December 2017, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_digital_world, dostęp 22.07.2019.

krajach członkowskich cztery na pięć młodych osób (w wieku 16-29 lat) korzystało z komputera codziennie. Największy procent odnotowano w Estonii (90%), Polsce (89%), Czechach, na Łotwie i Słowacji (wszystkie po 88%), natomiast najniższy odsetek w Hiszpanii (66%), a następnie w Rumunii (69%)¹.

W latach 2002-2011 w krajach UE wzrosła liczba młodych ludzi w wieku 15-24 lata, która korzystała z internetu jako źródła informacji na temat substancji psychoaktywnych – z 30% do 64%². Jak zatem widać, korzystanie z sieci w zakresie wymiany informacji na temat NSP stało się powszechną praktyką.

Obecnie można wyciągnąć kilka wniosków dotyczących internetowego rynku nowych substancji psychoaktywnych:

- są bardzo popularne wśród młodych ludzi, ale w internecie dostępnych jest bardzo niewiele informacji na temat skutków toksykologicznych i ubocznych stosowania;
- internetowa otwarta sprzedaż NSP ma stały wskaźnik wzrostu w ostatnich latach; łatwa dostępność i zmienna dynamika tego nowego rynku narkotyków stanowią skomplikowaną zagwozdkę prawną oraz poważny problem dla zdrowia publicznego;
- fundamentalne znaczenie dla walki z NSP ma dzielenie się dowodami naukowymi na temat zagrożeń związanych z ich spożywaniem przy użyciu tych samych kanałów, które je promują;
- analizy mediów społecznościowych mogą stanowić nowe podejście do odkrywania i śledzenia zmian w terminach czy rynkach narkotyków w czasie zbliżonym do rzeczywistego.

Darknet / darkweb (ciemna sieć) jako nowe zjawisko – czy różni się od deepwebu (głęboka sieć)?

Internet wciąż jest „miejscem” sprzedaży nielegalnych substancji chemicznych. Wpisując słowo kluczowe w wyszukiwarki takie jak Google, Bing czy Yahoo, internauci mogą uzyskać listę wyników należących do sieci powierzchniowej, podczas gdy inne, niezbadane treści są określane jako głęboka sieć lub ciemna sieć.

Cechy charakterystyczne dla ciemnej sieci (ang. *darkweb*):

¹ Eurostat Statistics Explained, *Being young in Europe today – digital world*, December 2017, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_digital_world, dostęp 22.07.2019.

² P. Chappard, M. Lacoste, *Supplément Technique, Les nouveaux Produits de Synthèse*, « PsychoActif », Fédération Addiction, Paris 2013.

- ciemna sieć jest wirtualnym rynkiem, którego znalezienie przez wyszukiwarkę jest niemożliwe, tym samym utrudnia to identyfikację właścicieli stron internetowych i użytkowników;
- ciemna sieć stanowi niewielką część głębokiej sieci, zawierającej informacje ukryte celowo i zazwyczaj wymaga specjalnych narzędzi;
- podobnie jak sieć powierzchniowa, ciemna sieć jest rozproszona między serwerami na całym świecie i stanowi część internetu najczęściej znaną z nielegalnych działań;
- aby korzystać z tej sieci, najczęściej wykorzystuje się narzędzia takie jak The Onion Router (TOR) i Invisible Internet Project (I2P). Wymaga to połączenia przez serwer proxy, na przykład z siecią TOR, która łączy się z inną siecią z innego miejsca, dzięki czemu ani Internet Protocol (IP) ani transakcja nie są widoczne. Użytkownicy pozostają ukryci dzięki skomplikowanym połączeniom sieciowym, a kupujący i sprzedawcy narkotyków używają głównie wirtualnej waluty, tzw. Bitcoin;
- w przeciwieństwie do głębokiej sieci (ang. *deepweb*), darknet jest dostępny tylko za pomocą specjalnych narzędzi i oprogramowania w postaci przeglądarek czy innych protokołów poza bezpośrednimi łączami lub poświadczeniami.

Cechy charakterystyczne dla głębokiej sieci (ang. *deepweb*):

- głęboka sieć zawiera wszystkie informacje przechowywane online, które nie są indeksowane przez wyszukiwarki, a większość z nich jest ukryta tylko dlatego, że jest nieistotna dla większości użytkowników;
- dostęp do głębokiej sieci nie wymaga specjalnych narzędzi, a odwiedzający może korzystać z wyspecjalizowanych wyszukiwarek lub katalogów, aby zlokalizować dane, których poszukuje¹.

Ogólny odsetek transakcji narkotykowych, które odbywają się za pośrednictwem ciemnej sieci, nie jest wiadomy, ale wartość oraz gama dostępnych narkotyków wydają się mieć coraz większe znaczenie. Jedwabny szlak (ang. *Silk Road*)² – jako znany przykład strony internetowej w darkwebie – miał ok. 1,2 miliarda dolarów przychodów pochodzących z transakcji (sprzedaż oraz zakup nielegalnych substancji) między drugim i piątym rokiem działalności. W 2013 roku nastąpił sukces FBI na dużą skalę – złapano jednego z najbardziej znanych internetowych handlarzy narkotyków. Najsłynniejsza strona, Silk Road oraz 28 mln

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *Drugs and the darknet, Perspectives for enforcement, research and policy*, Luxembourg 2017, s. 77.

² "Jedwabny szlak" to czarny rynek w Internecie, który wymaga połączenia przez serwer proxy np. z siecią TOR. Ma to na celu zapewnienie anonimowości kupującym i sprzedającym nielegalne produkty.

dolarów w walucie Bitcoins należących do administratora tej sieci, zostały skonfiskowane. Podczas swojej działalności Silk Road sprzedał ok. 24 400 produktów farmaceutycznych¹.

W darknecie można kupić zarówno NSP, jak i heroinę, MDMA, kokainę i konopie wysokiej jakości. Szczególnym wyzwaniem dla władz krajowych i międzynarodowych jest rozpowszechnianie nowych substancji psychoaktywnych, zważywszy na rosnącą liczbę kontrolowanych NSP na świecie – 730 substancji w 2018 roku – w porównaniu z 670 substancjami kontrolowanymi w 2018 roku. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że jeśli tendencja się utrzyma, to darkweb stanie się popularnym sposobem handlu substancjami kontrolowanymi w nadchodzących latach².

Istnieje kilka alarmujących faktów, charakteryzujących ten rynek:

- handel nielegalnymi narkotykami w darknecie jest dynamiczny, podlega szybkim zmianom – rynki pojawiają się i znikają. Znaczenie tego obszaru wydaje się rosnąć i obecnie wpływa na większość państw członkowskich UE;
- w porównaniu z aktualnymi szacunkami rocznej wartości detalicznej całego rynku narkotyków w UE, wielkość sprzedaży na rynkach ciemnej sieci jest niewielka, ale jest znaczna i może się rozwijać;
- między 2015 a 2017 rokiem na AlphaBay, który w tym czasie był największym rynkiem ciemnej sieci, dostawcy z UE sprzedawali ok. 28% wszystkich narkotyków;
- przesłanki leżące u podstaw rynków darknetu sugerują, że będą one najczęściej wykorzystywane do średnich lub niskich sprzedaży konsumenckich. Sprzedaż hurtowa jest stosunkowo rzadka;
- najwyższą aktywność rynkową pod względem liczby transakcji zaobserwowano na poziomie detalicznym, a wartości sprzedaży były największe dla konopi i kokainy. Obraz był jednak inny w przypadku MDMA i opioidów, gdzie sprzedaż na średnim poziomie stanowiła stosunkowo dużą część całości i była większa, niż wartość sprzedaży detalicznej obrotu. Sugeruje to, że rynki darknetu mogą odgrywać inną rolę w łańcuchu dostaw tych substancji;
- istnieją znaczne luki w wiedzy na temat roli tradycyjnych zorganizowanych grup przestępczych na rynkach ciemnej sieci. W szczególności nie jest jasne, w jakim

¹ Obecnie istnieje kilka podobnych stron, są nimi m.in.: „Black Market Reloaded”, „The Armory” i „The General Store”.

² United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2014*, Vienna 2014, s. 18.

stopniu zorganizowane grupy przestępcze są zaangażowane w produkcję, handel i dystrybucję narkotyków dostarczanych na rynki internetowe¹.

Tendencje internetowych rynków

Obecnie konsument w każdym wieku może dokonać internetowego zakupu jakiegokolwiek substancji. To wszystko dzięki szerokiej dostępności oraz łatwym procedurom zamawiania NSP. Sieć pozwala handlarzom działać bez ograniczeń w postaci granic geograficznych oraz tworzyć coraz to nowsze, nielegalne rynki sprzedaży. Rola internetu jest tym bardziej niepokojąca, że ilość informacji i dystrybuowanie substancji stale wzrastają. Według EMCDDA w styczniu 2010 roku było 170 stron internetowych specjalizujących się w sprzedaży narkotyków, w styczniu 2011 roku było ich 314, a rok później – 693. W ciągu dwóch lat liczba stron internetowych sprzedających nielegalne substancje psychoaktywne wzrosła czterokrotnie.

W 2013 roku EMCDDA odnotowało 651 stron internetowych oferujących Europejczykom nowe substancje psychoaktywne². Wydaje się, że produkty te skorzystały na spadku popularności tzw. narkotyków klasycznych (ich jakość i dostępność na rynku zmalała), mimo iż badania wskazują, że NSP reprezentuje jedynie niewielką część całego handlu na internetowych, anonimowych rynkach. Typowym przykładem zjawiska jest sytuacja z 2009 roku i dotyczy klasycznej substancji MDMA: niedobór prekursora³ pozwalającego na jej produkcję zmusił handlarzy do zmiany na mCPP – produktu zastępczego, sprzedawanego pod nazwą ecstasy⁴.

Interesującym pozostaje fakt, że kwota sprzedaży NSP, w badaniu przeprowadzonym w latach 2011-2015, rzadko przekraczała 3 tys. euro dziennie, a większość nowych substancji psychoaktywnych sprzedawanych anonimowo stanowiły halucynogeny (transakcje odbywały się za pośrednictwem AlphaBay), podczas gdy sprzedaż syntetycznych kanabinoidów, opioidów i stymulantów była prawie znikoma. Powody wystąpienia takiego zjawiska nie są do końca jasne, ale mogą wiązać się z dostępnością zamienników LSD, czyli narkotyków NBOM, znanych jako „bomby N”. Substancje te są szczególnie niebezpieczne

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *Drugs and the darknet, Perspectives for enforcement, research and policy*, Luxembourg 2017, s. 5-14.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The Internet and drug markets: Summary of results from an EMCDDA Trendspotter study*, Luxembourg 2014, s. 4.

³ Prekursor narkotyku – jest to substancja mająca legalne zastosowanie, ale która często wykorzystywana jest do nielegalnej produkcji narkotyków.

⁴ E. Lahaie, *Nouveaux produits de synthèse et Internet*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), La Plaine Saint-Denis 2013, s. 1.

– 25I-NBOMe polegało ocenie ryzyka na poziomie UE w 2014 roku. Co więcej, wiele opioidów NSP takich jak np. pochodne fentanylu, były oznaczone właśnie jako opioidy, a nie nowe substancje psychoaktywne, co mogło skutkować niedoszacowaniem ogólnej sprzedaży¹.

Trudno jest także podać ceny jednostkowe syntetycznych środków pobudzających, ponieważ obejmują one różne rodzaje narkotyków, a stosowane terminy opisowe nie zawsze są ostateczne. Ponadto trudności nastęrcza fakt, że wielu sprzedawców oferuje „losową sprzedaż” w formie loterii, która polega na tym, że jedna substancja jest sprzedawana po znacznie niższej cenie wielu nabywcom, z których tylko jeden rzeczywiście „wygrywa”².

Ułatwienia technologiczne przy zakupie narkotyków

Dystrybucja narkotyków we współczesnym świecie może być prowadzona przez organizacje przestępcze, specjalnych sprzedawców, ale także często przez osoby indywidualne za pomocą stron internetowych, *smart shops* lub innych punktów handlowych.

Na forach narkotykowych (np. www.drugs-forum.com czy www.erowid.org) NSP są promowane, a subiektywne efekty po zażyciu omawia się publicznie³. Treści ogólnie związane z narkotykami są z kolei powszechne, można je znaleźć w zasadzie na wszystkich portalach społecznościowych. Na tego typu stronach można czasem znaleźć nawet informacje o sprzedaży nielegalnych substancji, często przekazywane za pomocą slangu i żargonu narkotykowego⁴. Jak już zostało wspomniane, w 2013 roku EMCDDA zidentyfikowało aż 651 internetowych sklepów sprzedających NSP europejskim konsumentom, to ogromny problem.

Również samo dostarczanie do klienta NSP zakupionych za pośrednictwem internetu wydaje się bardzo trudnym do wykrycia posunięciem, ponieważ kurierzy dostarczają anonimowe międzynarodowe paczki. Na tych zawierających niebezpieczne substancje psychoaktywne zazwyczaj nie widnieje ani adres, ani logo umożliwiające ewentualne rozpoznanie pochodzenia. Dzięki temu w zasadzie każdy może stać się przemytnikiem lub handlarzem

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *Drugs and the darknet, Perspectives for enforcement, research and policy*, Luxembourg 2017, s. 31-50.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *Drugs and ...*, *op. cit.* s. 31-50.

³ M. A. De Luca, M. Solinas, Z. Bimpisidis i in., *Cannabinoid facilitation of behavioral and biochemical hedonic taste responses*, „*Neuropharmacology*” 2012, s. 161-168.

⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The Internet and drug markets*, EMCDDA Insights n°21, Luxembourg 2016, s. 115-123.

narkotyków za pośrednictwem internetu, często nieświadomie. W tej sytuacji tradycyjne organizacje mafijne tracą swój monopol, a podaż dzięki anonimowym handlarzom staje się ogólnodostępna.

Promowanie nowych substancji psychoaktywnych w internecie

W świecie, w którym około 2,4 miliarda ludzi korzysta ze smartfona, handlarze narkotyków odpowiednio dostosowują swoją działalność i tworzą proste aplikacje, które ułatwiają zakup substancji psychoaktywnych, w tym NSP. Chociaż niektóre aplikacje są zaprojektowane tak, aby zapobiegać używaniu narkotyków (np. Twoja twarz po metaamfetaminie, ang. *Your Face on Meth*), to niestety, wiele z nich jest tworzonych specjalnie w celu promowania zażywania substancji psychoaktywnych¹. Podobnie wygląda sytuacja z promowaniem substancji psychoaktywnych na portalach społecznościowych – to naprawdę istotny problem w kontekście walki z narkomanią.

Cztery rodzaje rynku nowych substancji psychoaktywnych w internecie

Według Francuskiego Obserwatorium Narkotyków i Narkomanii (OFDT) istnieją cztery rodzaje rynku NSP w internecie:

1. Strony, które należą do pierwszej kategorii, obejmują świadome społeczeństwo i mają charakter „prostego marketingu”. To ludzie, którzy są w stanie połączyć efekty substancji chemicznych z wyświetlanymi nazwami oraz znają odpowiednie dawki narkotyków. Mają świadomość, że za każdym razem zawartość opakowania kupowanej przez nich substancji jest zgodna z danymi widocznymi na ekranie, a produkty są pokazane w sposób prosty, bezpośredni i jasny.
2. Drugi typ to rynek handlowy prezentujący najbardziej atrakcyjne produkty, skierowane do młodych odbiorców za pośrednictwem reklam. Te NSP spotyka się w różnych kształtach – mogą być np. w formie tabletki lub „trawy”, opakowania mają rozbudowaną grafikę, a kolory są dość krzykliwe. Takie strony zachęcają konsumentów do zakupu syntetycznych kannabinoidów². Substancje sprzedawane są tutaj pod nazwami handlowymi, bez wzmianki o składnikach aktywnych.

¹ N.F. Bindhim, S. Naicker, B. Freeman i in., *Apps Promoting Illicit Drugs-A Need for Tighter Regulation?*, "J. Consum. Health Internet" 2014, s. 31-43.

² N. Hohmann, G. Mikus and D. Czoek, *Effects and Risks Associated with Novel Psychoactive Substances, Mislabeling and Sale as Bath Salts, and Research Chemicals*, "Deutsches Arzteblatt Int.", 2014 Feb; 111(9): s. 139-147.

3. Trzeci typ to rynek deepweb, niemniej jednak należy zauważyć, że sprzedaż ma miejsce za pomocą stron internetowych, których wyszukiwarki takie jak np. Google nie widzą. Dostęp do nich jest ograniczony ze względu na poufny charakter adresów internetowych, tzw. adresów URL, które są przekazywane wyłącznie między indywidualnymi osobami. Ten typ rynku NSP pozostaje na ten moment marginalny.
4. Czwartym typem są ogłoszenia – strony internetowe używają ich do sprzedaży NSP. W 2011 roku było ponad trzydzieści takich portali. Większość reklam miała swoje źródło w Afryce (np. w Nigerii czy Kamerunie) lub w Chinach¹.

Do tych czterech kategorii OFDT warto byłoby dodać jeszcze jeden istotny kanał sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych, jakim są media społecznościowe.

Promocja za pomocą mediów społecznościowych i aplikacji

Bardzo dużo ludzi korzysta z portali społecznościowych, wśród nich przeważają młodzi dorośli. Dlatego nie jest niespodzianką, że rozmowy na temat używania narkotyków (tak jak wiele innych) zostały przeniesione na internetowe fora dyskusyjne². Takie „miejsca” są wykorzystywane do wielu celów, w tym do dzielenia się z innymi użytkownikami metodami zażywania narkotyków, poznawania nowych substancji, ale także do poszukiwania sposobów na redukcję szkód³. Warto zauważyć, że wiele osób deklaruje, że korzysta z forów narkotykowych przede wszystkim w celu nauczenia się bezpieczniejszego obchodzenia z narkotykami. Niektórzy użytkownicy rzeczywiście twierdzą, że są ekspertami i przedstawiają szczegółowe wytyczne dotyczące dawek oraz dróg podawania dla każdego rodzaju narkotyków, uprzedzając również przed interakcjami z innymi substancjami⁴. Rodzaje odwiedzających są zatem zróżnicowane, ale wielu z nich można uznać za użytkowników rekreacyjnych, którzy nie uważają się za narkomanów, nie szukają leczenia i nie planują zaprzestania zażywania narkotyków⁵. Fora narkotykowe są również bardzo popularne wśród konsumentów NSP. Służą do zgłaszania swoich doświadczeń na temat pozytywnych i negatywnych skutków zażywania substancji i sposobu łatwego ich pozyskiwania oraz do udzielania porad na temat dawek czy dróg podawania.

¹ E. Lahaie et M. Martinez, *9.8 Nouveaux Produits de Synthèse*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Saint-Denis La Plaine 2013, s. 266-272.

² P. M. Wax, *Just a click away: Recreational drug Web sites on the Internet*, „Pediatrics”, 2002.

³ G. A. Marlatt, K. Witkiewitz, *Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research*, „Annu. Rev. Clin. Psychol.” 2010, s. 591-606.

⁴ E. Chiauzzi, P. DasMahapatra, K. Lobo i in., *Participatory research with an online drug forum: A survey of user characteristics, information sharing, and harm reduction views*, „Subst. Use Misuse”, 2013, s. 661-670.

⁵ M. J. Baggott, E. Erowid, F. Erowid i in., *Use patterns and self-reported effects of Salvia divinorum: An internet-based survey*, „Drug Alcohol Depend.”, 2010, s. 250-256.

Wpływ takich rozmów na zachowania związane z używaniem narkotyków nie jest znany, ale uzasadnione jest twierdzenie, że monitorowanie dyskusji mogłoby pomóc np. organom ścigania w określeniu rynków oraz tendencji w zażywaniu substancji psychoaktywnych¹.

Oprócz forów narkotykowych, bardzo często można znaleźć „raporty z podróży” (ang. *Trip report*) na YouTube, a także na stronach takich jak Instagram. Konsumenci opisują w nich wszystkie sprawdzone efekty, w tym negatywne aspekty doświadczeń. Czasami prowadzone są też tzw. streamy (na żywo) po spożyciu danego narkotyku. Rodzaje filmów można sklasyfikować następująco:

- filmy ostrzegawcze lub prewencyjne;
- filmy hedonistyczne/uroczyste (ale nie w przypadku metamfetaminy i heroiny);
- filmy „zrób to sam” (ang. *do it yourself*), w których znajdują się np. szczegółowe instrukcje dotyczące uprawy konopi².

Biorąc pod uwagę skłonność młodych ludzi do poszukiwania nowości w sieci, ta łatwo dostępna informacja może promować stosowanie niebezpiecznych substancji psychoaktywnych. Potencjalny negatywny wpływ tego typu treści przedstawiających używanie narkotyków i związane z nimi zachowania jest niepokojący³.

W ciągu ostatnich kilku lat niektóre sieci społecznościowe zyskały ważne role na rynkach NSP, jak i innych nielegalnych narkotyków. Przeglądając np. Facebooka, można znaleźć bezpośrednie linki do zakupu kilku nowych substancji psychoaktywnych lub za jego pośrednictwem podzielić się doświadczeniami na grupach stworzonych tylko dla użytkowników narkotyków⁴. Również na Instagramie zakłada się profile używane do publikowania zdjęć produktów z hasztagami w języku polskim i angielskim takimi jak #nasionakonopi, #cannabiseeds, #headshop, #herbalicense i #over18sonly⁵. Na Twitterze, wpisując w wyszukiwarce #dopalacze, #legalhighs, można kupić „niebieski materiał”, znany również jako metamfetamina ze słynnego serialu „Breaking Bad”. Z kolei #ResearchChemicals to oferty sprzedaży substancji psychoaktywnych z bezpłatną dostawą oraz akceptowanymi płatno-

¹ Z. Davey, F. Schifano, O. Corazza i in., *Psychonaut Web Mapping Group e-Psychonauts: Conducting research in online drug forum communities*, „J. Ment. Health.”, 2012, s. 386-394.




² P. Manning, YouTube, „*Drug videos*” and drugs education, „Drugs Edu. Prev. Policy”, 2013, s. 120-130.

³ A. Y. S. Lau, E. Gabarron, L. Fernandez-Luque i in., *Social media in health—What are the safety concerns for health consumers?*, „Health Inf. Manag.”, 2012, s. 30-35.

⁴ P. A. Cavazos-Rehg, M. J. Krauss, S. J. Sowles i in., *Marijuana-Related Posts on Instagram*, „Prev. Sci.” 2016, s. 710-720.

⁵ *Drugabuse.com Instagram Drug Dealers*, <https://drugabuse.com/featured/instagram-drug-dealers/> (dostęp 29.07.2019).

ściami kartą kredytową lub debetową. Wszyscy użytkownicy tego portalu społecznościowego mogą być częścią #highsociety, dzieląc się swoimi codziennymi stanami umysłu #proudstoner (rys. 3.3.).

Facebook 	Instagram 	Twitter 
legal highs	#cannabiseeds	#legalhighs
pharmaceuticals	#headshop	#ResearchChemical
chemicals	#herbalicense	#syntheticdrug
researchchemicals	#over18sonly	

Rys. 3.3. Grupy i hasztagi, pod którymi można znaleźć informacje o narkotykach w mediach społecznościowych

(rysunek przetłumaczony z języka angielskiego na język polski)

Źródło: C. Miliano, G. Margiani, L. Fattore i in., *Sales and Advertising Channels of New Psychoactive Substances (NPS): Internet, Social Networks, and Smartphone Apps*, "Brain Sciences", 2018 Jul; 8(7): 123.

Niedawno epidemiolodzy i naukowcy lingwistyczni wykorzystali Twitter do przetestowania możliwości w pełni zautomatyzowanego systemu wykrywania narkotyków, zdolnego śledzić pojawiające się hasztagi dotyczące NSP w czasie rzeczywistym¹. To potwierdza, że dane zgromadzone na Twitterze mogą zostać wykorzystane do zbadania trendów sprzedaży i zażywania NSP². Wraz z innymi społecznościami internetowymi zajmującymi się narkotykami, ten portal umożliwił identyfikację i charakterystykę nowej generacji użytkowników nowych substancji psychoaktywnych, tak zwanych „e-psychonautów”³, którzy uważali się za badaczy, psychodelicznych nawigatorów umysłu lub eksperymentatorów chemikaliów⁴.

W 2014 roku w Ameryce Północnej liczba aplikacji po wyszukaniu przy użyciu terminów takich jak „cannabis” i „marihuana” wyniosła odpowiednio 124 i 218 w Apple's Store i 250 przy obu hasłach w Google Play. Te aplikacje zawierają informacje o różnych

¹ S. S. Simpson, N. Adams, C. M. Brugman i in., *Detecting Novel and Emerging Drug Terms Using Natural Language Processing: A Social Media Corpus Study*, "JMIR Public Health Surveill" 2018.

² A. Kolliakou, M. Ball, L. Derczynski i in., *Novel psychoactive substances: An investigation of temporal trends in social media and electronic health records*, "Eur. Psychiatry" 2016, 38, s. 15-21.

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The internet and drug markets*, Luxembourg 2016, s. 15.

⁴ L. Orsolini, G. D. Papanti, G. Francesconi i in., *Cyberpsychology*, "Behavior and Social Networking" 2015 May, 18(5), s. 296-300.

odmianach konopi, syntetycznej mieszance kannabinoidów (np. K2, Spice), a także porady dotyczące uprawy oraz przepisy na gotowanie „specjalnych posiłków”. Kilka aplikacji pozwala na uzyskanie oryginalnej recepty na medyczną marihuanę, podczas gdy inne, takie jak Eaze, Nugg, Meadow czy Weed Maps wskazują użytkownikom najbliższą aptekę oraz lekarza, który wypisze receptę na farmaceutyk stacjonarnie¹. Są też aplikacje takie jak High There, łączące ludzi palących marihuanę oraz inne, podobne do Instagrama (używane głównie w Europie i Stanach Zjednoczonych), które są wykorzystywane do publikowania zdjęć, filmów lub tekstów związanych z marihuaną i innymi substancjami psychoaktywnymi. Godne uwagi jest natomiast to, że te aplikacje stały się przydatne do śledzenia nielegalnych działań.

Strony internetowe jako sposób na reklamę

Każdego dnia ludzie są zasypywani w internecie reklamami związanymi z lekami i sposobami leczenia chorób lub rozwiązywaniem problemów zdrowotnych. Takie treści dotyczą często problemów dotyczących większość społeczeństwa, np. otyłość, łysienie itp. Poszczególne strony oferują sprzedaż wyrobów farmaceutycznych bez recepty, jednak niektóre handlują też nowymi substancjami psychoaktywnymi². Dziś taki rodzaj sklepu nazywamy apteką online³. Prawdopodobnie w przyszłości ten rodzaj dystrybucji będzie używany najczęściej.

Obecnie tradycyjni sprzedawcy muszą mieć od siedmiu do ośmiu pozwoleń, by móc sprzedać jakikolwiek produkt, podczas gdy dealerzy internetowi potrzebują maksymalnie dwóch⁴. Wpłynęło to na znaczną oszczędność czasu i pieniędzy, a także ułatwiło dostęp do niebezpiecznych substancji psychoaktywnych.

¹ D. E. Ramo, L. Popova, R. Grana i in., *Cannabis Mobile Apps: A Content Analysis*, “JMIR mHealth uHealth” 2015.

² Sprzedaż leków w internecie w wielu krajach jest nielegalna. Jednak możliwe jest kupienie ich przez połączenie się ze stronami znajdującymi się poza terytorium kraju, gdzie tego typu handel jest dozwolony i nieuregulowany. Wśród zagrożeń, które mogą wystąpić w wyniku sprzedaży leków w internecie bez zgody lub recepty, istnieje ryzyko, że lek jest sfalszowany lub skład nieadekwatny do ulotki podanej w oryginalnym języku. Należy dodać, że organizacje, które zajmują się zarządzaniem aptekami internetowymi są związane z organizacjami przestępczymi. Sprzedaż NSP przez internet w swoim kraju lub za granicą prowadzi do regularnych płatności drogą elektroniczną dokonywanych przez klienta. Ułatwieniem dla tego typu płatności jest wzmocniona anonimowość kart kredytowych, które mogą być używane do dokonywania zakupów, a także transakcji online, co pozwala kupującemu na zachowanie pełnej anonimowości (zob. G. Serpelloni i in., *NPS Update and National Action Plan*, Dipartimento Politiche Antidroga, Rome 2013, s.164-194).

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The internet and drug markets*, Luxembourg 2016, s. 15.

⁴ G. Serpelloni i in., *NPS Update and National Action Plan*, Dipartimento Politiche Antidroga, Rome 2013, s.164-194.

Organizacje zaangażowane w sprzedaż NSP używają również swoich stron internetowych, które niczym nie różnią się od standardowych witryn. W ofercie takich sklepów znajdują się nowe substancje psychoaktywne o intrygujących nazwach. Same produkty sprzedawane są w świecących opakowaniach z dużą ilością odblaskowych kolorów. Zamawiane w takich „miejscach” substancje mają być w teorii wykorzystywane do badań. Co więcej, użytkownik może wybrać, czy chce kupić cały produkt, czy jego cząsteczkę.

Nowe substancje psychoaktywne są także sprzedawane dzięki reklamom, pojawiającym się na stronach zupełnie legalnych produktów, jak np. samochody, buty, instrumenty muzyczne itp. Oferty sprzedaży nowych narkotyków znajdują się w różnych częściach stron, pomiędzy innymi reklamami i niekoniecznie rzucają się w oczy¹.

Strony specjalizujące się w sprzedaży nowych substancji syntetycznych proponują nie tylko nowe produkty, lecz również tradycyjne narkotyki, leki przeciwdepresyjne, produkty uspokajające czy zmniejszające apetyt, ale również konopie i inne rośliny. Stanowi to ogromny problem, gdyż takie portale zachęcają do stosowania rozmaitych substancji, w różnych warunkach i do różnorodnych celów².

3.6. Weryfikacja hipotez

W celu weryfikacji przyjętych hipotez mówiących o wielowymiarowości zagrożeń, jakie niosą NSP, dokonano analizy materiału empirycznego dotyczącego bezpieczeństwa społecznego w zakresie walki z narkotykami. W pytaniach 7 (tabela 3.4.) i 8 (tabela 3.5.) respondenci mogli udzielenia jednej z kilku zaproponowanych odpowiedzi lub kilku odpowiedzi jednocześnie.

Pytanie numer 7 brzmiało następująco:

Które z wymienionych zagrożeń związanych z pojawieniem się NSP jest według Pana/i najbardziej niebezpieczne? – pytanie jednokrotnego wyboru.

- Zagrożenie ekonomiczne;
- Zagrożenie zdrowotne;
- Zagrożenie społeczne;
- Zagrożenie kryminalistyczne.

¹ G. Serpelloni i in., *NPS Update and National Action Plan*, Dipartimento Politiche Antidroga, Rome 2013, s.164-194.

² Ibidem.

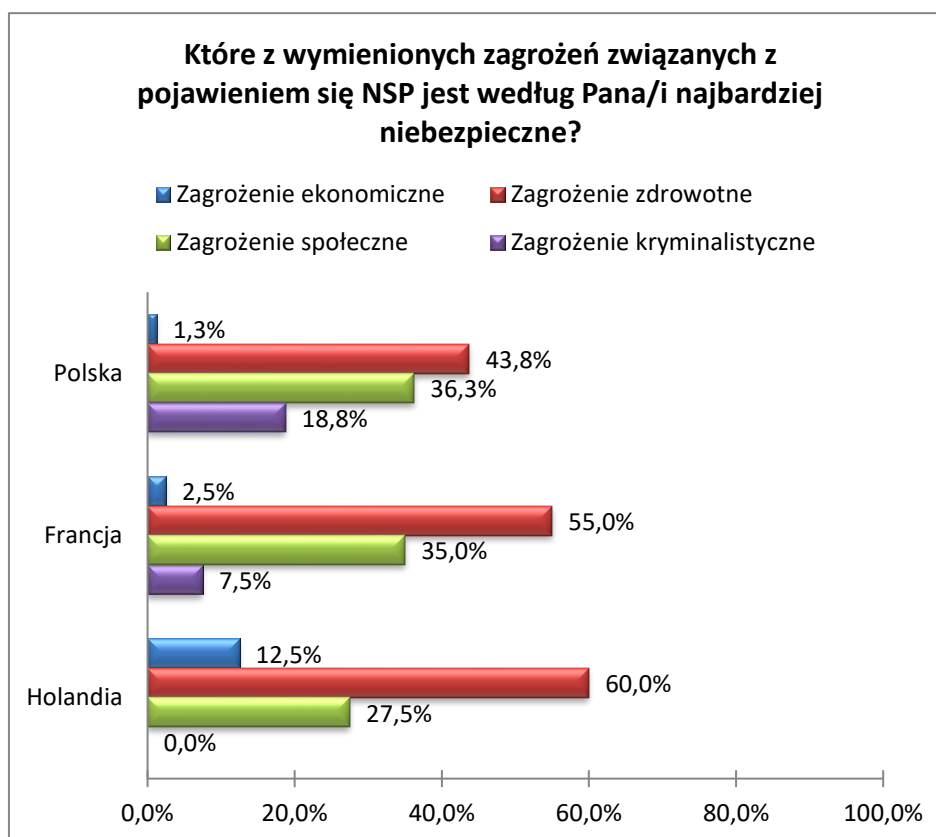
Tabela 3.4.

Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Które z wymienionych zagrożeń związanych z pojawieniem się NSP jest według Pana/i najbardziej niebezpieczne?	Zagrożenie ekonomiczne	N	1	1	5	7
		%	1,3%	2,5%	12,5%	4,4%
	Zagrożenie zdrowotne	N	35	22	24	81
		%	43,8%	55,0%	60,0%	50,6%
	Zagrożenie społeczne	N	29	14	11	54
		%	36,3%	35,0%	27,5%	33,8%
	Zagrożenie kryminalistyczne	N	15	3	0	18
		%	18,8%	7,5%	0,0%	11,3%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,246	19,365 ^a	6	0,004	0,003 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

W badaniu wzięło udział 160 ankietowanych (80 z Polski, 40 z Francji i 40 z Holandii). Ogółem na to pytanie odpowiedzi udzieliło 100% respondentów.



Rys. 3.4. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że **ponad połowa wszystkich badanych (50,6%)** twierdzi, że w związku z pojawieniem się NSP najbardziej niebezpieczne są **zagrożenia zdrowotne**, ale bardziej widoczne jest to wśród opinii **Holendrów (60%)**. **Zagrożenia społeczne (36,3%) i kryminalistyczne (18,8%)** to odpowiedzi częściej pojawiające się po stronie **polskich ankietowanych**.

Pytanie numer 8 brzmiało następująco:

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne? – pytanie wielokrotnego wyboru.

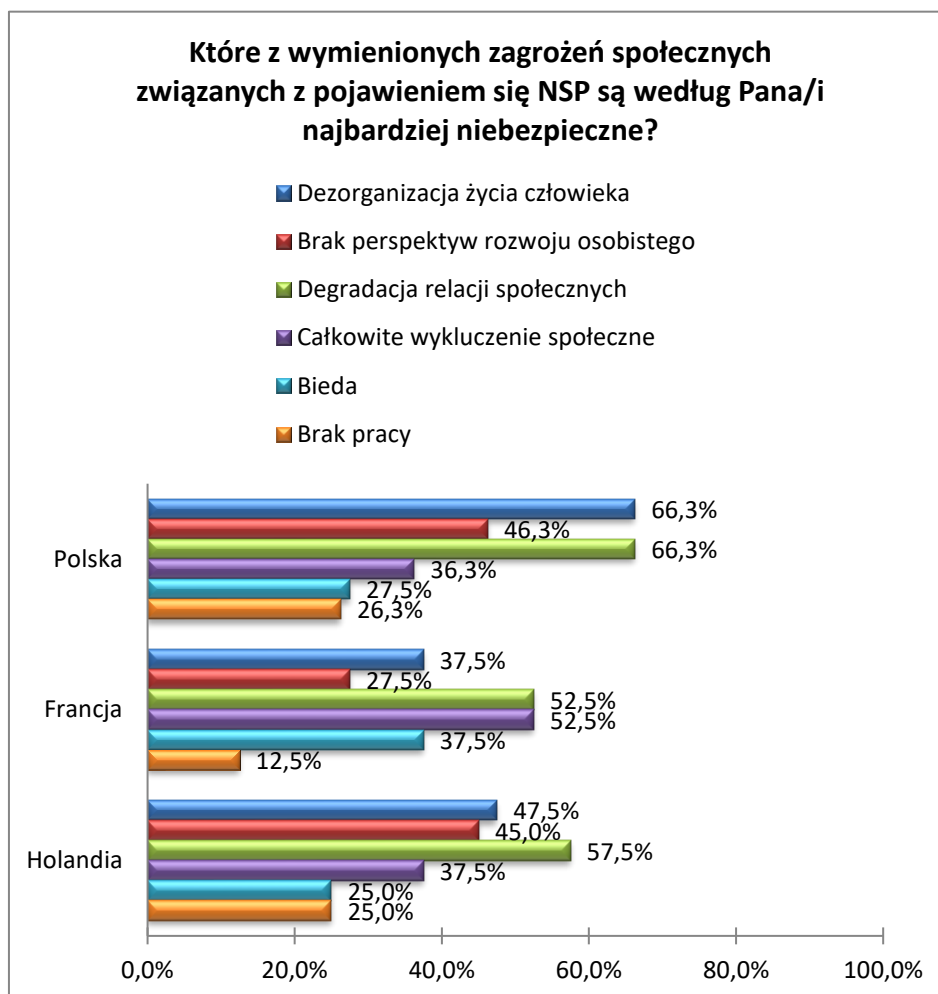
- Dezorganizacja życia człowieka;
- Brak perspektyw rozwoju osobistego;
- Degradacja relacji społecznych;
- Całkowite wykluczenie społeczne;
- Bieda;
- Brak pracy;

Tabela 3.5.
Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	53	15	19	87
		%	66,3%	37,5%	47,5%	54,4%
V Kramera	0,249	9,901 ^a	2	0,007	0,007 ^b	
Brak perspektyw rozwoju osobistego	Tak	N	37	11	18	66
		%	46,3%	27,5%	45,0%	41,3%
V Kramera	0,162	4,178 ^a	2	0,124	0,152 ^b	
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	53	21	23	97
		%	66,3%	52,5%	57,5%	60,6%
V Kramera	0,121	2,330 ^a	2	0,312	0,316 ^b	
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	29	21	15	65
		%	36,3%	52,5%	37,5%	40,6%
V Kramera	0,140	3,135 ^a	2	0,209	0,234 ^b	
Bieda	Tak	N	22	15	10	47
		%	27,5%	37,5%	25,0%	29,4%
V Kramera	0,105	1,777 ^a	2	0,411	0,404 ^b	
Brak pracy	Tak	N	21	5	10	36
		%	26,3%	12,5%	25,0%	22,5%
V Kramera	0,139	3,082 ^a	2	0,214	0,255 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

W badaniu wzięło udział 160 ankietowanych (80 z Polski, 40 z Francji i 40 z Holandii). Ogółem na to pytanie odpowiedzi udzieliło 100% respondentów.



Rys. 3.5. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że **większość badanych (60,6%)** uznało, że **degradacja relacji społecznych** jest najbardziej niebezpiecznym zjawiskiem w związku z pojawieniem się NSP. **Najrzadziej (22,5%)** wskazywaną odpowiedzią okazał się **brak pracy**. W trakcie analizy statystycznej wykazano, że wyłącznie odpowiedź związana z **dezorganizacją życia człowieka** jest istotnie zróżnicowana statystycznie ze względu na kraj. Zaobserwować można, że częściej tej odpowiedzi udzielali badani z **Polski (66,3%), w porównaniu do Francuzów (37,5%) i Holendrów (47,5%)**.

3.7. Wnioski

Przeprowadzone działania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *Jakie zagrożenia związane są z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim?* oraz weryfikację przyjętej hipotezy, która zakłada, że *wielowymiarowe zagrożenia związane z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim to zagrożenia ekonomiczne (leczenie osób uzależnionych od dopalaczy jest bardzo kosztowne – zwłaszcza wysokie są koszty ratowania ich życia w przypadkach zatrucia, rosnące nakłady na leczenie i rehabilitację), zdrowotne (coraz większa ilość osób uzależnionych, nasilenie się chorób psychicznych), społeczne (dezorganizacja życia człowieka, brak perspektyw rozwoju osobistego, degradacja relacji społecznych lub całkowite wykluczenie, bieda, brak pracy) oraz kryminalistyczne (coraz większe koszty związane ze zwalczaniem przestępczości międzynarodowej i krajowej, rozprzestrzenienia się NSP głównie za pomocą internetu).*

Bazując na badaniach teoretycznych i empirycznych oraz na doświadczeniach własnych autorka sprecyzowała następujące **wnioski**:

1. *Polska, Francja oraz Holandia powinny skupić się przede wszystkim na zagrożeniach związanych ze zdrowiem takich jak rosnąca liczba osób uzależnionych, nasilenie chorób psychicznych itd.*
2. *Czynnikami do poprawy we wszystkich trzech państwach są zagrożenia społeczne takie jak dezorganizacja życia jednostki, brak perspektyw rozwoju, degradacja relacji we własnym środowisku, brak pracy i in.*
3. *W Polsce należy skupić się również na zmniejszeniu zagrożeń związanych z przestępczością.*
4. *Trzy badane kraje powinny skupić się przede wszystkim na zagrożeniach związanych z pojawieniem się na rynku nowych substancji psychoaktywnych takich jak degradacja relacji społecznych, dezorganizacja życia człowieka, brak perspektyw rozwoju osobistego oraz całkowite wykluczenie społeczne.*
5. *W celu zwiększenia bezpieczeństwa społecznego w Polsce należy skupić się na poprawie czynników w następującej kolejności: dezorganizacja życia człowieka, degradacja relacji społecznych, brak perspektyw rozwoju osobistego, całkowite wykluczenie społeczne, bieda, brak pracy.*

6. *W celu poprawy bezpieczeństwa społecznego we Francji należy skupić się na ulepszeniu czynników w następującej kolejności: degradacja relacji społecznych, całkowite wykluczenie społeczne, dezorganizacja życia człowieka, bieda, brak perspektyw rozwoju osobistego, brak pracy.*
7. *W celu wzrostu bezpieczeństwa społecznego w Holandii należy skupić się na poprawie czynników w następującej kolejności: degradacja relacji społecznych, dezorganizacja życia człowieka, brak perspektyw rozwoju osobistego, całkowite wykluczenie społeczne, bieda, brak pracy.*

4. USPRAWNIENIA KONCEPCJI PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO ZWALCZANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W CELU POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO

W rozdziale czwartym została przedstawiona koncepcja programu profilaktycznego zwalczająca zażywanie nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego. Zmiany te dotyczą działań, jakie należy podjąć w celu usprawnienia walki z NSP. Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *Jaka powinna być koncepcja programu profilaktycznego dążącego do ograniczenia zażywania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego?* oraz zweryfikowanie przyjętej hipotezy, która stanowi przypuszczenie, że *koncepcja programu profilaktycznego dążącego do ograniczenia zażywania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego powinna być skierowana na zapobieganie przedawkowaniom, zwiększenie prawdopodobieństwa przeżycia, ograniczenie zażywania NSP, wymianę informacji między kompetentnymi instytucjami, a także na gromadzenie jak największej ilości informacji i udostępnianie tej wiedzy obywatelom. Powinna także być odpowiednio dostosowana do grup docelowych oraz łączyć ze sobą wiele usług (m.in. medyczne, społeczne, terapeutyczne, prawne).*

Ponadto w celu rozwiązania przedstawionego problemu badawczego *Jaki jest wpływ nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej?* oraz weryfikacji sformułowanej hipotezy głównej przyjęto, że *nowe substancje psychoaktywne mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej. Zagrożają one zdrowiu psychofizycznemu i życiu człowieka, doprowadzając do uzależnień, przedawkowań, a nawet śmierci. W dłuższej perspektywie wpływa to destrukcyjnie na relacje ze środowiskiem oraz prowadzi do wzrostu przestępczości wśród nieletnich, agresji, znieczulicy moralnej, manipulacji, terroryzmu lub seryjnych morderstw. Zażywanie NSP oddziałuje także na gospodarkę państw UE, najbardziej obciążając system zdrowotny – w tym ośrodki zdrowia – generując wysokie koszty leczenia osób uzależnionych. Dodatkowo brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych, takich jak wspieranie użytkowników NSP i ich rodzin, wprowadzenie leczenia substytucyjnego, redukcji szkód zdrowotnych czy programów zapobiegających przedawkowaniu również negatywnie wpływa na obniżenie poczucia bezpieczeństwa społecznego.*

W celu rozwiązania przedstawionego problemu badawczego oraz weryfikacji sformułowanej hipotezy w niniejszym rozdziale zastosowano następujące metody badawcze¹:

- *analizę* – zastosowano do badania specjalistycznej literatury przedmiotu, aktów normatywnych oraz dokumentacji unijnej;
- *syntezę* – wykorzystano do poznania istoty zjawiska oraz połączenia wyników analizy w zsyntetyzowaną całość;
- *uogólnienie* – mające na celu połączenie faktów, zastosowano przy określaniu poziomu wpływu NSP na bezpieczeństwo społeczne z uwzględnieniem analizy programów profilaktycznych;
- *abstrahowanie* – wykorzystano przy wyodrębnieniu elementów przedmiotu badań, które zostały uznane z pewnych względów za nieistotne lub drugorzędne;
- *porównanie* – pomogło w identyfikacji cech wspólnych, podobieństw oraz różnic poszczególnych pytań w trzech krajach badawczych, zwłaszcza tych dotyczących czynników wpływających na obniżenie poczucia bezpieczeństwa lub polepszenia skuteczności programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki narkotykowej;
- *wnioskowanie* – zostało wykorzystane we wszystkich rozdziałach dysertacji, w części poświęconej wnioskom oraz w zakończeniu rozprawy;
- *dedukcję* – wykorzystano do wskazania czynników, które mogłyby wpłynąć na polepszenie programów profilaktycznych w przypadku NSP oraz w zakończeniu rozprawy;
- *obserwację* – osobistą i uczestniczącą podczas stażu w Komisji Europejskiej w dziale polityki walki z narkotykami w Brukseli. Wykorzystano ją do refleksji nad kwestiami problematycznymi, była wyjściem do podjętych badań i sformułowania celu ich prowadzenia oraz do trafnej interpretacji. Także wieloletnia obserwacja związana przede wszystkim z pracą autorki w Parlamencie Europejskim w Brukseli pozwoliła na pochylenie się nad tymi problematycznymi kwestiami;
- *metodę sondażu diagnostycznego* – technikę ankiety, która pozwoliła nakreślić opinie respondentów dotyczące poglądowości na temat badanego zjawiska.

W opracowaniu koncepcji programu profilaktycznego zwalczającego zażywanie nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego autorka uwzględnia fakt, że NSP zagrażają nie tylko zdrowiu, ale także życiu człowieka, a zmniejsz-

¹ Szczegółowe wyjaśnienie poszczególnych metod badawczych ujęte zostało w rozdziale metodologicznym.

szenie liczby osób sięgających po te produkty oraz zminimalizowanie występowania przypadków przedawkowania narkotyków ze skutkiem śmiertelnym stanowi ogromne wyzwanie dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego – w tym społecznego – w Europie.

W sugestiach autorki należałoby wziąć pod uwagę rozwiązania, które pozwoliłyby polepszyć skuteczność programów profilaktycznych, co następnie wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego, np. poprzez zwiększony dostęp do usług dedykowanych młodszym użytkownikom, dostosowanie strategii do potrzeb konkretnych grup docelowych lub zdolność do wczesnego ostrzegania w zakresie identyfikowania, oceny i komunikowania ryzyka związanego z NSP.

4.1. Wyniki badań

Opis zastosowanych analiz statystycznych

Podstawowym testem, który został wykorzystany w przedstawionych analizach statystycznych, jest test Chi-kwadrat Pearsona – test statystyczny – dzięki któremu uzyskano niezależność zmiennych. Stosowany był głównie dla pytań opierających się na skalach nominalnych. Z kolei do określenia znaczenia związku pomiędzy otrzymanymi zmiennymi wykorzystane zostały współczynniki oparte na wspomnianym wyżej teście: Phi oraz V Kramera. Miara Phi informuje również o kierunku związku (dodatni lub ujemny).

Należy pamiętać, że analiza testem Chi-kwadrat jest dokładna wtedy, gdy żadna z liczebności teoretycznych nie jest mniejsza od jedności i gdy nie więcej niż 20% liczebności teoretycznych jest mniejsza od 5. W związku z tym do każdej analizy testem Chi-kwadrat zostały wykonane dodatkowe testy, które prowadzi się w szczególności przy próbach z małą liczbą ankietowanych. Są to testy wykonane metodą dokładną lub Monte Carlo.

Oszacowane prawdopodobieństwo testowe „p” wskazuje, czy analizowany związek jest istotny statystycznie. Pod każdą tabelą krzyżową – przy wyniku testu Chi-kwadrat – występuje litera (a). Oznacza, że wynik może mieć niespełniony warunek minimalnej liczebności oczekiwanej. Dlatego dodatkowo prowadzony jest również test metodą dokładną lub Monte Carlo. W tym wypadku, jeśli wartość „p” jest wyliczana na podstawie metody Monte Carlo, dodatkowo oznaczone jest to literą (b). Istotność „p” współczynników Phi oraz V Kramera określana jest na podstawie wyniku testu Chi-kwadrat.

Miary siły związku dla wyżej wymienionych współczynników mieszczą się w zakresie od 0 do 1, przy czym wyższa wartość współczynnika świadczy o większej zależności.

Metoda Monte Carlo w większości przypadków opiera się o próbę 10 000 tabel przy liczbie startowej generatora liczb losowych 2 000 000.

Analiza została wykonana przy wykorzystaniu pakietu IBM SPSS 26.0, wraz z modulem Exact Tests – testy dokładne. Wszelkie zależności, korelacje czy różnice są istotne statystycznie, gdy $p \leq 0,05$.

Uwagi dotyczące modułu Exact Tests – testy dokładne

Domyślnie IBM SPSS Statistics oblicza statystyczną istotność przy testach nieparametrycznych metodą asymptotyczną. Wartości „p” są tutaj raportowane w oparciu o założenie, że dane – przy wystarczająco dużym rozmiarze próby – są zgodne z określonym rozkładem. Kiedy zestaw danych jest za mały, obserwacje są nieliczne i nierównomiernie rozłożone. W takiej sytuacji metoda asymptotyczna może nie dać wiarygodnych wyników. Wtedy lepiej jest obliczyć statystyczną istotność „p” metodą dokładną, bez konieczności tworzenia założeń.

Dokładne wartości „p” są preferowane dla celów naukowych, ale często stanowią ogromne problemy obliczeniowe, dlatego w praktyce stosuje się raczej wyniki asymptotyczne. W przypadku dużych, zrównoważonych zestawów danych, wyniki istotności statystycznej uzyskane za pomocą metod dokładnych oraz asymptotycznych są do siebie bardzo zbliżone, ale trzeba pamiętać, że dla nielicznych prób mogą być zupełnie inne, co z kolei może doprowadzić do powstania wykluczających się wniosków.

W pakiecie IBM SPSS wraz z modulem Exact Tests istnieją dwie metody uzyskiwania wartości „p” – metoda dokładna oraz Monte Carlo. Pierwsza z nich preferowana jest dla małych zestawów danych, co zapewnia wystarczającą moc obliczeniową. Głównie chodzi o uniknięcie przerwania procesu obliczeń z racji przekroczonego limitu czasu oraz braku wystarczającej ilości pamięci. W przypadku liczniejszych prób wykonuje się obliczenia metodą Monte Carlo, które trwają stosunkowo krótko, a wyniki istotności statystycznej są zbliżone do tych uzyskanych za pomocą metody dokładnej.

Hipotezy badawcze

Główne pytanie badawcze pracy doktorskiej brzmi: *Jaki jest wpływ nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej?*

Przeprowadzenie ankiety badawczej w Polsce, Francji i Holandii miało na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie: *Czy nowe substancje psychoaktywne (NSP), zwane potocznie dopalaczami, mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej?*

Do rozwiązania powyższego, głównego problemu badawczego są potrzebne uprzednie opracowania problemów szczegółowych:

1. *Jakie elementy składają się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej w zakresie profilaktyki narkotykowej?*
2. *Jakie zagrożenia związane są z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim?*
3. *Jaka powinna być koncepcja programu profilaktycznego dążącego do ograniczenia zażywania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego?*

Etap przygotowawczy zakładał opracowanie kwestionariusza ankiety w trzech językach (polskim, angielskim oraz francuskim), tak aby jej wypełnianie przez respondenta danego kraju trwało ok. 15 minut, a uzyskane wyniki posłużyły do odpowiedzi na postawione wcześniej pytania badawcze oraz potwierdziły lub obaliły założone hipotezy.

Przyjęto następującą hipotezę główną:

Nowe substancje psychoaktywne mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej. Zagrożają one zdrowiu psychofizycznemu i życiu człowieka, doprowadzając do uzależnień, przedawkowań, a nawet śmierci. W dłuższej perspektywie wpływa to destrukcyjnie na relacje ze środowiskiem oraz prowadzi do wzrostu przestępczości wśród nieletnich, agresji, znieczulicy moralnej, manipulacji, terroryzmu lub seryjnych morderstw. Zażywanie NSP oddziałuje także na gospodarkę państw UE, najbardziej obciążając system zdrowotny – w tym ośrodki zdrowia – generując wysokie koszty leczenia osób uzależnionych. Dodatkowo brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych, takich jak wspieranie użytkowników NSP i ich rodzin, wprowadzenie leczenia substytucyjnego, redukcji szkód zdrowotnych czy programów zapobiegających przedawkowaniu również negatywnie wpływa na obniżenie poczucia bezpieczeństwa społecznego.

Przyjęto następujące szczegółowe hipotezy badawcze:

(H1) Założono, że elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej to działania prawne i organizacyjne realizowane przez krajowe, międzynarodowe oraz pozarządowe instytucje, ale także przez samych obywateli w celu zapewnienia pewnego poziomu życia osobom, rodzinom i grupom społecznym oraz unikania ich marginalizacji i wykluczenia społecznego wskutek narkomanii. Na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej składa się działalność edukacyjna i zapobiegawcza, programy leczenia osób uzależnionych, zwalczanie przestępczości związanej z niedozwolonym

obrotem narkotykami, programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych, współpraca międzynarodowa, wymiana informacji oraz monitoring badań i trendów narkotykowych¹.

(H2) Założono, że wielowymiarowe zagrożenia związane z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych na rynku europejskim to zagrożenia ekonomiczne (leczenie osób uzależnionych od dopalaczy jest bardzo kosztowne – szczególnie wysokie są koszty ratowania ich życia w przypadkach zatrucia, rosnące nakłady na leczenie i rehabilitację), zdrowotne (coraz większa ilość osób uzależnionych, nasilenie się chorób psychicznych), społeczne (dezorganizacja życia człowieka, brak perspektyw rozwoju osobistego, degradacja relacji społecznych lub całkowite wykluczenie, bieda, brak pracy) oraz kryminalistyczne (coraz większe koszty związane ze zwalczaniem przestępczości międzynarodowej i krajowej, rozprzestrzenianie się NSP głównie za pośrednictwem internetu).

(H3) Należy sądzić, że koncepcja programu profilaktycznego dążącego do ograniczenia zażywania nowych substancji psychoaktywnych w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego powinna być skierowana na zapobieganie przedawkowaniom, zwiększenie prawdopodobieństwa przeżycia, ograniczenie zażywania NSP, wymianę informacji między kompetentnymi instytucjami, a także na gromadzenie jak największej ilości informacji i udostępnianie tej wiedzy obywatelom. Powinna także być odpowiednio dostosowana do grup docelowych oraz łączyć ze sobą wiele usług (m.in. medycznych, społecznych, terapeutycznych, prawnych).

W pracy doktorskiej zastosowano narzędzie badawcze, jakim jest kwestionariusz ankiety. Badania rozpoczęto 10 września 2022 roku, a zakończono 15 listopada 2022 roku. Głównym narzędziem badawczym był wspomniany kwestionariusz ankiety internetowej przygotowany w trzech językach i rozesłany do obywateli Polski, Francji oraz Holandii. W celu szerszego rozpowszechnienia kwestionariusza najbardziej użytecznym narzędziem okazał się portal społecznościowy Facebook, poprzez który udało się dotrzeć do największej liczby osób i uzyskać w krótkim czasie wiele odpowiedzi. Dodatkowo informacje o prowadzonych badaniach zostały przekazane do Parlamentu europejskiego w Brukseli, w działania włączyły się również szkoły.

W sumie zostało przeprowadzonych 160 ankiet: 80 w Polsce, 40 we Francji oraz 40 w Holandii, wśród kobiet i mężczyzn. Przyjęto trzy grupy wiekowe: 15-24 lata, 25-40 lat, powyżej 40 lat.

¹ K. Rejman, S. Bąk, *Determinanty bezpieczeństwa...*, *op. cit.*, s. 65-82.

Pytania metryczkowe

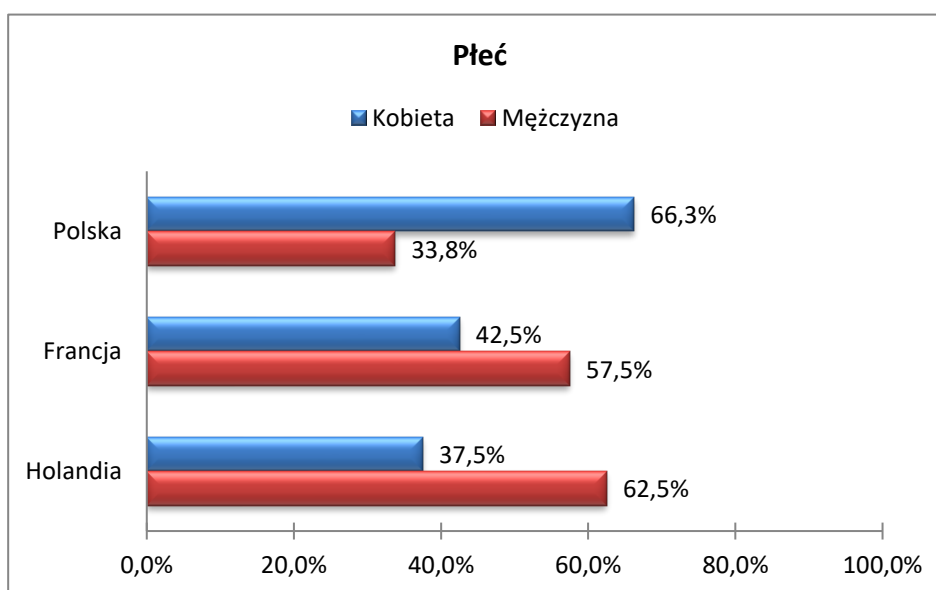
Ankieta składała się z 15 pytań merytorycznych – w tym z 8 pytań jednokrotnego i 7 pytań wielokrotnego wyboru – oraz z 4 pytań metryczkowych (płeć, wiek, wykształcenie, kraj). W badaniach wzięło udział 160 osób, w tym **85 kobiet (53,1% badanych)** oraz **75 mężczyzn (46,9%)**. **Kobiety** częściej uczestniczyły w badaniu realizowanym na terenie **Polski (66,3%)**, natomiast **mężczyźni** w większym stopniu brali udział w badaniu **we Francji (57,5%) i Holandii (62,5%)**. Zależność między zmiennymi jest istotna statystycznie oraz odznacza się dość wyraźną siłą związku (tabela 4.1.).

Tabela 4.1.

Płeć ankietowanych z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Płeć	Kobieta	N	53	17	15	85
		%	66,3%	42,5%	37,5%	53,1%
	Mężczyzna	N	27	23	25	75
		%	33,8%	57,5%	62,5%	46,9%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,265	11,269 ^a	2	0,004	0,004 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.1. Płeć ankietowanych z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

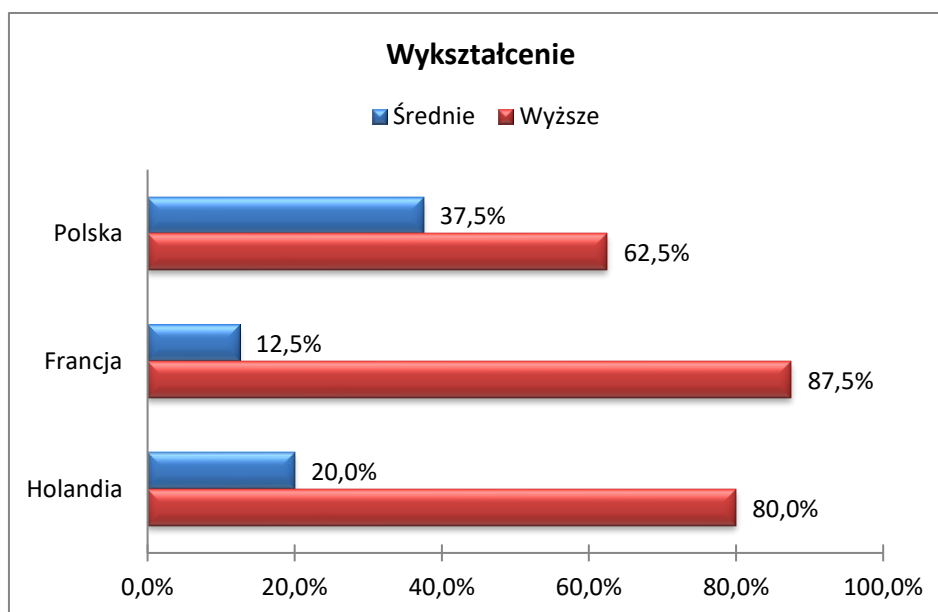
Wyższy stopień wykształcenia częściej dotyczy respondentów z **Francji (87,5%) i Holandii (80%)** aniżeli z **Polski (62,5%)**. Współczynnik zależności jest istotny statystycznie oraz charakteryzuje się nieznaczną siłą związku (tabela 4.2.).

Tabela 4.2.

Wykształcenie respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Wykształcenie	Średnie	N	30	5	8	43
		%	37,5%	12,5%	20,0%	26,9%
	Wyższe	N	50	35	32	117
		%	62,5%	87,5%	80,0%	73,1%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,247	9,763a	2	0,008	0,007b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.2. Wykształcenie respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

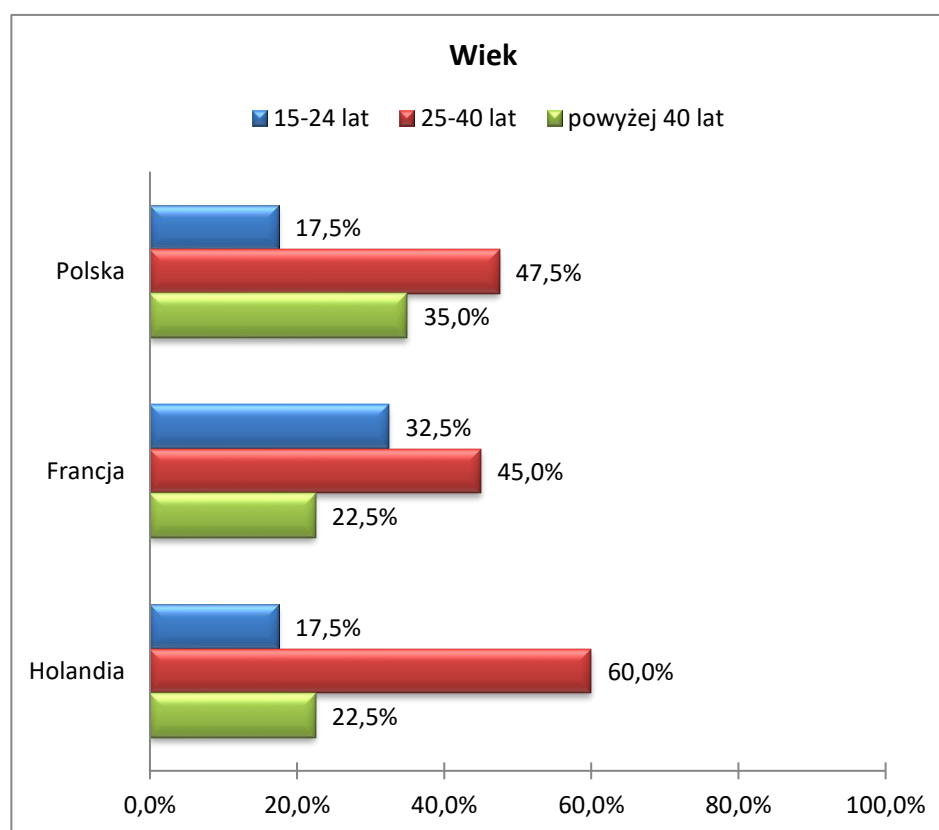
Półowa ankietowanych (50%), we wszystkich krajach wskazała, że ma od **25 do 40 lat**. Pozostałe grupy wiekowe to **15-24 lat (21,3% badanych)** oraz grupa mająca **powyżej 40 lat (28,8%)**. Nie wykazano związku istotnego statystycznie między analizowanymi zmiennymi (tabela 4.3.).

Tabela 4.3.

Wiek respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Wiek	15-24 lat	N	14	13	7	34
		%	17,5%	32,5%	17,5%	21,3%
	25-40 lat	N	38	18	24	80
		%	47,5%	45,0%	60,0%	50,0%
	powyżej 40 lat	N	28	9	9	46
		%	35,0%	22,5%	22,5%	28,8%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,142	6,450 ^a	4	0,168	0,172 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.3. Wiek respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Pytania merytoryczne

I analiza

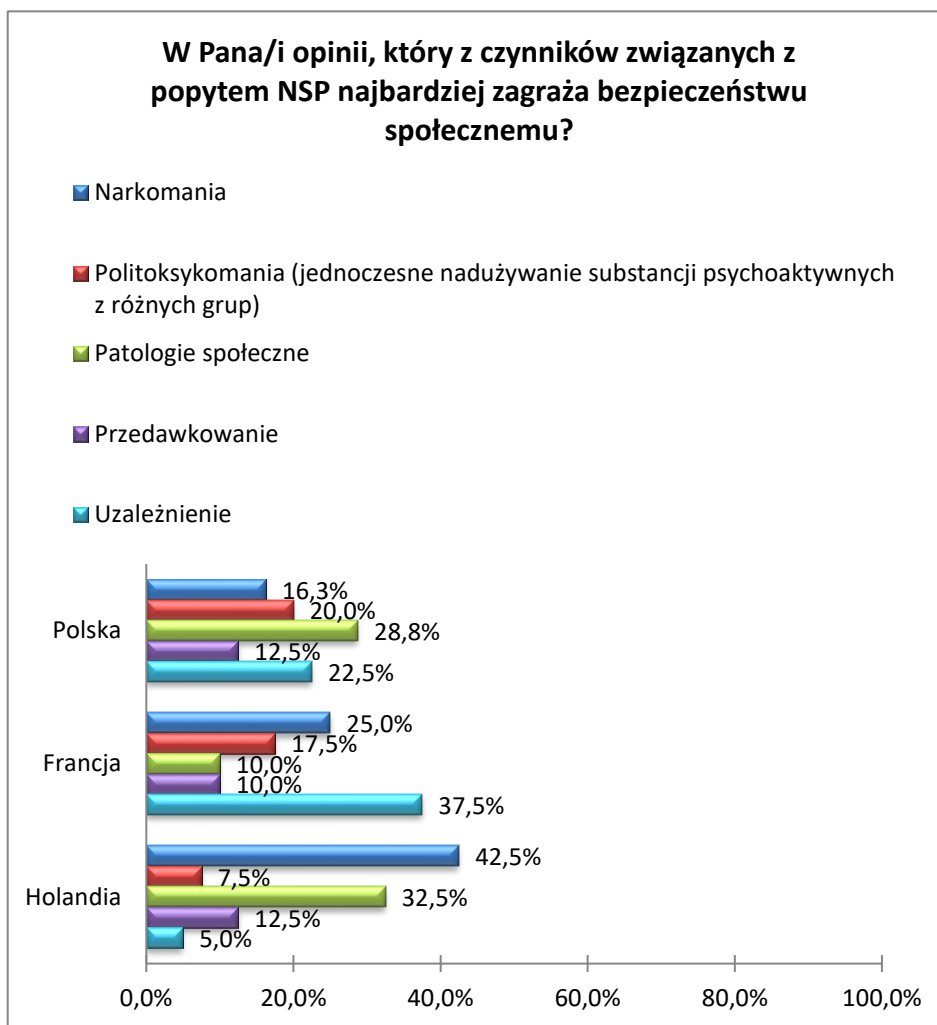
Pierwsza analiza polegała na porównaniu danych zebranych w Polsce z tymi, które dotyczyły Francji i Holandii. Wykonano to przy pomocy tabel krzyżowych. Okazało się jednak, że czasem podobne odpowiedzi dotyczą Polaków i Holendrów (tabela 4.4.), czasem Francuzów i Polaków (tabele 4.5. i 4.6.), a jeszcze w innych przypadkach Holendrów i Francuzów (tabela 4.7.). Nie zaistniały zatem tutaj sensowne podstawy do stworzenia założonego porównania.

Tabela 4.4.

Czynnik związany z popytem NSP najbardziej zagrażający bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem	
			Polska	Francja	Holandia		
W Pana/i opinii, który z czynników związanych z popytem NSP najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu? – pytanie jednokrotnego wyboru	Narkomania	N	13	10	17	40	
		%	16,3%	25,0%	42,5%	25,0%	
	Politoksykomania (jednoczesne nadużywanie substancji psychoaktywnych z różnych grup)	N	16	7	3	26	
		%	20,0%	17,5%	7,5%	16,3%	
	Patologie społeczne	N	23	4	13	40	
		%	28,8%	10,0%	32,5%	25,0%	
	Przedawkowanie	N	10	4	5	19	
		%	12,5%	10,0%	12,5%	11,9%	
	Uzależnienie	N	18	15	2	35	
		%	22,5%	37,5%	5,0%	21,9%	
	Ogółem		N	80	40	40	160
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,278	24,759 ^a	8	0,002	0,002^b		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.4. Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

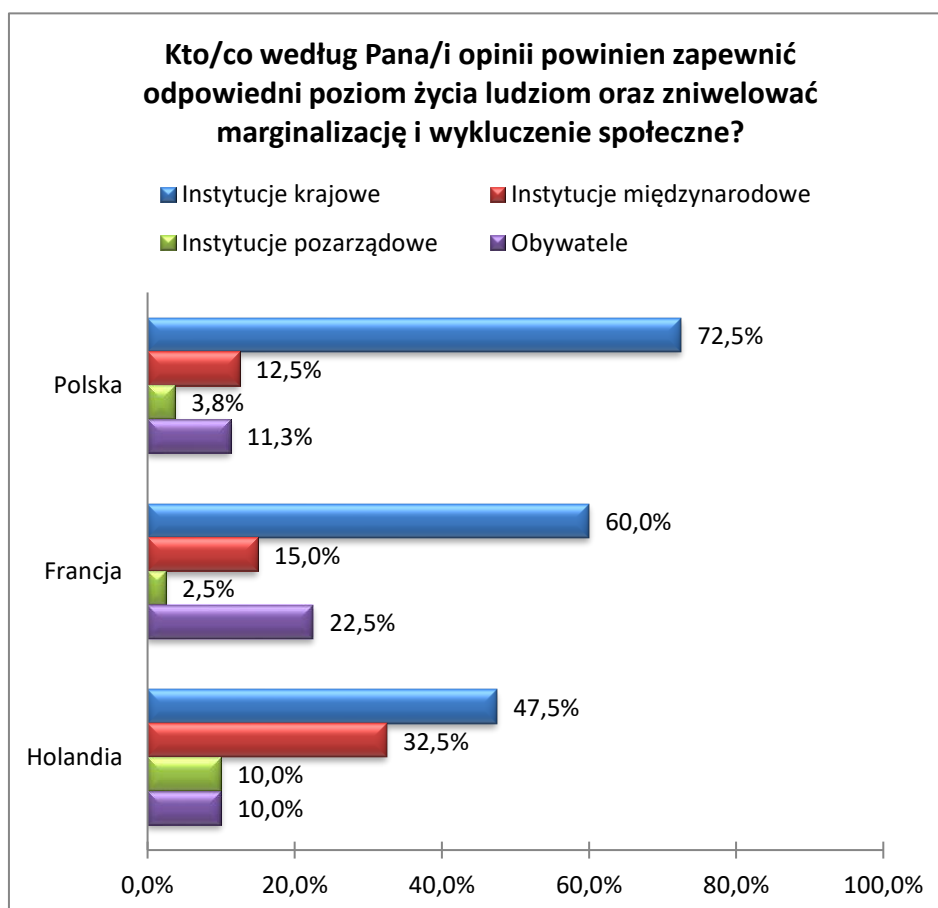
Badani z Holandii (42,5%) w porównaniu do ankietowanych z pozostałych krajów znacznie częściej byli zdania, że **narkomania** to czynnik związany z popytem na NSP, który najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu. Na **patologie społeczne** wyraźnie częściej wskazywali badani z **Polski (28,8%)** i **Holandii (32,5%)**, natomiast **uzależnienie** to odpowiedź częściej wskazywana przez respondentów z **Francji (37,5%)**.

Tabela 4.5.

Zapewnienie odpowiedniego poziomu życia ludziom oraz zniwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Kto/co według Pana/i opinii powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne? – pytanie jednokrotnego wyboru	Instytucje krajowe	N	58	24	19	101
		%	72,5%	60,0%	47,5%	63,1%
	Instytucje międzynarodowe	N	10	6	13	29
		%	12,5%	15,0%	32,5%	18,1%
	Instytucje pozarządowe	N	3	1	4	8
		%	3,8%	2,5%	10,0%	5,0%
	Obywatele	N	9	9	4	22
		%	11,3%	22,5%	10,0%	13,8%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,214	14,645 ^a	6	0,023	0,022 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.5. Zapewnienie odpowiedniego poziomu życia ludziom oraz zniwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

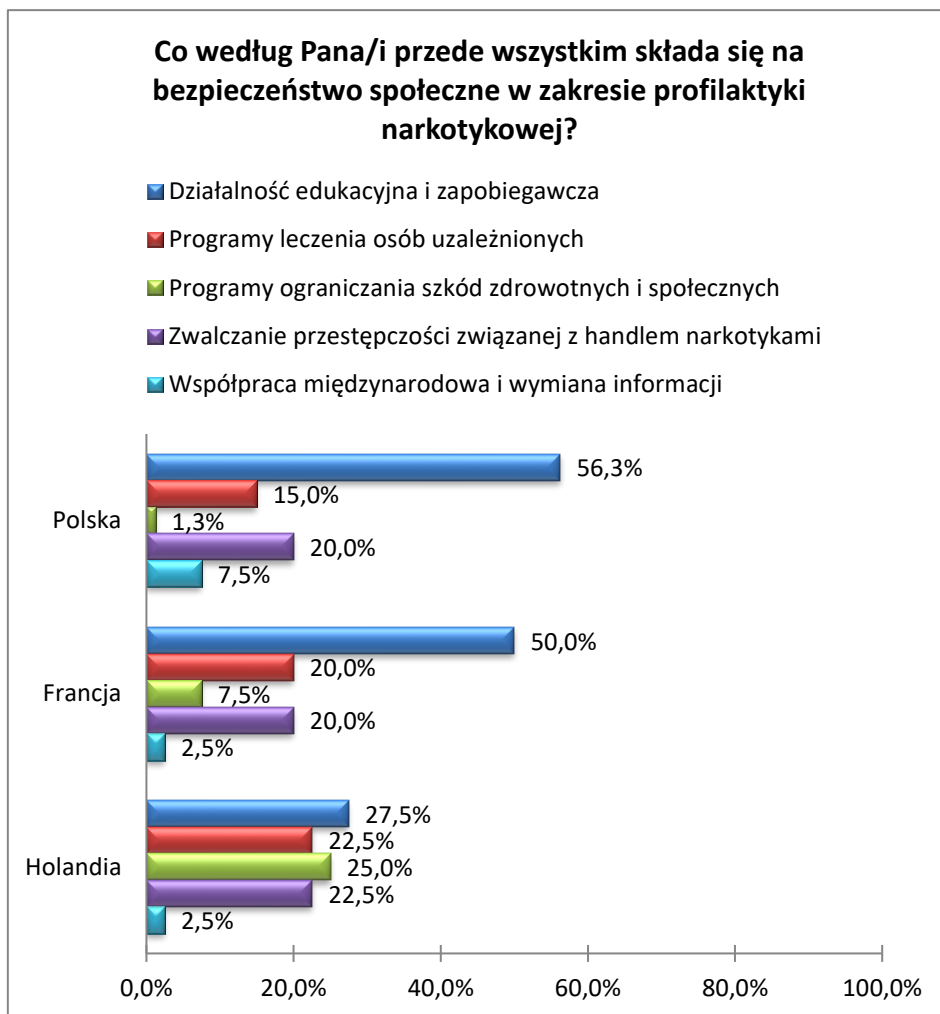
Badani z **Polski (72,5%)** i z **Francji (60%)** częściej od ankietowanych z **Holandii (47,5%)** twierdzili, że **instytucje krajowe** powinny zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne. **Holendrzy (32,5%)** w dużej mierze wskazywali również na **instytucje międzynarodowe**, natomiast **Francuzi (22,5%)** na **obywateli**.

Tabela 4.6.

Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem	
			Polska	Francja	Holandia		
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej? – pytanie jednokrotnego wyboru	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	45	20	11	76	
		%	56,3%	50,0%	27,5%	47,5%	
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	12	8	9	29	
		%	15,0%	20,0%	22,5%	18,1%	
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	1	3	10	14	
		%	1,3%	7,5%	25,0%	8,8%	
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	16	8	9	33	
		%	20,0%	20,0%	22,5%	20,6%	
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	6	1	1	8	
		%	7,5%	2,5%	2,5%	5,0%	
	Ogółem		N	80	40	40	160
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,280	25,018 ^a	8	0,002	0,001^b		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.6. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

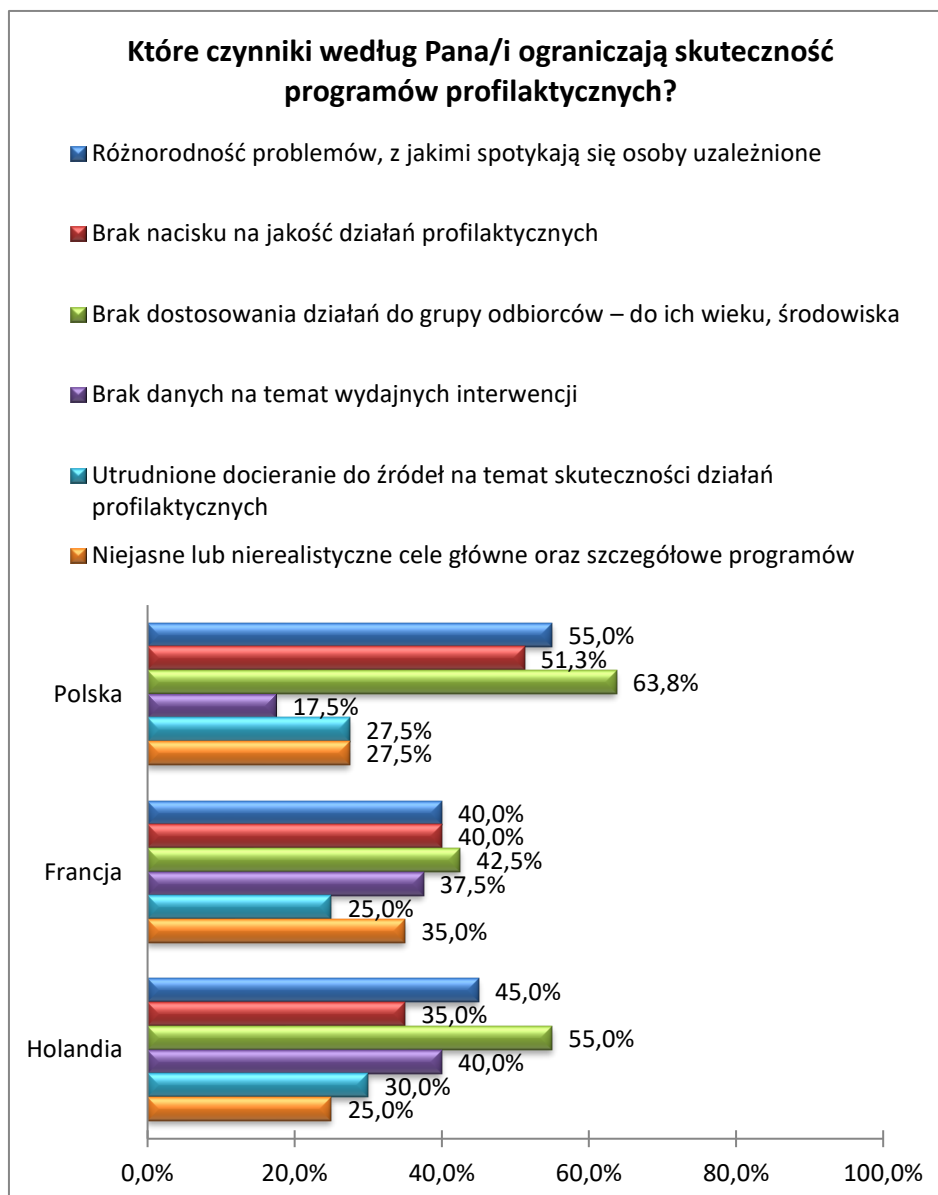
Ankietowani z **Polski (56,3%)** i **Francji (50%)** w większym stopniu od ankietowanych z **Holandii (27,5%)** uważali, że **działalność edukacyjna i zapobiegawcza** przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej. Bardziej zróżnicowane odpowiedzi dotyczyły Holendrów.

Tabela 4.7.

**Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych
według respondentów z Polski, Francji i Holandii**

Które czynniki według Pana/i ograniczają skuteczność programów profilaktycznych? – pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Różnorodność problemów, z jakimi spotykają się osoby uzależnione	Tak	N	44	16	18	78
		%	55,0%	40,0%	45,0%	48,8%
V Kramera	0,130	2,702 ^a	2	0,259	0,298 ^b	
Brak nacisku na jakość działań profilaktycznych	Tak	N	41	16	14	71
		%	51,3%	40,0%	35,0%	44,4%
V Kramera	0,143	3,266 ^a	2	0,195	0,210 ^b	
Brak dostosowania działań do grupy odbiorców – do ich wieku, środowiska	Tak	N	51	17	22	90
		%	63,8%	42,5%	55,0%	56,3%
V Kramera	0,175	4,927 ^a	2	0,085	0,093 ^b	
Brak danych na temat wydajnych interwencji	Tak	N	14	15	16	45
		%	17,5%	37,5%	40,0%	28,1%
V Kramera	0,237	8,997 ^a	2	0,011	0,012^b	
Utrudnione docieranie do źródeł na temat skuteczności działań profilaktycznych	Tak	N	22	10	12	44
		%	27,5%	25,0%	30,0%	27,5%
V Kramera	0,040	0,251 ^a	2	0,882	0,866 ^b	
Niejasne lub nierealistyczne cele główne oraz szczegółowe programów	Tak	N	22	14	10	46
		%	27,5%	35,0%	25,0%	28,8%
V Kramera	0,083	1,098 ^a	2	0,577	0,614 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.7. Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii (na dole) pod rysunkiem

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Ponad połowa wszystkich ankietowanych (56,3%) była zdania, że **brak dostosowania działań do grupy odbiorców – do ich wieku, środowisk – to czynnik ograniczający skuteczność programów profilaktycznych**. Drugą najpopularniejszą odpowiedzią (48,8%) okazała się **różnorodność problemów, z jakimi spotykają się osoby uzależnione**. Zależność istotna statystycznie dotyczy jednego wskaźnika, który brzmi: **Brak danych na temat wydajnych interwencji** – tej odpowiedzi częściej udzielali **Holendrzy (40%) i Francuzi (37,5%)** aniżeli Polacy (17,5%).

II analiza

Z zestawu 15 pytań wybrano **5 najbardziej istotnych**, biorąc pod uwagę tematykę pracy doktorskiej. Zestawiono je na zasadzie **tabeli krzyżowych, uwzględniając płeć oraz wykształcenie badanych**.

1. **Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?** – pytanie jednokrotnego wyboru.

Płeć

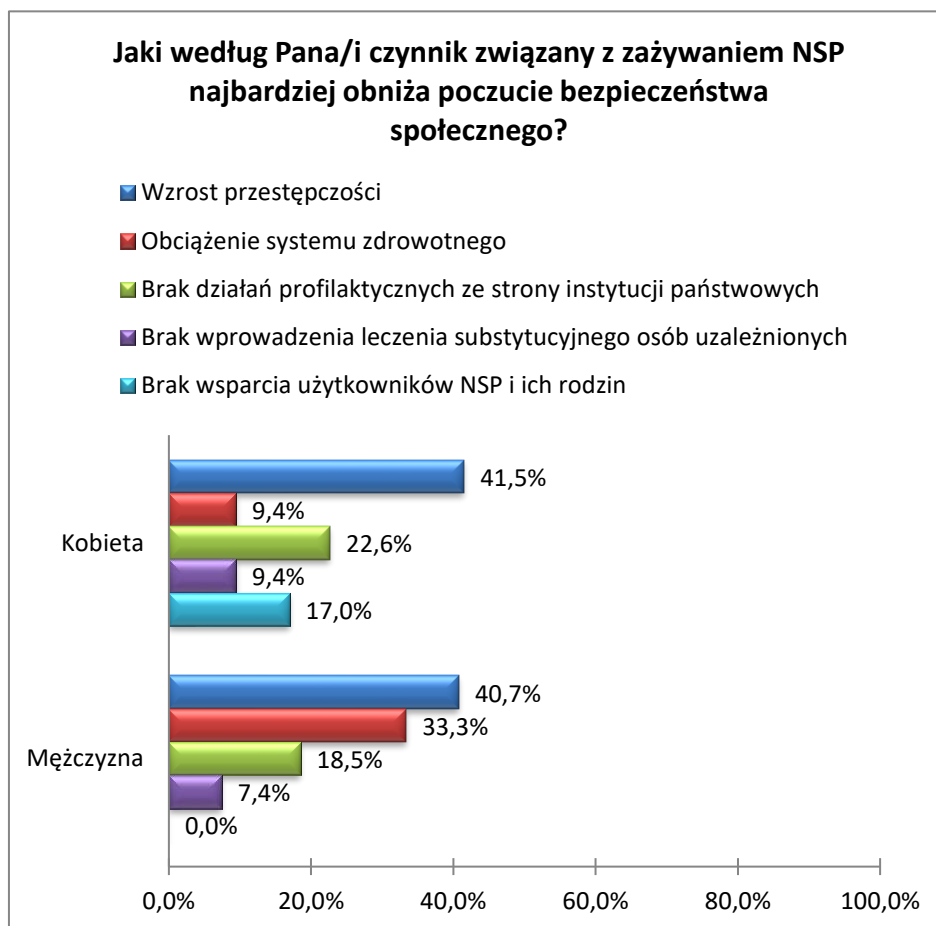
W przypadku pierwszego pytania zadanego **wśród Polaków mężczyźni (33,3%) częściej od kobiet (9,4%)** zaznaczali, że **obciążenie systemu zdrowotnego** to czynnik związany z NSP, który najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego, z kolei **kobiety (17%) w większym stopniu wskazywały na brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin**. Zależność między zmiennymi jest istotna statystycznie oraz odznacza się wyraźną siłą związku (tabela 4.8.).

Tabela 4.8.

Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?	Wzrost przestępczości	N	22	11	33	
		%	41,5%	40,7%	41,3%	
	Obciążenie systemu zdrowotnego	N	5	9	14	
		%	9,4%	33,3%	17,5%	
	Brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych	N	12	5	17	
		%	22,6%	18,5%	21,3%	
	Brak wprowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych	N	5	2	7	
		%	9,4%	7,4%	8,8%	
	Brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin	N	9	0	9	
		%	17,0%	0,0%	11,3%	
	Ogółem		N	53	27	80
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Polska						
V Kramera	0,365	10,653 ^a	4	0,031	0,028 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.8. Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

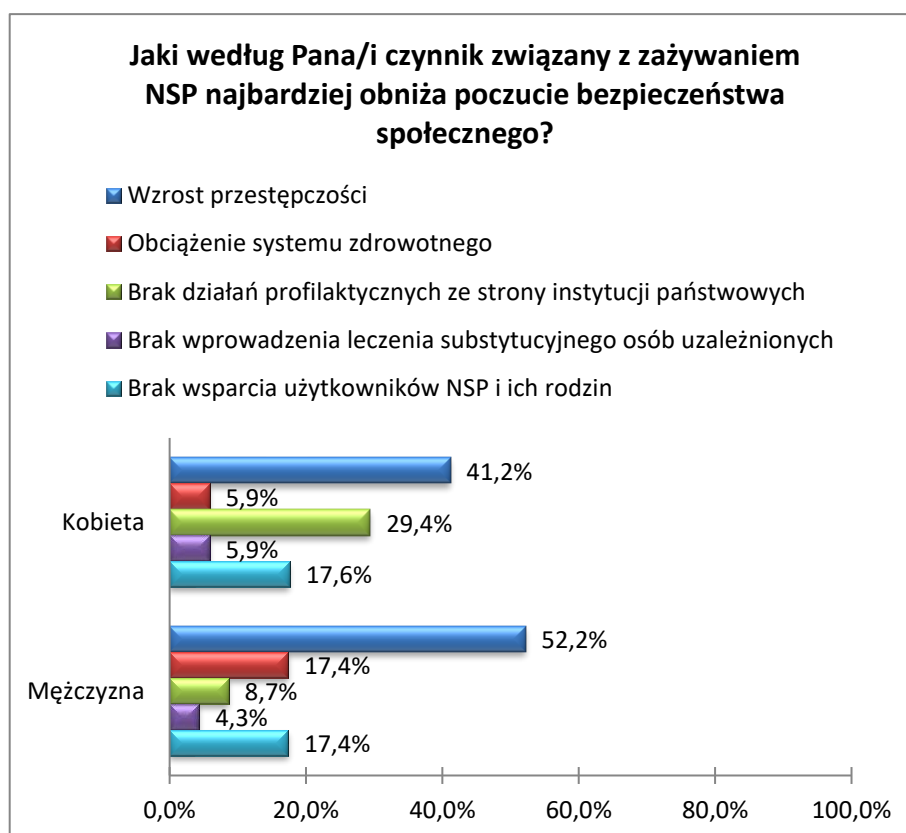
We Francji (tabela 4.9.) oraz w Holandii (tabela 4.10.) między płcią a poglądami w zakresie tego, jaki czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego, nie wykazano istotnego statystycznie związku.

Tabela 4.9.

Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?	Wzrost przestępczości	N	7	12	19	
		%	41,2%	52,2%	47,5%	
	Obciążenie systemu zdrowotnego	N	1	4	5	
		%	5,9%	17,4%	12,5%	
	Brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych	N	5	2	7	
		%	29,4%	8,7%	17,5%	
	Brak wprowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych	N	1	1	2	
		%	5,9%	4,3%	5,0%	
	Brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin	N	3	4	7	
		%	17,6%	17,4%	17,5%	
	Ogółem		N	17	23	40
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Francja						
V Kramera	0,305	3,728 ^a	4	0,444	0,510 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.9. Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji

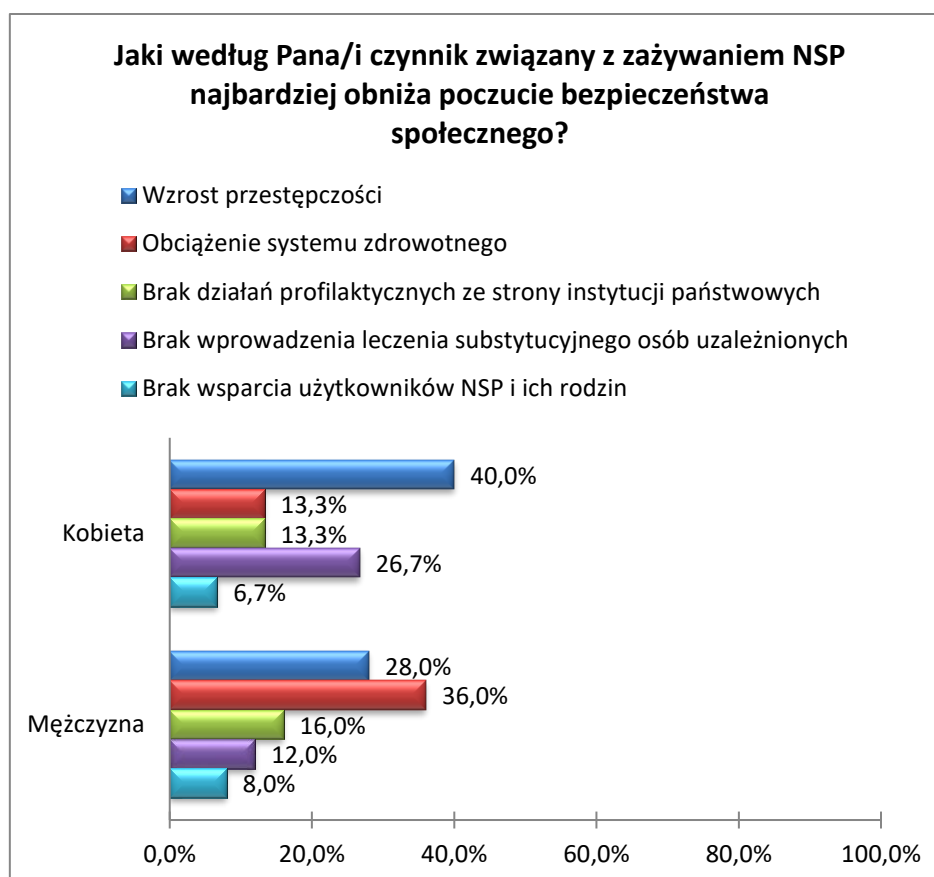
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.10.

Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?	Wzrost przestępczości	N	6	7	13
		%	40,0%	28,0%	32,5%
	Obciążenie systemu zdrowotnego	N	2	9	11
		%	13,3%	36,0%	27,5%
	Brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych	N	2	4	6
		%	13,3%	16,0%	15,0%
	Brak wprowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych	N	4	3	7
		%	26,7%	12,0%	17,5%
	Brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin	N	1	2	3
		%	6,7%	8,0%	7,5%
Ogółem		N	15	25	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Holandia					
V Kramera	0,291	3,386 ^a	4	0,495	0,516 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.10. Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Wykształcenie

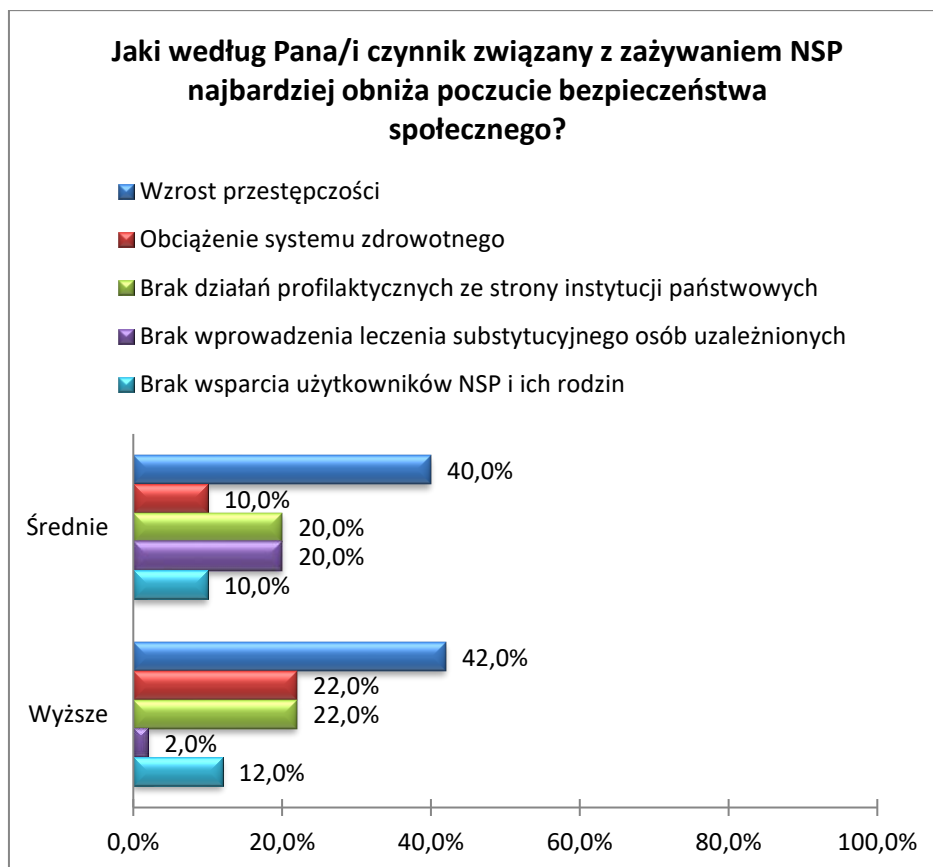
W Polsce (tabela 4.11.) oraz we Francji (tabela 4.12.) między poziomem wykształcenia a opinią w zakresie tego, jaki czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego, nie wykazano istotnego statystycznie związku.

Tabela 4.11.

Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski

			Wykształcenie		Ogółem	
			Średnie	Wyższe		
Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?	Wzrost przestępczości	N	12	21	33	
		%	40,0%	42,0%	41,3%	
	Obciążenie systemu zdrowotnego	N	3	11	14	
		%	10,0%	22,0%	17,5%	
	Brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych	N	6	11	17	
		%	20,0%	22,0%	21,3%	
	Brak wprowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych	N	6	1	7	
		%	20,0%	2,0%	8,8%	
	Brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin	N	3	6	9	
		%	10,0%	12,0%	11,3%	
	Ogółem		N	30	50	80
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Polska						
V Kramera	0,328	8,606 ^a	4	0,072	0,070 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.11. Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski

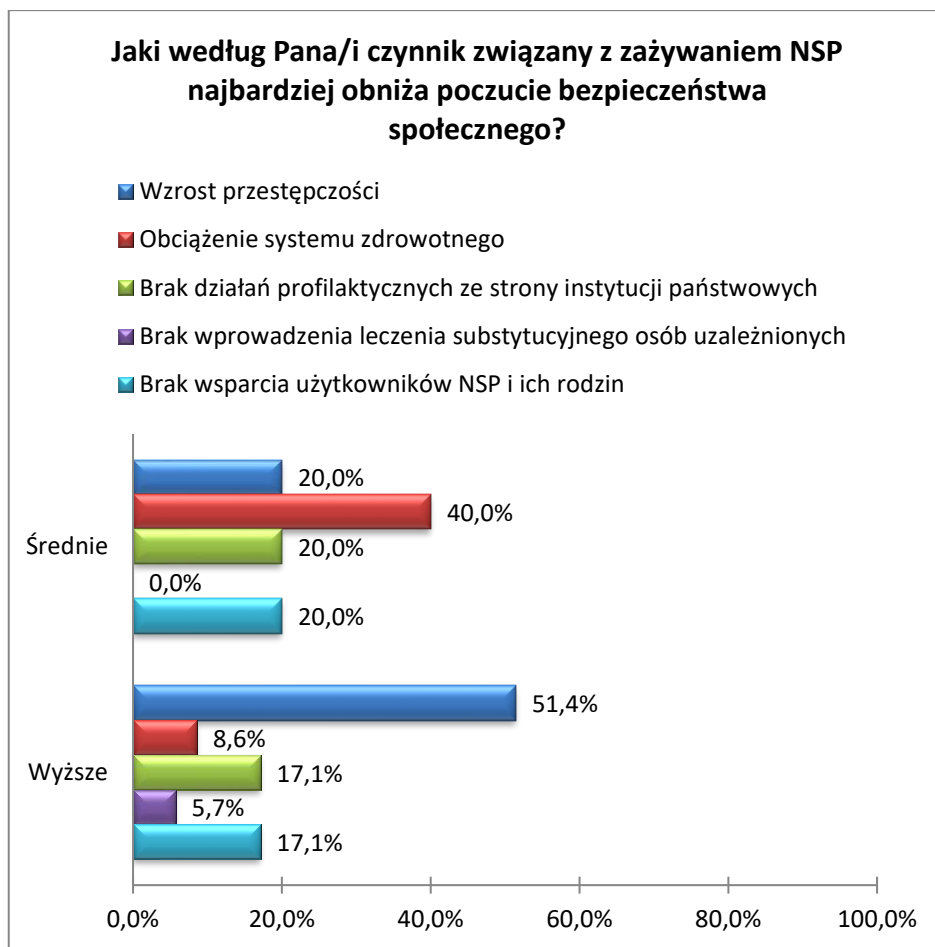
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.12.

Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji

		Wykształcenie		Ogółem	
		Średnie	Wyższe		
Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?	Wzrost przestępczości	N	1	18	19
		%	20,0%	51,4%	47,5%
	Obciążenie systemu zdrowotnego	N	2	3	5
		%	40,0%	8,6%	12,5%
	Brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych	N	1	6	7
		%	20,0%	17,1%	17,5%
	Brak wprowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych	N	0	2	2
		%	0,0%	5,7%	5,0%
	Brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin	N	1	6	7
		%	20,0%	17,1%	17,5%
Ogółem		N	5	35	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Francja					
V Kramera	0,343	4,693 ^a	4	0,320	0,293 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.12. Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

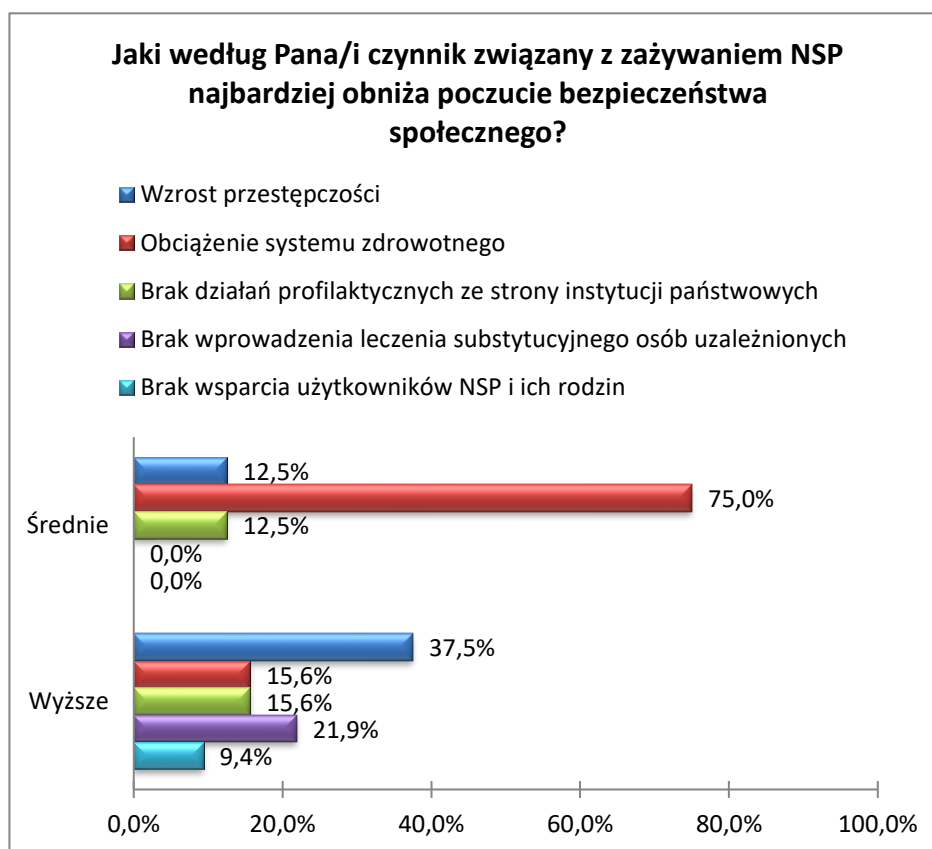
Z kolei w **Holandii** (tabela 4.13.) badani z **wykształceniem średnim (75%) znacznie częściej** od ankietowanych z **wykształceniem wyższym (15,6%)** zaznaczali, że czynnikiem, który najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego, jest **obciążenie systemu zdrowotnego**. Pozostałe odpowiedzi, takie jak **wzrost przestępczości (37,5%)**, **brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych (15,6%)**, **brak wprowadzania leczenia substytucyjnego osób (21,9%)** oraz **brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin (9,4%)** w większym stopniu wybierane były przez osoby z **wykształceniem wyższym**.

Tabela 4.13.

Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii

			Wykształcenie		Ogółem	
			Średnie	Wyższe		
Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?	Wzrost przestępczości	N	1	12	13	
		%	12,5%	37,5%	32,5%	
	Obciążenie systemu zdrowotnego	N	6	5	11	
		%	75,0%	15,6%	27,5%	
	Brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych	N	1	5	6	
		%	12,5%	15,6%	15,0%	
	Brak wprowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych	N	0	7	7	
		%	0,0%	21,9%	17,5%	
	Brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin	N	0	3	3	
		%	0,0%	9,4%	7,5%	
	Ogółem		N	8	32	40
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Holandia						
V Kramera	0,547	11,977 ^a	4	0,018	0,015 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.13. Czynnik najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

2. Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej? – pytanie jednokrotnego wyboru.

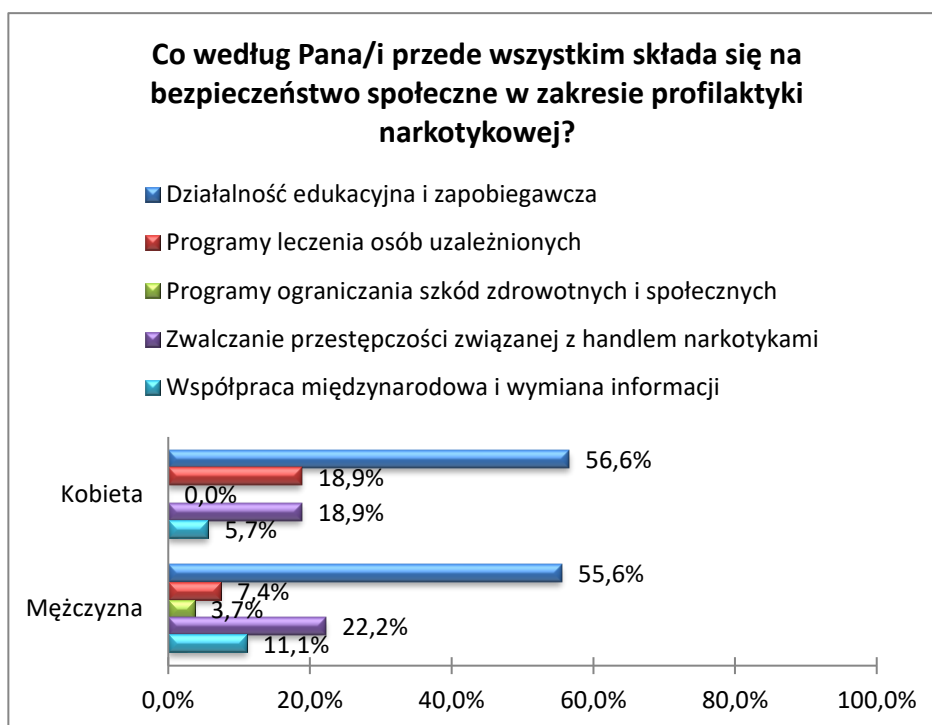
Płeć

W przypadku respondentów z **Polski** (tabela 4.14), **Francji** (tabela 4.15.) oraz **Holandii** (tabela 4.16.) płeć nie różnicuje udziału odpowiedzi na zadane pytanie w sposób istotny statystycznie.

Tabela 4.14.
Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Polski

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	30	15	45	
		%	56,6%	55,6%	56,3%	
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	10	2	12	
		%	18,9%	7,4%	15,0%	
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	0	1	1	
		%	0,0%	3,7%	1,3%	
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	10	6	16	
		%	18,9%	22,2%	20,0%	
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	3	3	6	
		%	5,7%	11,1%	7,5%	
	Ogółem		N	53	27	80
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Polska						
V Kramera	0,233	4,342 ^a	4	0,362	0,370 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



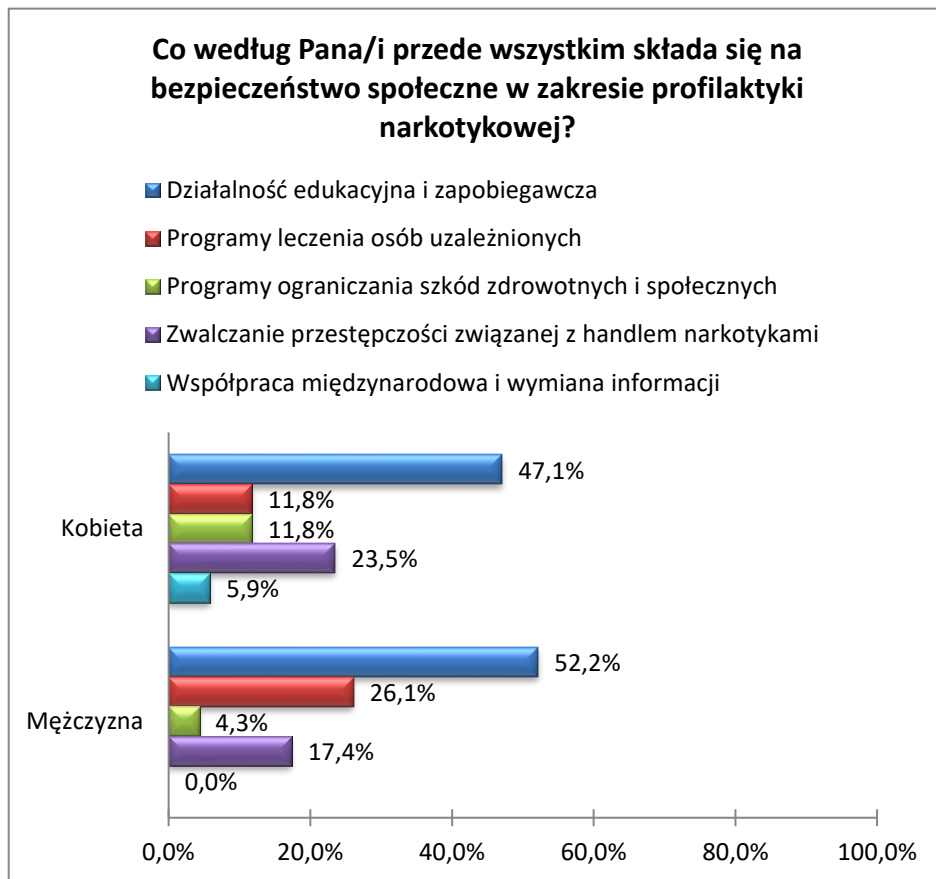
Rys. 4.14. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Polski

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.15.
Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Francji

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	8	12	20
		%	47,1%	52,2%	50,0%
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	2	6	8
		%	11,8%	26,1%	20,0%
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	2	1	3
		%	11,8%	4,3%	7,5%
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	4	4	8
		%	23,5%	17,4%	20,0%
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	1	0	1
		%	5,9%	0,0%	2,5%
Ogółem		N	17	23	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Francja					
V Kramera	0,288	3,308 ^a	4	0,508	0,546 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.15. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Francji

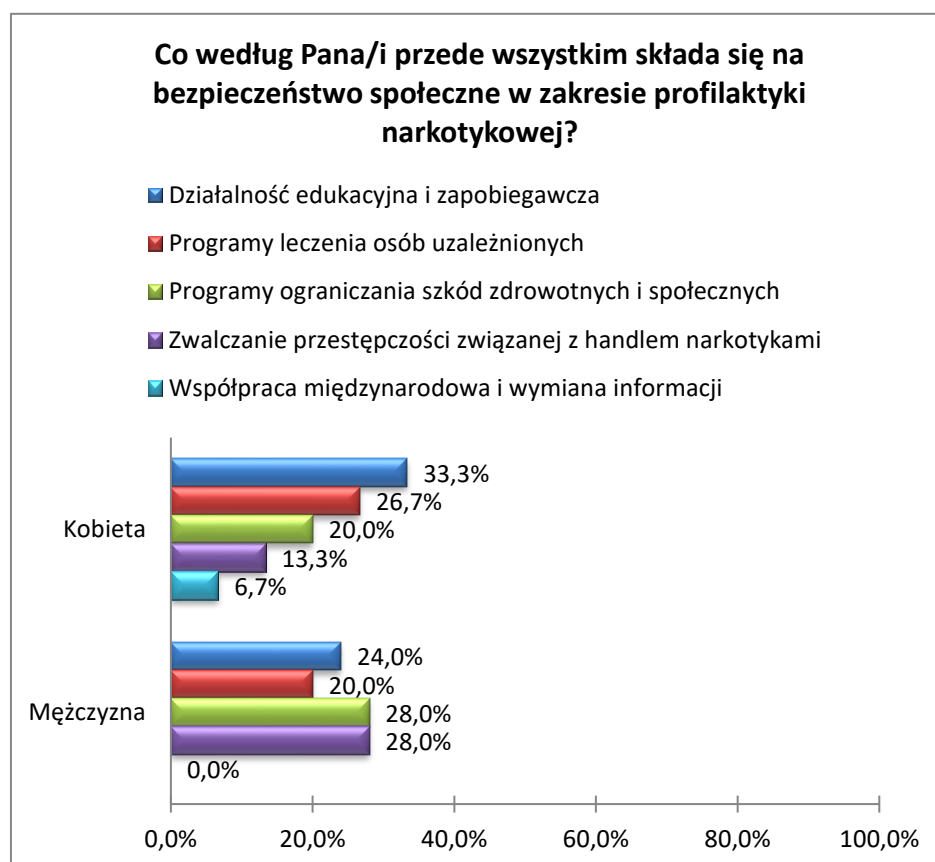
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.16.

Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Holandii

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	5	6	11	
		%	33,3%	24,0%	27,5%	
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	4	5	9	
		%	26,7%	20,0%	22,5%	
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	3	7	10	
		%	20,0%	28,0%	25,0%	
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	2	7	9	
		%	13,3%	28,0%	22,5%	
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	1	0	1	
		%	6,7%	0,0%	2,5%	
	Ogółem		N	15	25	40
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Holandia						
V Kramera	0,287	3,285 ^a	4	0,511	0,589 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.16. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Wykształcenie

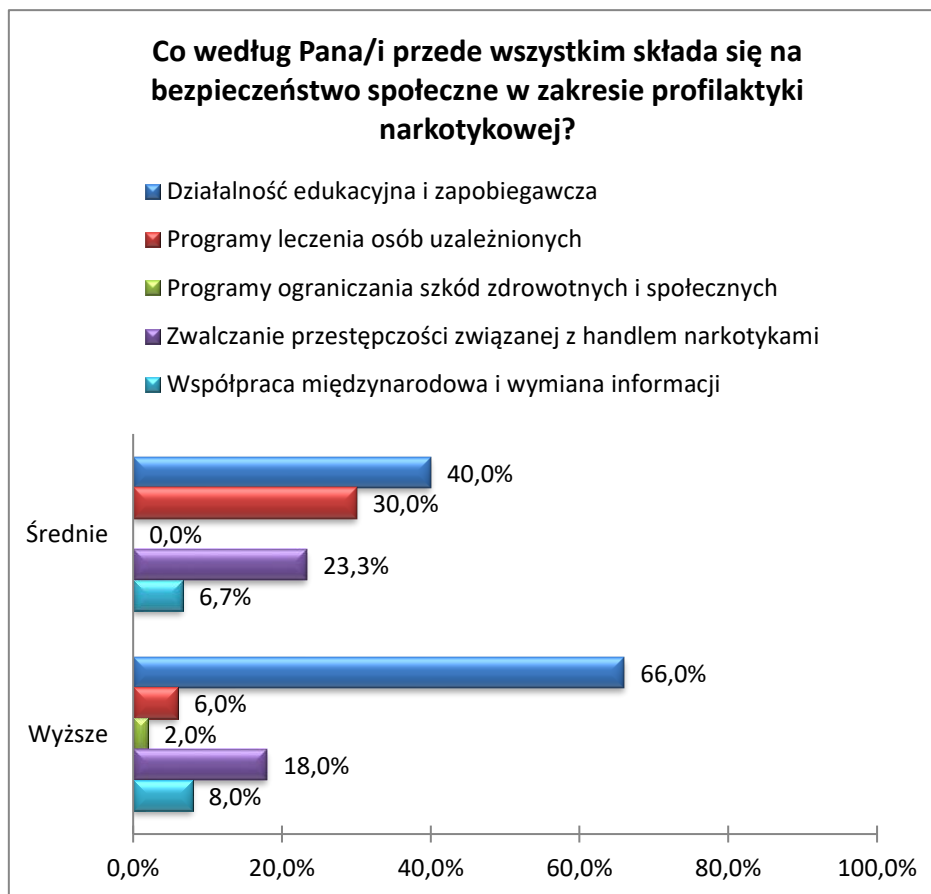
W Polsce ankietowani z wyższym wykształceniem (66%) częściej od badanych z wykształceniem średnim (40%) zaznaczyli, że **działalność edukacyjna i zapobiegawcza** składa się przede wszystkim na bezpieczeństwo społeczne w zakresie **profilaktyki narkotykowej**. Z kolei ankietowani ze **średnim stopniem wykształcenia (30%)** zazwyczaj wybierali odpowiedź, że **kluczowe są programy leczenia osób uzależnionych**. Współczynnik zależności jest istotny statystycznie oraz charakteryzuje się wyraźną siłą związku (tabela 4.17.).

Tabela 4.17.

Elementy bezpieczeństwa społecznego w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Polski

			Wykształcenie		Ogółem	
			Średnie	Wyższe		
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	12	33	45	
		%	40,0%	66,0%	56,3%	
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	9	3	12	
		%	30,0%	6,0%	15,0%	
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	0	1	1	
		%	0,0%	2,0%	1,3%	
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	7	9	16	
		%	23,3%	18,0%	20,0%	
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	2	4	6	
		%	6,7%	8,0%	7,5%	
	Ogółem		N	30	50	80
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Polska						
V Kramera	0,360	10,364 ^a	4	0,035	0,019 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.17. Elementy bezpieczeństwa społecznego w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Polski

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

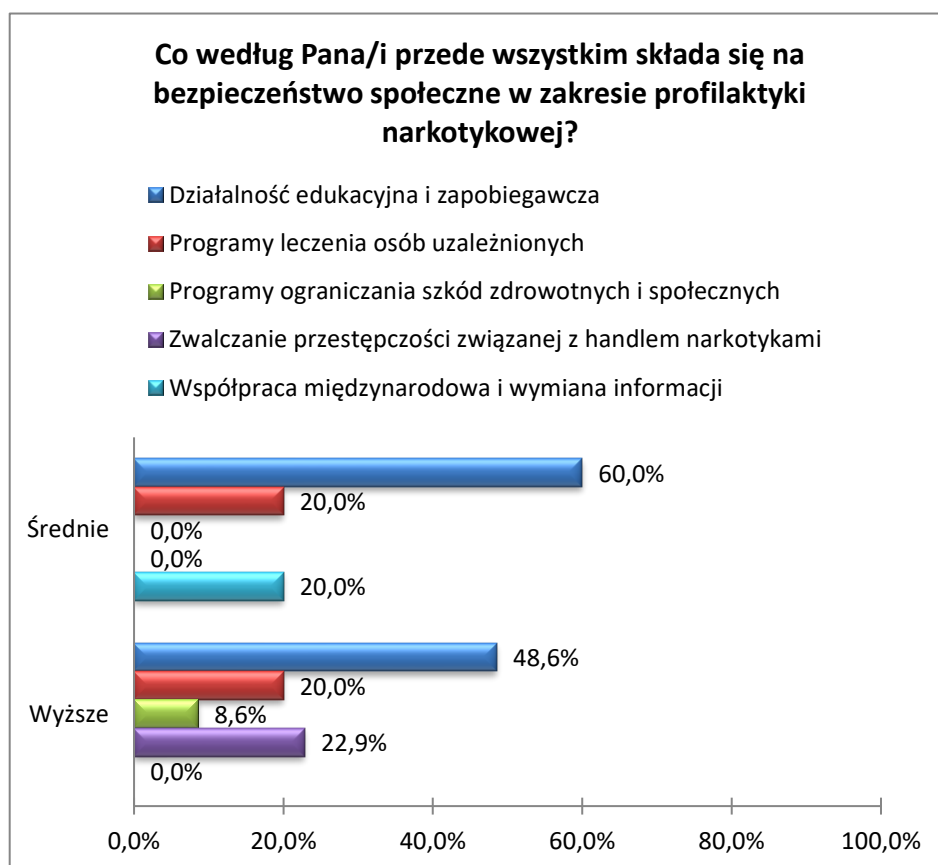
We **Francji** (tabela 4.18.) oraz w **Holandii** (tabela 4.19.) opinia na temat tego, co przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej, **nie jest istotnie zależna od wykształcenia.**

Tabela 4.18.
Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Francji

			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	3	17	20
		%	60,0%	48,6%	50,0%
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	1	7	8
		%	20,0%	20,0%	20,0%
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	0	3	3
		%	0,0%	8,6%	7,5%
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	0	8	8
		%	0,0%	22,9%	20,0%

			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	1	0	1	
	%	20,0%	0,0%	2,5%	
Ogółem	N	5	35	40	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Kraj = Francja					
V Kramera	0,466	8,686 ^a	4	0,069	0,156 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.18. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Francji

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

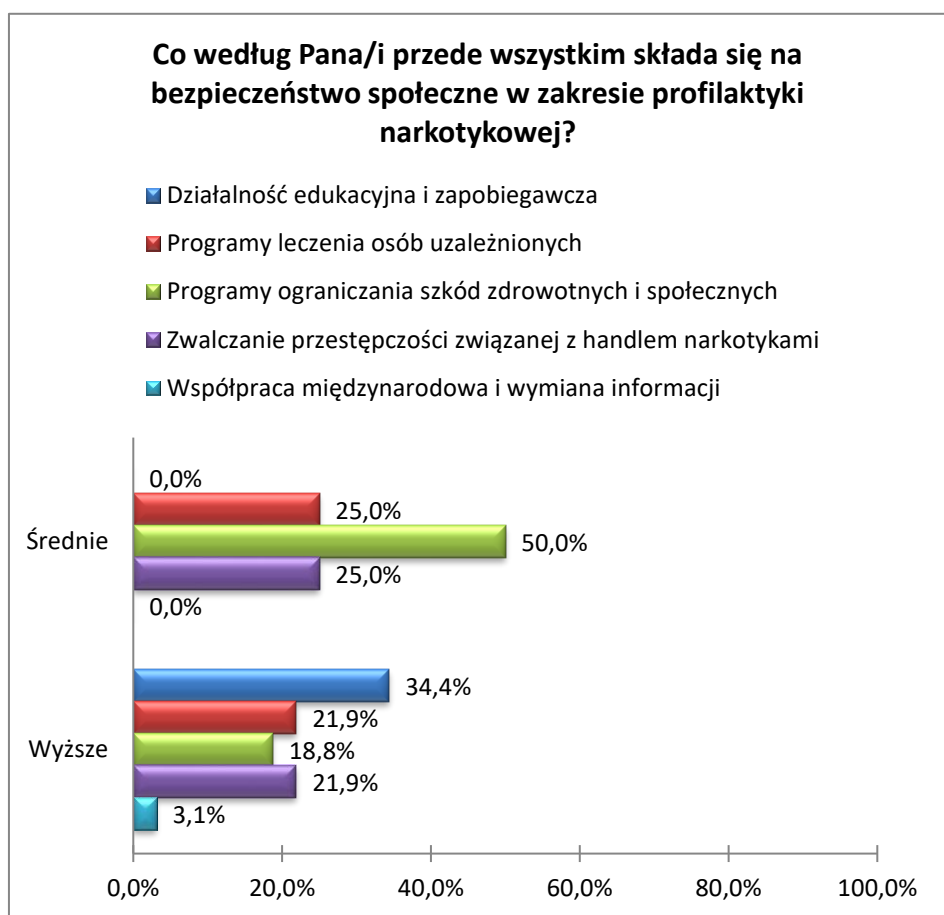
Tabela 4.19.

Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Holandii

			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bez-	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	0	11	11
		%	0,0%	34,4%	27,5%
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	2	7	9
		%	25,0%	21,9%	22,5%

			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	4	6	10
		%	50,0%	18,8%	25,0%
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	2	7	9
		%	25,0%	21,9%	22,5%
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	0	1	1
		%	0,0%	3,1%	2,5%
Ogółem		N	8	32	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Holandia					
V Kramera	0,373	5,556 ^a	4	0,235	0,267 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.19. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

3. Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne? – pytanie jednokrotnego wyboru.

Płeć

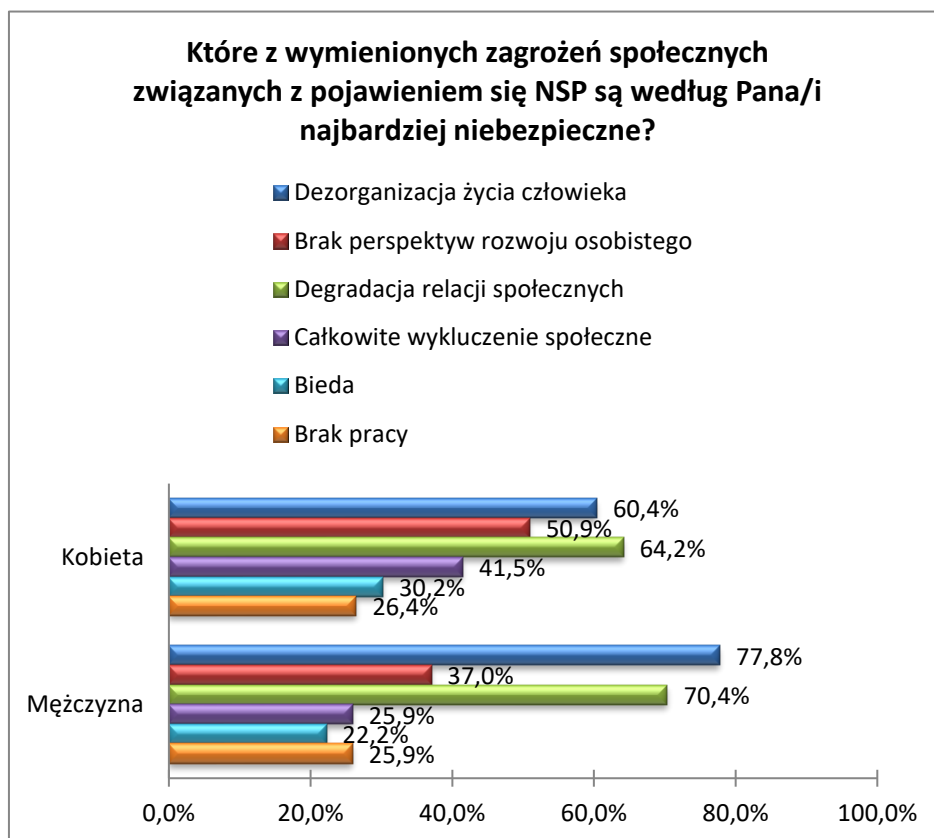
W przypadku respondentów z **Polski** (tabela 4.20.), **Francji** (tabela 4.21.) oraz **Holandii** (tabela 4.22.) między **plcią** a wskazaniem, które **zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP** są najbardziej niebezpieczne, **nie wykazano związków istotnych statystycznie**.

Tabela 4.20.

Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Polsce

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	32	21	53
		%	60,4%	77,8%	66,3%
Phi	-0,174	2,422 ^a	1	0,120	0,140
Brak perspektyw rozwoju osobistego	Tak	N	27	10	37
		%	50,9%	37,0%	46,3%
Phi	0,132	1,392 ^a	1	0,238	0,343
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	34	19	53
		%	64,2%	70,4%	66,3%
Phi	-0,062	0,309 ^a	1	0,578	0,626
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	22	7	29
		%	41,5%	25,9%	36,3%
Phi	0,153	1,880 ^a	1	0,170	0,221
Bieda	Tak	N	16	6	22
		%	30,2%	22,2%	27,5%
Phi	0,084	0,569 ^a	1	0,451	0,598
Brak pracy	Tak	N	14	7	21
		%	26,4%	25,9%	26,3%
Kraj = Polska					
Phi	0,005	0,002 ^a	1	0,962	1,000
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.20. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.21.

Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci we Francji

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	6	9	15
		%	35,3%	39,1%	37,5%
Phi	-0,039	0,061 ^a	1	0,804	1,000
Brak perspektyw rozwoju osobistego	Tak	N	6	5	11
		%	35,3%	21,7%	27,5%
Phi	0,150	0,901 ^a	1	0,343	0,477
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	8	13	21
		%	47,1%	56,5%	52,5%
Phi	-0,094	0,351 ^b	1	0,554	0,750
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	11	10	21
		%	64,7%	43,5%	52,5%
Phi	0,210	1,766 ^a	1	0,184	0,216
Bieda	Tak	N	7	8	15
		%	41,2%	34,8%	37,5%
Phi	0,065	0,171 ^a	1	0,680	0,749
Brak pracy	Tak	N	1	4	5

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
		%	5,9%	17,4%	12,5%
Kraj = Francja					
Phi	-0,172	1,184 ^a	1	0,277	0,373
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.21. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci we Francji

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

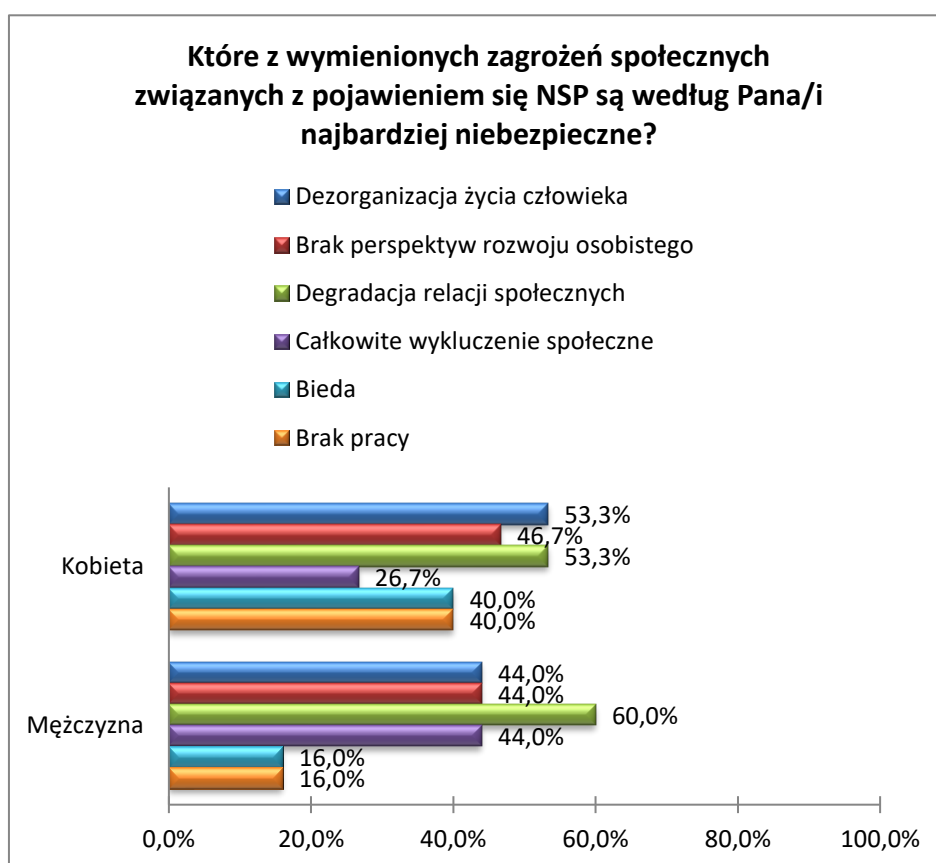
Tabela 4.22.

Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Holandii

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	8	11	19
		%	53,3%	44,0%	47,5%
Phi	0,090	0,327 ^a	1	0,567	0,745
Brak perspektyw rozwoju osobistego	Tak	N	7	11	18
		%	46,7%	44,0%	45,0%

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Phi	0,026	0,027 ^a	1	0,870	1,000
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	8	15	23
		%	53,3%	60,0%	57,5%
Phi	-0,065	0,171 ^a	1	0,680	0,749
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	4	11	15
		%	26,7%	44,0%	37,5%
Phi	-0,173	1,202 ^a	1	0,273	0,329
Bieda	Tak	N	6	4	10
		%	40,0%	16,0%	25,0%
Phi	0,268	2,880 ^a	1	0,090	0,135
Brak pracy	Tak	N	6	4	10
		%	40,0%	16,0%	25,0%
Kraj = Holandia					
Phi	0,268	2,880 ^a	1	0,090	0,135
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.22. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Wykształcenie

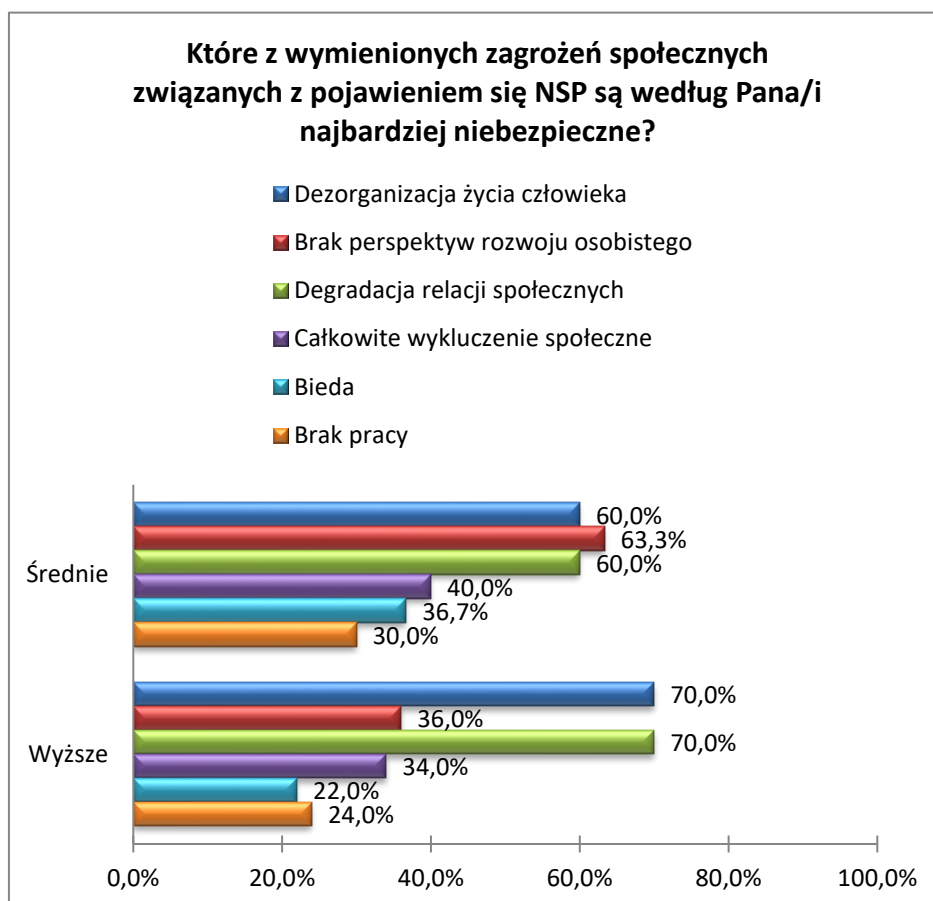
W Polsce badani z wykształceniem średnim (63,3%) częściej od ankietowanych z wykształceniem wyższym (36%) zaznaczali, że **brak perspektyw rozwoju osobistego** to **najbardziej niebezpieczne zagrożenie społeczne** związane z pojawieniem się NSP. Wyłącznie ta jedna odpowiedź okazała się istotnie zróżnicowana pod kątem statystycznym (tabela 4.23.).

Tabela 4.23.

Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Polski

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?		Wykształcenie		Ogółem	
		Średnie	Wyższe		
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	18	35	53
		%	60,0%	70,0%	66,3%
Phi	-0,102	0,839 ^a	1	0,360	0,465
Brak perspektyw rozwoju osobistego	Tak	N	19	18	37
		%	63,3%	36,0%	46,3%
Phi	0,265	5,635 ^a	1	0,018	0,022
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	18	35	53
		%	60,0%	70,0%	66,3%
Phi	-0,102	0,839 ^a	1	0,360	0,465
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	12	17	29
		%	40,0%	34,0%	36,3%
Phi	0,060	0,292 ^a	1	0,589	0,636
Bieda	Tak	N	11	11	22
		%	36,7%	22,0%	27,5%
Phi	0,159	2,023 ^a	1	0,155	0,198
Brak pracy	Tak	N	9	12	21
		%	30,0%	24,0%	26,3%
Kraj = Polska					
Phi	0,066	0,349 ^a	1	0,555	0,605
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.23. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Polski

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

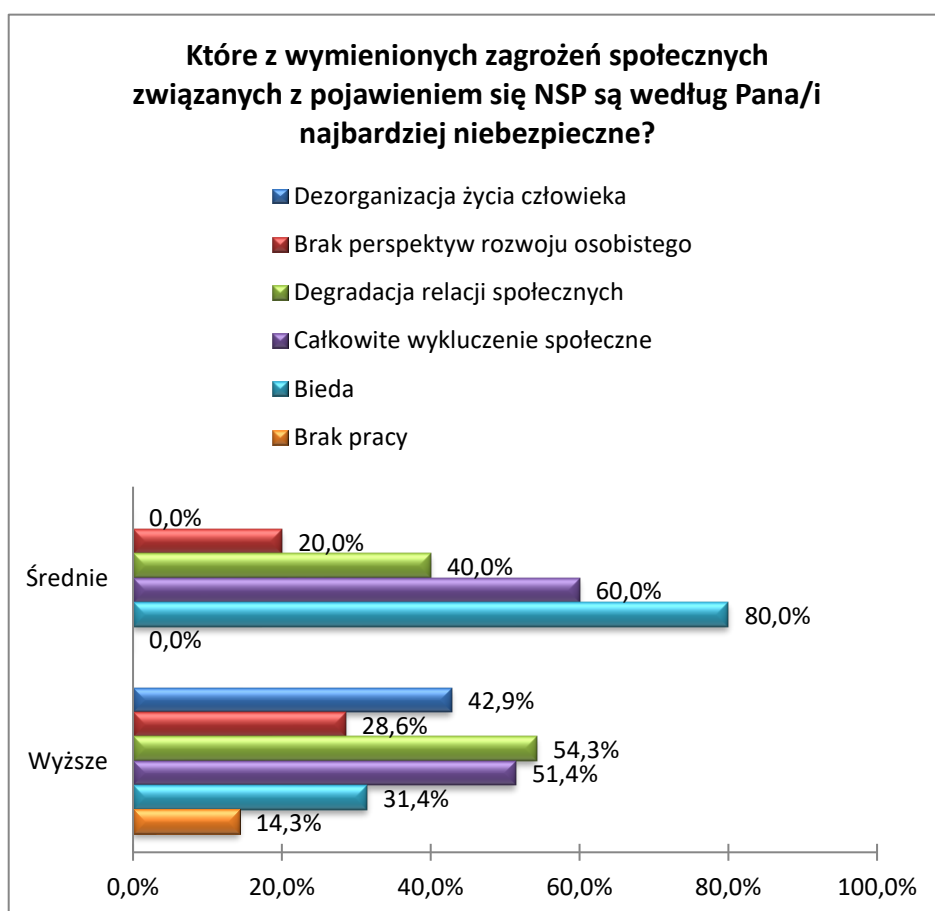
W przypadku **Francji** ankietowani z **wykształceniem średnim (80%)** częściej od badanych z **wykształceniem wyższym (31,4%)** odpowiadali, że **bieda to jedno z najbardziej niebezpiecznych zagrożeń społecznych** związanych z pojawieniem się NSP. Zależność między zmiennymi może być rozpatrywana w zakresie tendencji statystycznej, ponieważ dokładna wartość „p” nieznacznie odbiega od przyjętego poziomu istotności (tabela 4.24.).

Tabela 4.24.
Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Francji

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	0	15	15
		%	0,0%	42,9%	37,5%
Phi	-0,293	3,429 ^a	1	0,064	0,137
	Tak	N	1	10	11

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Brak perspektyw rozwoju osobistego		%	20,0%	28,6%	27,5%
Phi	-0,063	0,161 ^a	1	0,688	1,000
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	2	19	21
		%	40,0%	54,3%	52,5%
Phi	-0,095	0,358 ^a	1	0,550	0,654
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	3	18	21
		%	60,0%	51,4%	52,5%
Phi	0,057	0,129 ^a	1	0,720	1,000
Bieda	Tak	N	4	11	15
		%	80,0%	31,4%	37,5%
Phi	0,332	4,404 ^a	1	0,036	0,056
Brak pracy	Tak	N	0	5	5
		%	0,0%	14,3%	12,5%
Kraj = Francja					
Phi	-0,143	0,816 ^a	1	0,366	0,602
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.24. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Francji

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

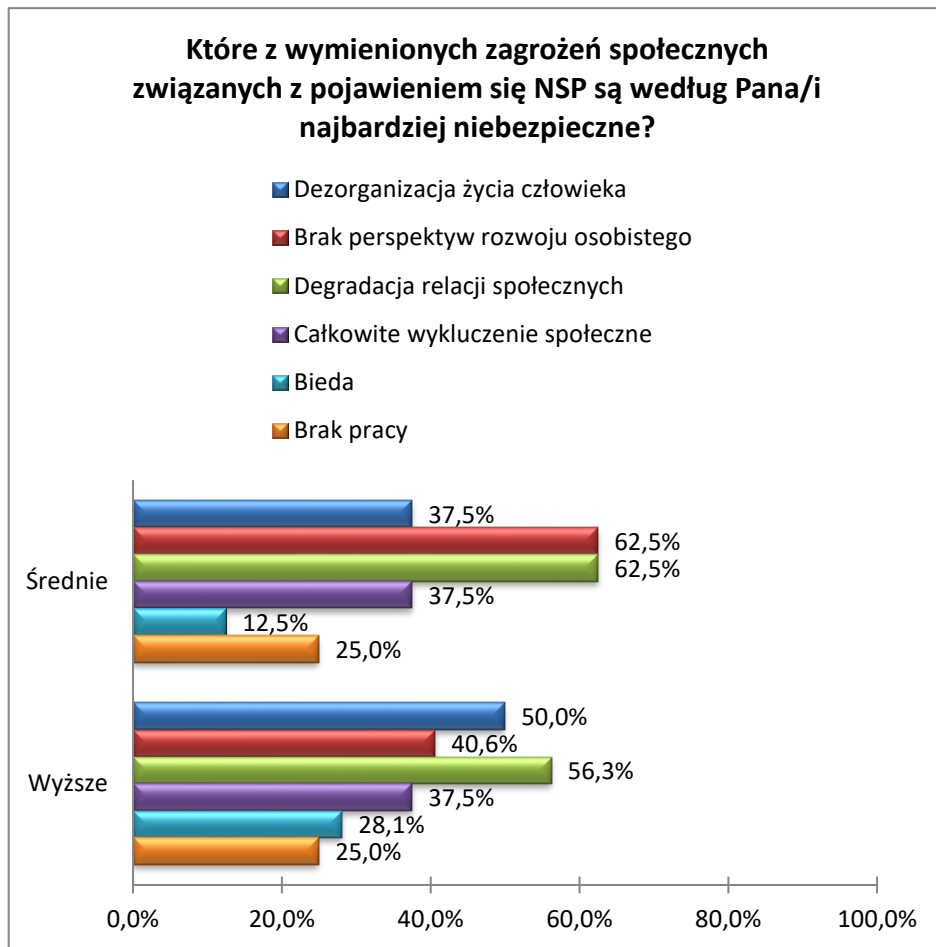
W przypadku Holandii udział odpowiedzi na zadane pytanie nie jest istotnie zróżnicowany, jeżeli weźmie się pod uwagę wykształcenie (tabela 4.25).

Tabela 4.25.

**Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP
według wykształcenia respondentów z Holandii**

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne?			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	3	16	19
		%	37,5%	50,0%	47,5%
Phi	-0,100	0,401 ^a	1	0,527	0,698
Brak perspektyw rozwoju osobistego	Tak	N	5	13	18
		%	62,5%	40,6%	45,0%
Phi	0,176	1,237 ^a	1	0,266	0,430
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	5	18	23
		%	62,5%	56,3%	57,5%
Phi	0,051	0,102 ^a	1	0,749	1,000
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	3	12	15
		%	37,5%	37,5%	37,5%
Phi	0,000	0,000 ^a	1	1,000	1,000
Bieda	Tak	N	1	9	10
		%	12,5%	28,1%	25,0%
Phi	-0,144	0,833 ^a	1	0,361	0,653
Brak pracy	Tak	N	2	8	10
		%	25,0%	25,0%	25,0%
Kraj = Holandia					
Phi	0,000	0,000 ^a	1	1,000	1,000
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.25. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

4. Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne? – pytanie wielokrotnego wyboru.

Płeć

Udział odpowiedzi wśród respondentów z **Polski** (tabela 4.26.) **oraz Holandii** (tabela 4.27.) w zakresie **szczegółowych aspektów profilaktyki**, na jakie powinny być skierowane programy profilaktyczne, **nie jest zależny istotnie statystycznie od płci** badany.

Tabela 4.26.

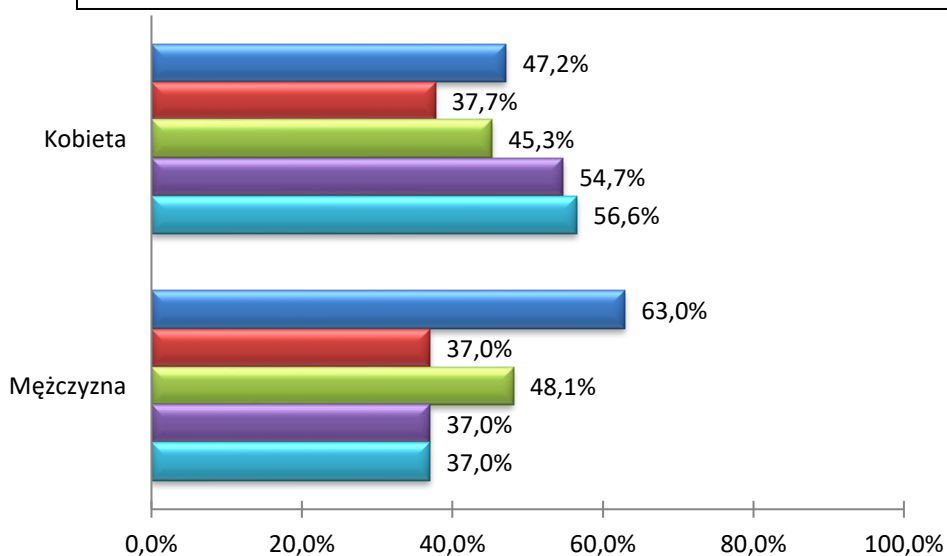
Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Polsce

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględnić określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne	Tak	N	25	17	42
		%	47,2%	63,0%	52,5%
Phi	-0,150	1,789 ^b	1	0,181	0,238
Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania	Tak	N	20	10	30
		%	37,7%	37,0%	37,5%
Phi	0,007	0,004 ^b	1	0,951	1,000
Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne	Tak	N	24	13	37
		%	45,3%	48,1%	46,3%
Phi	-0,027	0,059 ^b	1	0,808	0,817
Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności	Tak	N	29	10	39
		%	54,7%	37,0%	48,8%
Phi	0,167	2,238 ^b	1	0,135	0,161
Redukcja szkód - lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody	Tak	N	30	10	40
		%	56,6%	37,0%	50,0%
Kraj = Polska					
Phi	0,185	2,739 ^b	1	0,098	0,155
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p do- kładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategie radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności
- Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody



Rys. 4.26. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.27.

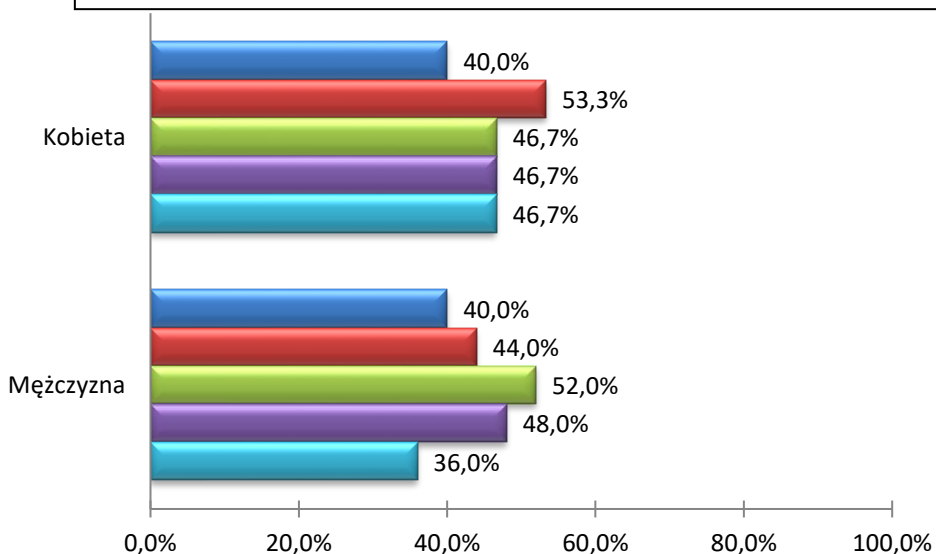
Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Holandii

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?		Płeć		Ogółem	
		Kobieta	Mężczyzna		
Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględnić określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne	Tak	N	6	10	16
		%	40,0%	40,0%	40,0%
Phi	0,000	0,000 ^a	1	1,000	1,000
Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania	Tak	N	8	11	19
		%	53,3%	44,0%	47,5%
Phi	0,090	0,327 ^a	1	0,567	0,745
Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne	Tak	N	7	13	20
		%	46,7%	52,0%	50,0%
Phi	-0,052	0,107 ^a	1	0,744	1,000
Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności	Tak	N	7	12	19
		%	46,7%	48,0%	47,5%
Phi	-0,013	0,007 ^a	1	0,935	1,000
Redukcja szkód - lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody	Tak	N	7	9	16
		%	46,7%	36,0%	40,0%
Kraj = Holandia					
Phi	0,105	0,444 ^b	1	0,505	0,740
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności
- Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody



Rys. 4.27. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

W przypadku Francji to mężczyźni (52,2%) częściej niż kobiety (17,6%) odpowiedzieli, że programy profilaktyczne powinny być skierowane na takie szczegółowe aspekty jak reakcje profilaktyczne. Współczynnik zależności jest istotny statystycznie oraz odznacza się umiarkowaną siłą związku (tabela 4.28.).

Tabela 4.28.

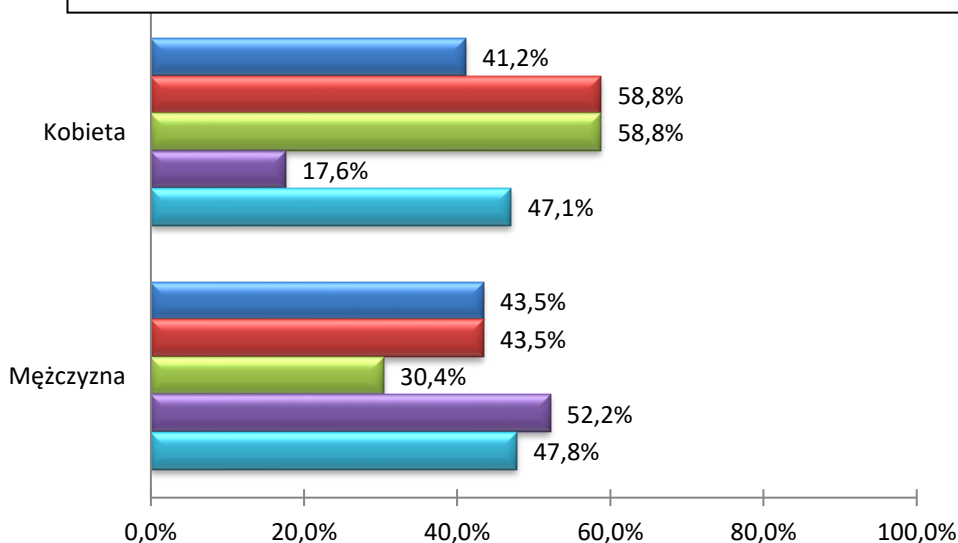
Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci we Francji

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?		Płeć		Ogółem	
		Kobieta	Mężczyzna		
Reakcje oparte na dowodach – działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne	Tak	N	7	10	17
		%	41,2%	43,5%	42,5%
Phi	-0,023	0,021 ^a	1	0,884	1,000
Innowacyjne reakcje – oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania	Tak	N	10	10	20
		%	58,8%	43,5%	50,0%
Phi	0,152	0,921 ^a	1	0,337	0,523
Wymiana informacji – ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne	Tak	N	10	7	17
		%	58,8%	30,4%	42,5%
Phi	0,284	3,224 ^a	1	0,073	0,108
Reakcje profilaktyczne – interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategie radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności	Tak	N	3	12	15
		%	17,6%	52,2%	37,5%
Phi	-0,353	4,972 ^a	1	0,026	0,046
Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody	Tak	N	8	11	19
		%	47,1%	47,8%	47,5%
Kraj = Francja					
Phi	-0,008	0,002 ^a	1	0,962	1,000
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności
- Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody



Rys. 4.28. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci we Francji

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Wykształcenie

W Polsce (tabela 4.29.), Francji (tabela 4.30.) oraz Holandii (tabela 4.31) udział odpowiedzi w zakresie szczegółowych aspektów profilaktyki, na jakie powinny być skierowane programy profilaktyczne, nie jest istotnie zależny od poziomu wykształcenia.

Tabela 4.29.

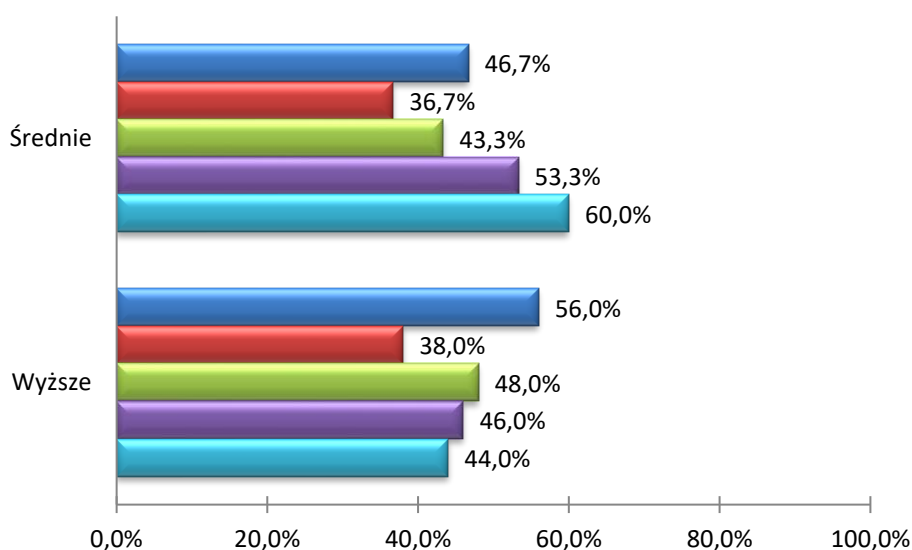
Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Polsce

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne	Tak	N	14	28	42
		%	46,7%	56,0%	52,5%
Phi	-0,090	0,655 ^a	1	0,418	0,491
Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania	Tak	N	11	19	30
		%	36,7%	38,0%	37,5%
Phi	-0,013	0,014 ^a	1	0,905	1,000
Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalfikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne	Tak	N	13	24	37
		%	43,3%	48,0%	46,3%
Phi	-0,045	0,164 ^a	1	0,685	0,817
Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategie radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności	Tak	N	16	23	39
		%	53,3%	46,0%	48,8%
Phi	0,071	0,404 ^a	1	0,525	0,645
Redukcja szkód - lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody	Tak	N	18	22	40
		%	60,0%	44,0%	50,0%
Kraj = Polska					
Phi	0,155	1,920 ^a	1	0,166	0,248
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności
- Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody



Rys. 4.29. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.30.

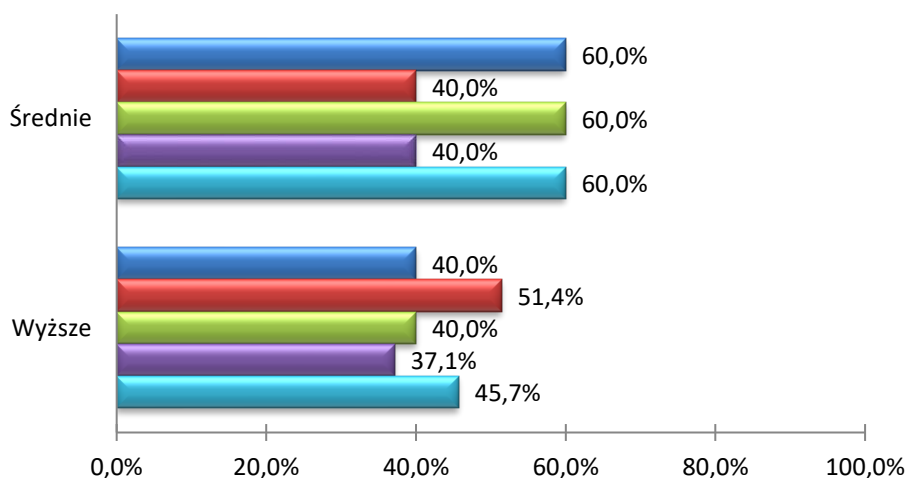
Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów we Francji

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?		Wykształcenie		Ogółem	
		Średnie	Wyższe		
Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne	Tak	N	3	14	17
		%	60,0%	40,0%	42,5%
Phi	0,134	0,716 ^a	1	0,397	0,634
Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania	Tak	N	2	18	20
		%	40,0%	51,4%	50,0%
Phi	-0,076	0,229 ^a	1	0,633	1,000
Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne	Tak	N	3	14	17
		%	60,0%	40,0%	42,5%
Phi	0,134	0,716 ^a	1	0,397	0,634
Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności	Tak	N	2	13	15
		%	40,0%	37,1%	37,5%
Phi	0,020	0,015 ^a	1	0,902	1,000
Redukcja szkód - lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zazywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody	Tak	N	3	16	19
		%	60,0%	45,7%	47,5%
Kraj = Francja					
Phi	0,095	0,358 ^a	1	0,550	0,654
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności
- Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody



Rys. 4.30. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów we Francji

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.31.

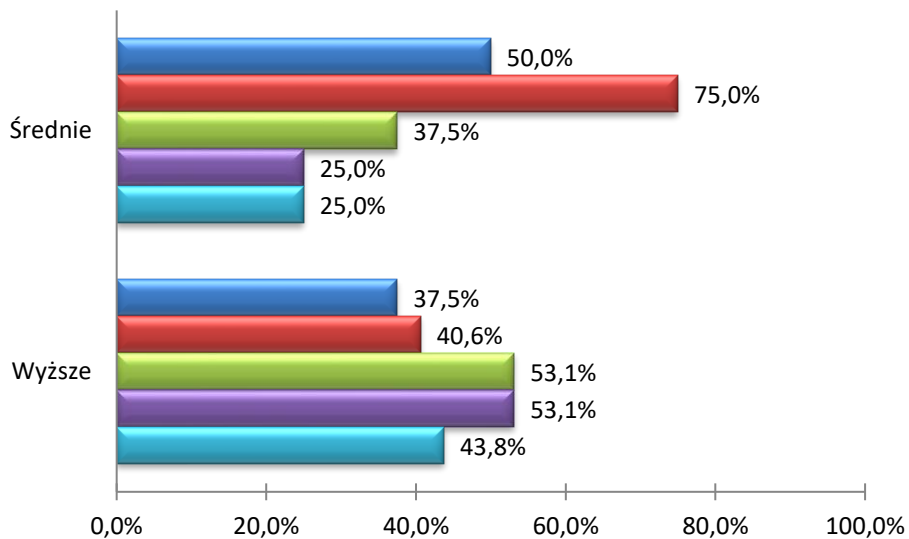
Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Holandii

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?		Wykształcenie		Ogółem	
		Średnie	Wyższe		
Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne	Tak	N	4	12	16
		%	50,0%	37,5%	40,0%
Phi	0,102	0,417 ^a	1	0,519	0,690
Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania	Tak	N	6	13	19
		%	75,0%	40,6%	47,5%
Phi	0,275	3,033 ^a	1	0,082	0,120
Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne	Tak	N	3	17	20
		%	37,5%	53,1%	50,0%
Phi	-0,125	0,625 ^a	1	0,429	0,695
Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności	Tak	N	2	17	19
		%	25,0%	53,1%	47,5%
Phi	-0,225	2,030 ^a	1	0,154	0,241
Redukcja szkód - lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zazywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody	Tak	N	2	14	16
		%	25,0%	43,8%	40,0%
Kraj = Holandia					
Phi	-0,153	0,938 ^a	1	0,333	0,439
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności
- Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody



Rys. 4.31. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

5. Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego? – pytanie jednokrotnego wyboru.

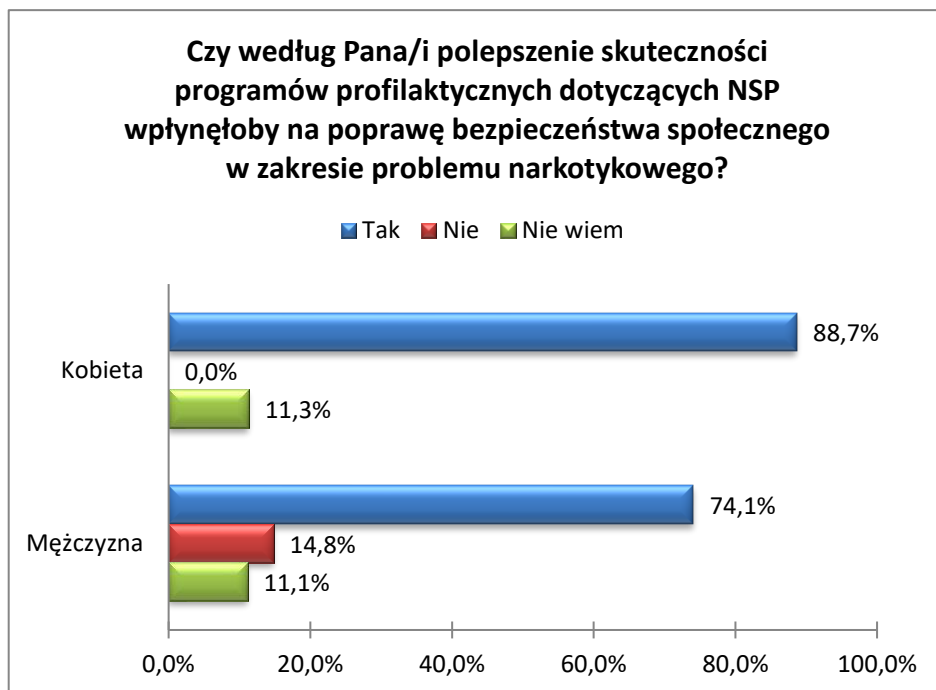
Płeć

W Polsce kobiety (88,7%) częściej niż mężczyźni (74,1%) odpowiadały, że **polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego**. Współczynnik zależności jest istotny statystycznie oraz odznacza się wyraźną siłą związku (tabela 4.32.).

Tabela 4.32.
Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego?	Tak	N	47	20	67
		%	88,7%	74,1%	83,8%
	Nie	N	0	4	4
		%	0,0%	14,8%	5,0%
	Nie wiem	N	6	3	9
		%	11,3%	11,1%	11,3%
Ogółem		N	53	27	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Polska					
V Kramera	0,322	8,308 ^a	2	0,016	0,019 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4 32. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski

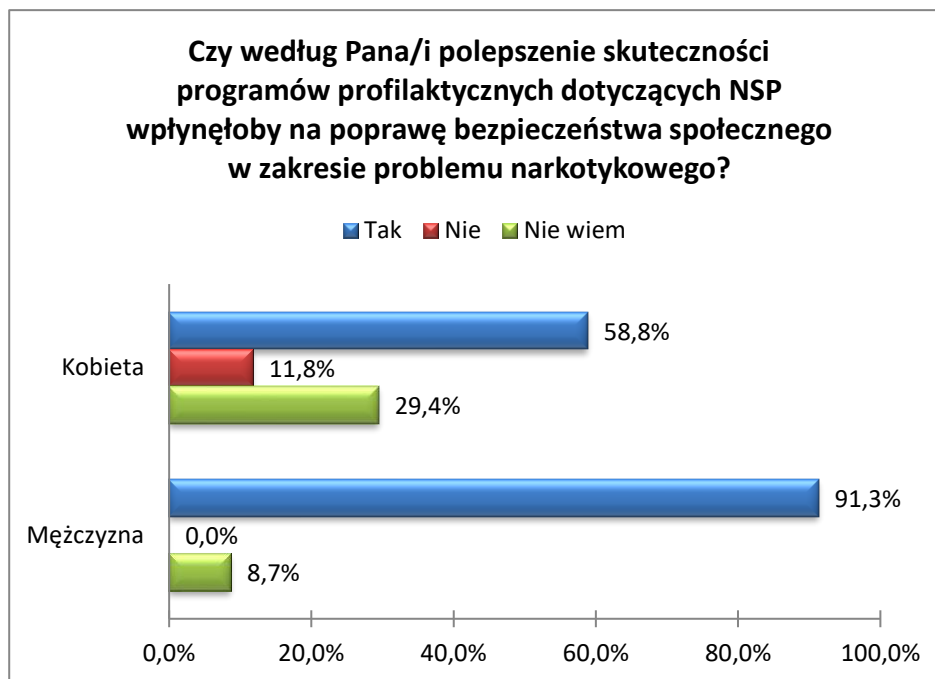
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Z kolei we Francji mężczyźni (91,3%) częściej niż kobiety (58,8%) twierdzą, że polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego. Zależność między zmiennymi jest istotna statystycznie oraz charakteryzuje się wyraźną siłą związku (tabela 4.33.).

Tabela 4.33.
Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji

		Płeć		Ogółem		
		Kobieta	Mężczyzna			
Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego?	Tak	N	10	21	31	
		%	58,8%	91,3%	77,5%	
	Nie	N	2	0	2	2
		%	11,8%	0,0%	5,0%	
	Nie wiem	N	5	2	7	7
		%	29,4%	8,7%	17,5%	
Ogółem		N	17	23	40	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Kraj = Francja						
V Kramera	0,401	6,434 ^a	2	0,040	0,035 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.33. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

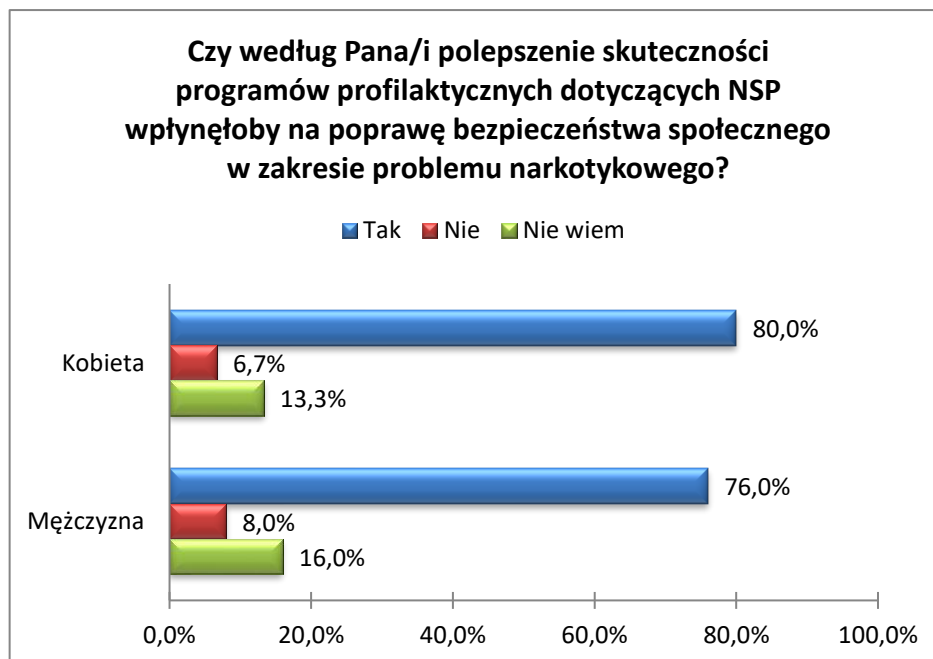
W przypadku **Holandii** między płcią a opinią, czy **polepszenie skuteczności programów profilaktycznych** dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego, **nie wykazano związku istotnego statystycznie** (tabela 4.34.).

Tabela 4.34.

Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego?	Tak	N	12	19	31
		%	80,0%	76,0%	77,5%
	Nie	N	1	2	3
		%	6,7%	8,0%	7,5%
	Nie wiem	N	2	4	6
		%	13,3%	16,0%	15,0%
Ogółem		N	15	25	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Holandia					
V Kramera	0,046	0,086 ^a	2	0,958	1,000 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.34. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

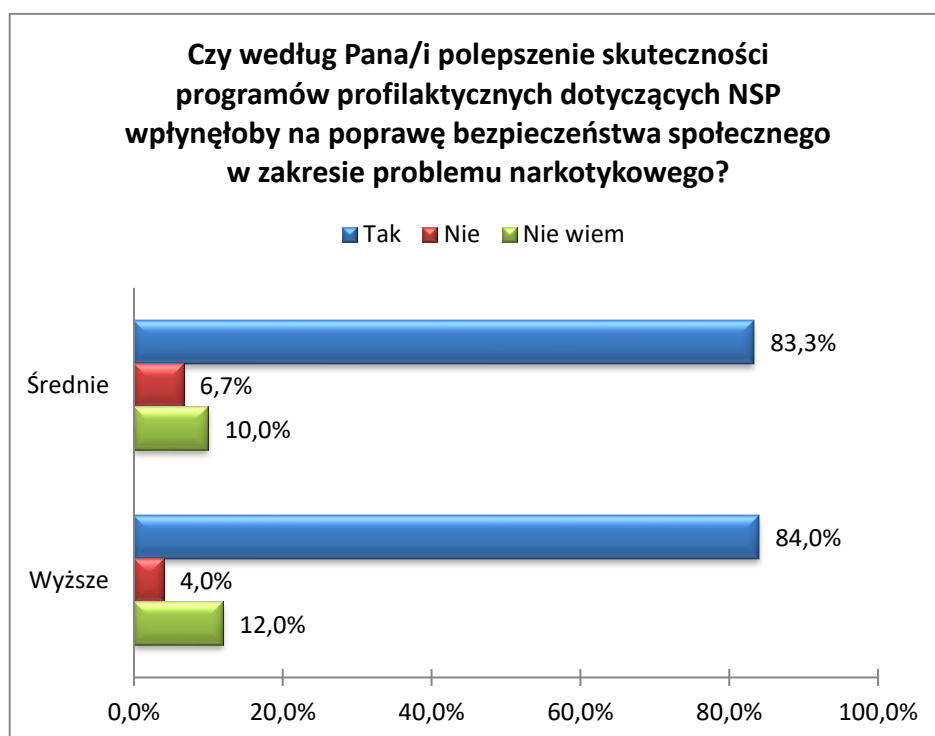
Wysztalcenie

W **Polsce** (tabela 4.35.), **Francji** (tabela 4.36.) oraz **Holandii** (tabela 4.37.) udział odpowiedzi na pytanie **nie jest istotnie zależny od poziomu wykształcenia**.

Tabela 4.35.
Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski

			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego?	Tak	N	25	42	67
		%	83,3%	84,0%	83,8%
	Nie	N	2	2	4
		%	6,7%	4,0%	5,0%
	Nie wiem	N	3	6	9
		%	10,0%	12,0%	11,3%
Ogółem		N	30	50	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Polska					
V Kramera	0,065	0,334 ^a	2	0,846	1,000 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.35. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski

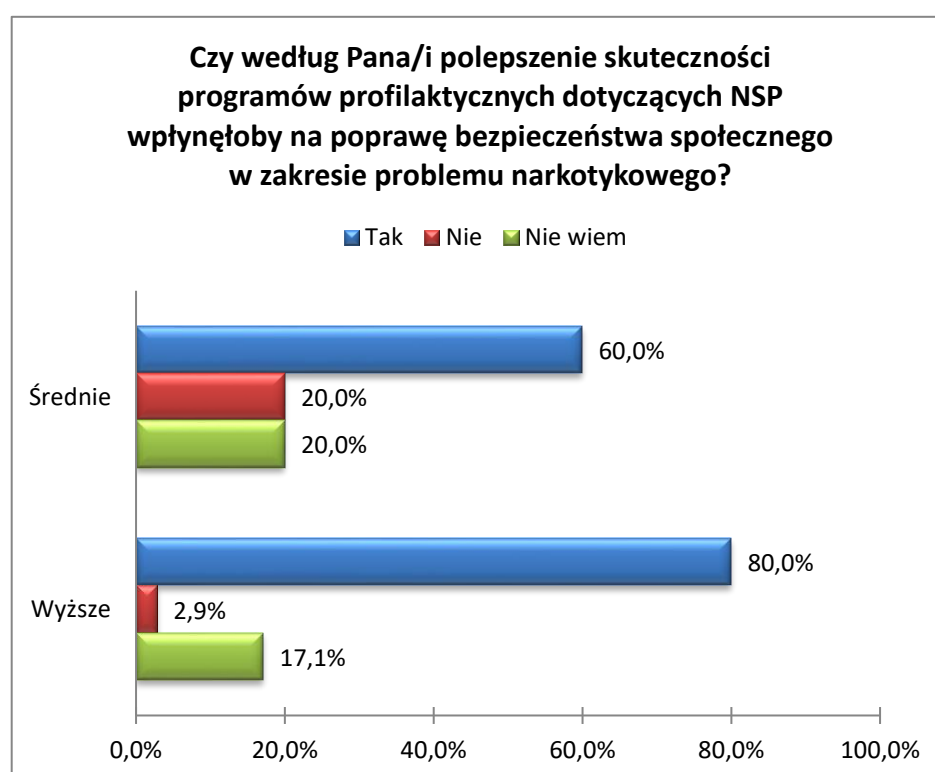
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.36.

Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji

		Wykształcenie		Ogółem	
		Średnie	Wyższe		
Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego?	Tak	N	3	28	31
		%	60,0%	80,0%	77,5%
	Nie	N	1	1	2
		%	20,0%	2,9%	5,0%
	Nie wiem	N	1	6	7
		%	20,0%	17,1%	17,5%
Ogółem		N	5	35	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Francja					
V Kramera	0,265	2,818 ^a	2	0,244	0,260 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.36. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji

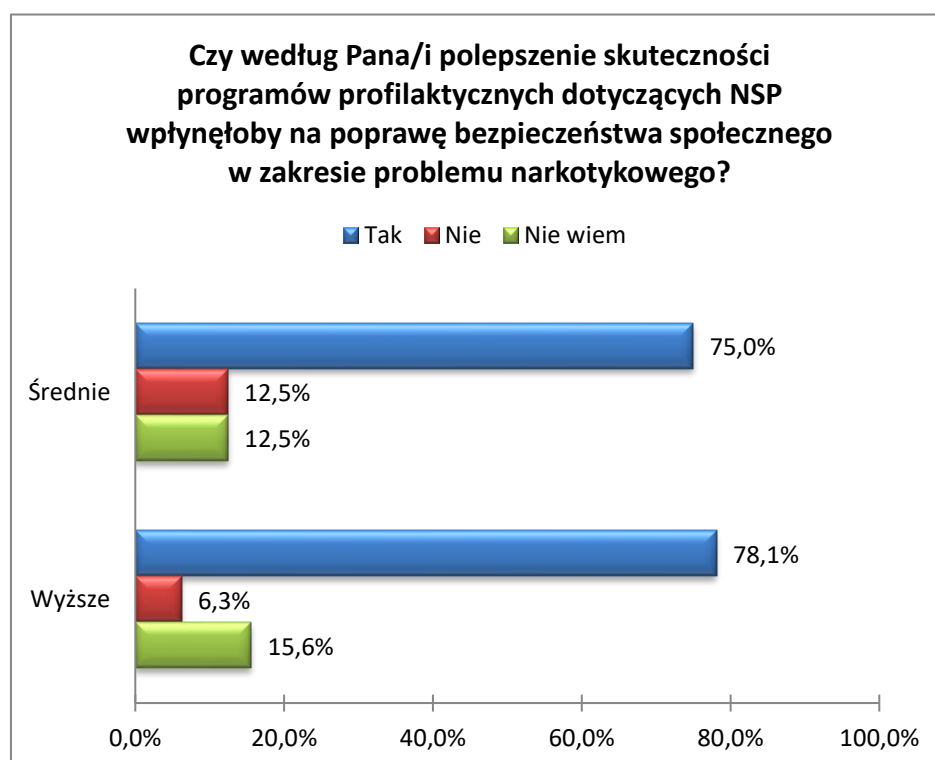
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 4.37.

Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii

			Wykształcenie		Ogółem
			Średnie	Wyższe	
Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego?	Tak	N	6	25	31
		%	75,0%	78,1%	77,5%
	Nie	N	1	2	3
		%	12,5%	6,3%	7,5%
	Nie wiem	N	1	5	6
		%	12,5%	15,6%	15,0%
Ogółem		N	8	32	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Kraj = Holandia					
V Kramera	0,098	0,383 ^a	2	0,826	1,000 ^b
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.37. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

4.2. Weryfikacja hipotez

Hipoteza główna

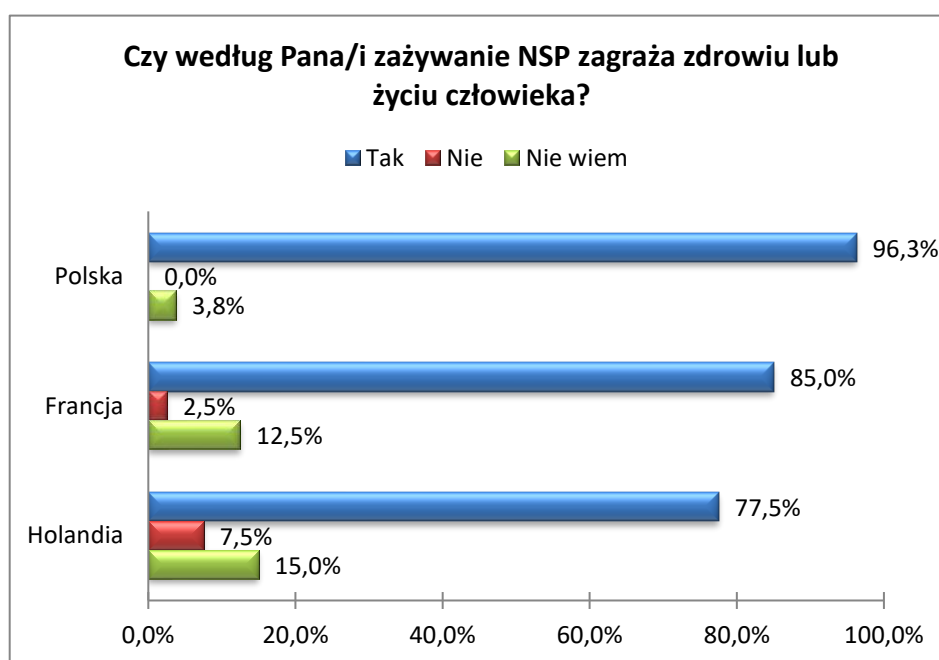
Respondenci w zdecydowanej większości uznali, że zażywanie NSP zagraża zdrowiu lub życiu człowieka, ale najniższy udział odpowiedzi „tak” dotyczy ankietowanych z Holandii (77,5%) w porównaniu do Polski (96,3%) i Francji (85%). Odpowiedź „nie” zaznaczyło 7,5% obywateli Holandii, 0% ankietowanych z Polski i 2,5% z Francji (tabela 4.38.).

Tabela 4.38.

Zażywanie NSP jako czynnik zagrażający zdrowiu lub życiu człowieka według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Czy według Pana/i zażywanie NSP zagraża zdrowiu lub życiu człowieka? – pytanie jednokrotnego wyboru	Tak	N	77	34	31	142
		%	96,3%	85,0%	77,5%	88,8%
	Nie	N	0	1	3	4
		%	0,0%	2,5%	7,5%	2,5%
	Nie wiem	N	3	5	6	14
		%	3,8%	12,5%	15,0%	8,8%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,192	11,855 ^a	4	0,018	0,016 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.38. Zażywanie NSP jako czynnik zagrażający zdrowiu lub życiu człowieka według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

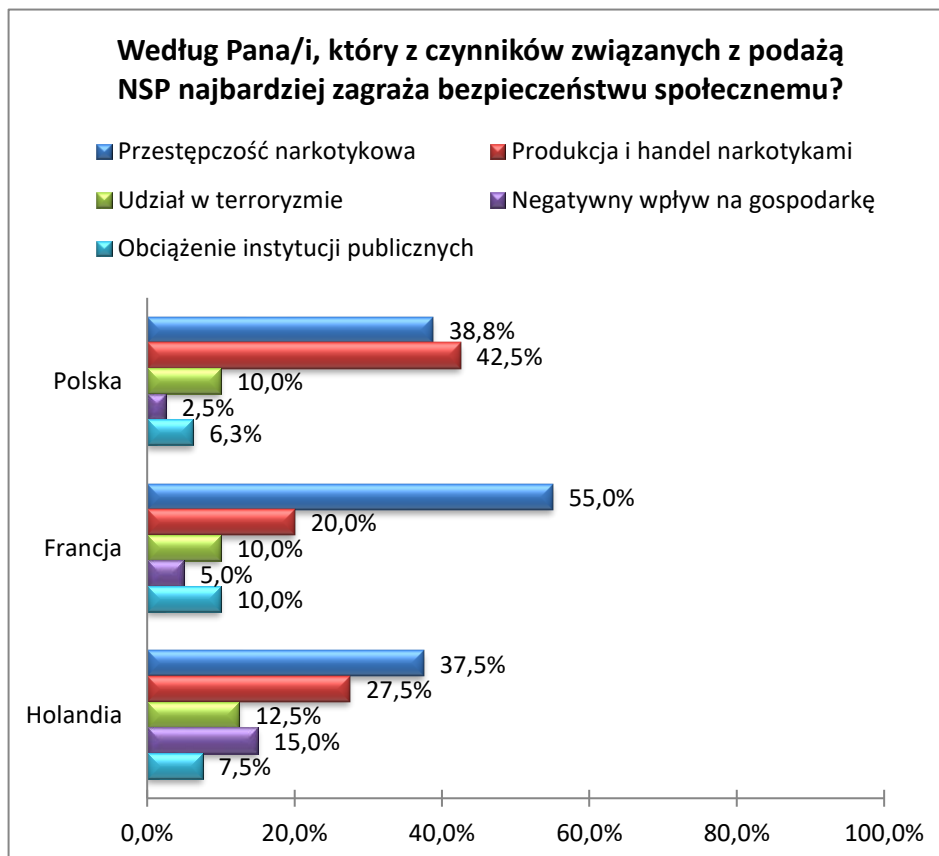
Najwięcej badanych (42,5%) zaznaczyła, że przestępczość narkotykowa to czynnik związany z podażą NSP, który najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu. Ankietowani najrzadziej wybierali odpowiedzi „negatywny wpływ na gospodarkę” (6,3%) oraz „obciążenie instytucji publicznych” (7,5%) (tabela 4.39.).

Tabela 4.39.

Czynniki związane z podażą NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem	
			Polska	Francja	Holandia		
Według Pana/i, który z czynników związanych z podażą NSP najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu? – pytanie jednokrotnego wyboru	Przestępczość narkotykowa	N	31	22	15	68	
		%	38,8%	55,0%	37,5%	42,5%	
	Produkcja i handel narkotykami	N	34	8	11	53	
		%	42,5%	20,0%	27,5%	33,1%	
	Udział w terroryzmie	N	8	4	5	17	
		%	10,0%	10,0%	12,5%	10,6%	
	Negatywny wpływ na gospodarkę	N	2	2	6	10	
		%	2,5%	5,0%	15,0%	6,3%	
	Obciążenie instytucji publicznych	N	5	4	3	12	
		%	6,3%	10,0%	7,5%	7,5%	
	Ogółem		N	80	40	40	160
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,209	14,032 ^a	8	0,081	0,078 ^b		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.39. Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

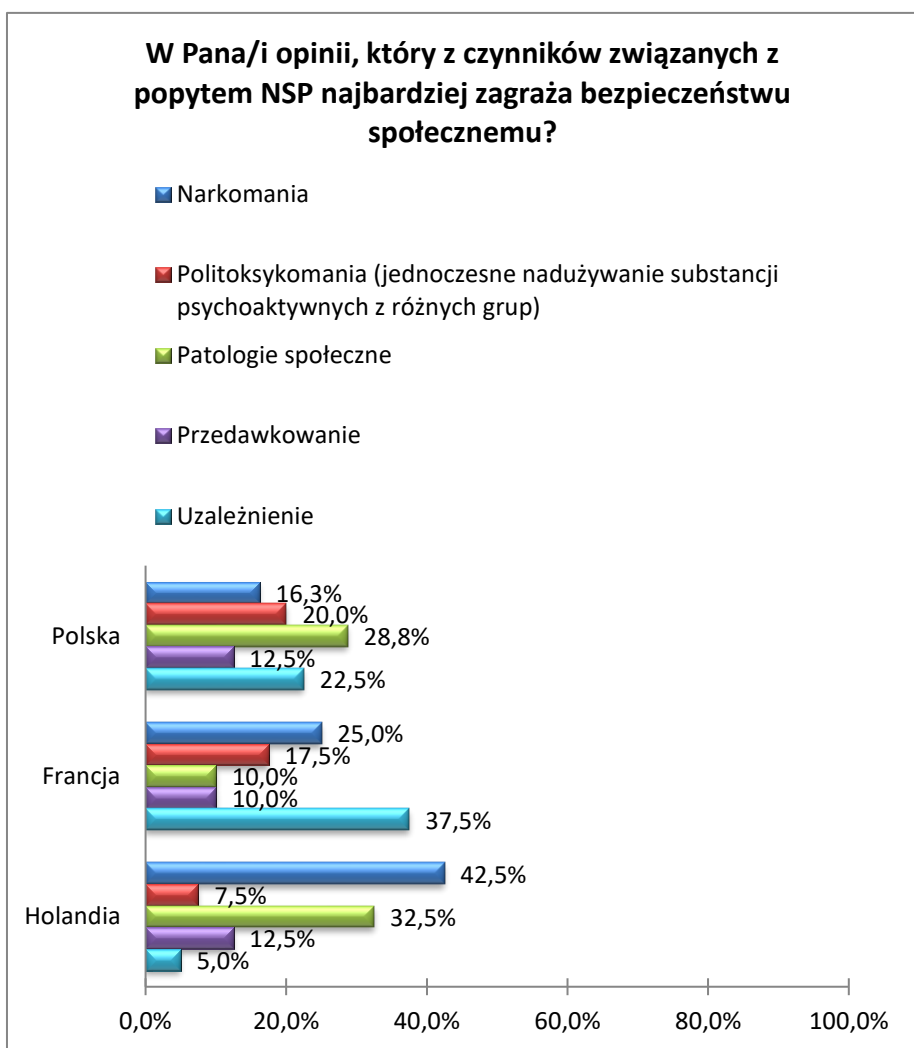
Badani z Holandii (42,5%) w porównaniu do ankietowanych z pozostałych krajów (Polska 16,3%, Francja 25%) znacznie częściej wybierali odpowiedź, że narkomania to czynnik związany z popytem na NSP, który najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu. Na patologie społeczne zdecydowanie częściej wskazywali badani z Polski (28,8%) i Holandii (32,5%), natomiast uzależnienie to odpowiedź najczęściej zaznaczana przez respondentów z Francji (37,5%) (tabela 4.40.).

Tabela 4.40.
Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
W Pana/i opinii, który z czynników związanych z popytem	Narkomania	N	13	10	17	40
		%	16,3%	25,0%	42,5%	25,0%
	Politoksykomania (jednoczesne nadużywanie)	N	16	7	3	26
		%	20,0%	17,5%	7,5%	16,3%

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
tem NSP najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu? – pytanie jednokrotnego wyboru	nie substancji psychoaktywnych z różnych grup)					
	Patologie społeczne	N	23	4	13	40
		%	28,8%	10,0%	32,5%	25,0%
	Przedawkowanie	N	10	4	5	19
		%	12,5%	10,0%	12,5%	11,9%
Uzależnienie	N	18	15	2	35	
	%	22,5%	37,5%	5,0%	21,9%	
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,278	24,759 ^a	8	0,002	0,002 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.40. Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

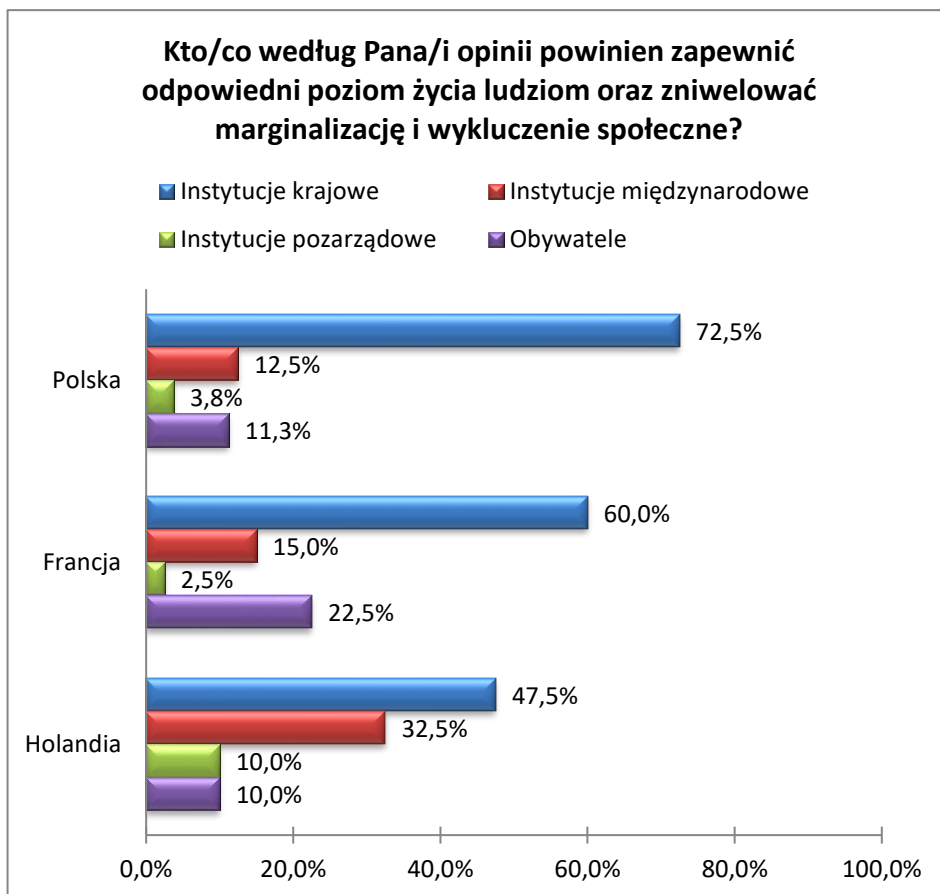
Hipotezy szczegółowe – hipoteza pierwsza

Badani z Polski (72,5%) i z Francji (60%) częściej od ankietowanych z Holandii (47,5%) zaznaczali, że instytucje krajowe powinny zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne. Holendrzy (32,5%) w dużej mierze wskazywali również na instytucje międzynarodowe, natomiast Francuzi (22,5%) na obywateli (tabela 4.41).

Tabela 4.41.
Zapewnianie odpowiedniego poziom życia ludziom oraz niwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem	
			Polska	Francja	Holandia		
Kto/co według Pana/i opinii powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne? – pytanie jednokrotnego wyboru	Instytucje krajowe	N	58	24	19	101	
		%	72,5%	60,0%	47,5%	63,1%	
	Instytucje międzynarodowe	N	10	6	13	29	
		%	12,5%	15,0%	32,5%	18,1%	
	Instytucje pozarządowe	N	3	1	4	8	
		%	3,8%	2,5%	10,0%	5,0%	
	Obywatele	N	9	9	4	22	
		%	11,3%	22,5%	10,0%	13,8%	
	Ogółem		N	80	40	40	160
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,214	14,645 ^a	6	0,023	0,022 ^b		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.41. Zapewnianie odpowiedniego poziom życia ludziom oraz niwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

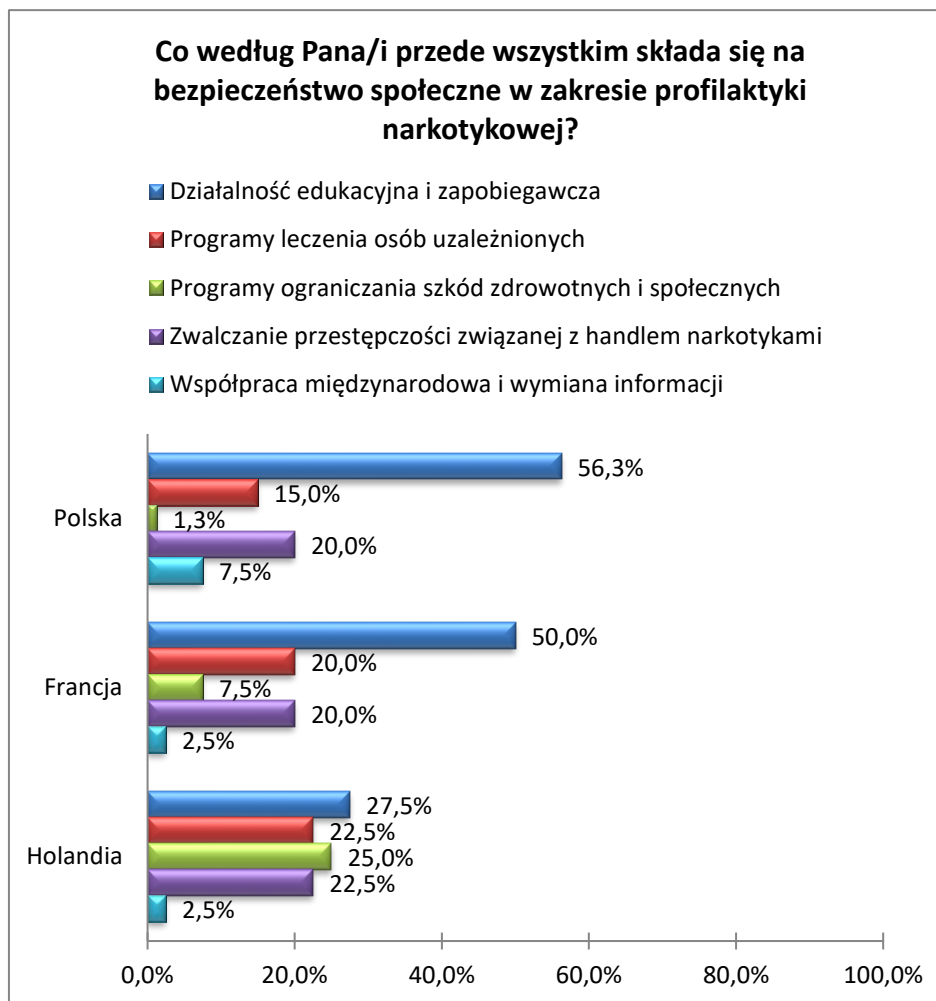
W kolejnym pytaniu ankietowani z **Polski (56,3%) i Francji (50%)** częściej od ankietowanych z **Holandii (27,5%)** wybierali odpowiedź, że na **bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej składa się przede wszystkim działalność edukacyjna i zapobiegawcza**. Bardziej zróżnicowane odpowiedzi dotyczą Holendrów (tabela 4.42).

Tabela 4.42.

Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem	
			Polska	Francja	Holandia		
Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej? – pytanie jednokrotnego wyboru	Działalność edukacyjna i zapobiegawcza	N	45	20	11	76	
		%	56,3%	50,0%	27,5%	47,5%	
	Programy leczenia osób uzależnionych	N	12	8	9	29	
		%	15,0%	20,0%	22,5%	18,1%	
	Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych	N	1	3	10	14	
		%	1,3%	7,5%	25,0%	8,8%	
	Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami	N	16	8	9	33	
		%	20,0%	20,0%	22,5%	20,6%	
	Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji	N	6	1	1	8	
		%	7,5%	2,5%	2,5%	5,0%	
	Ogółem		N	80	40	40	160
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,280	25,018 ^a	8	0,002	0,001 ^b		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.42. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Hipotezy szczegółowe – hipoteza druga

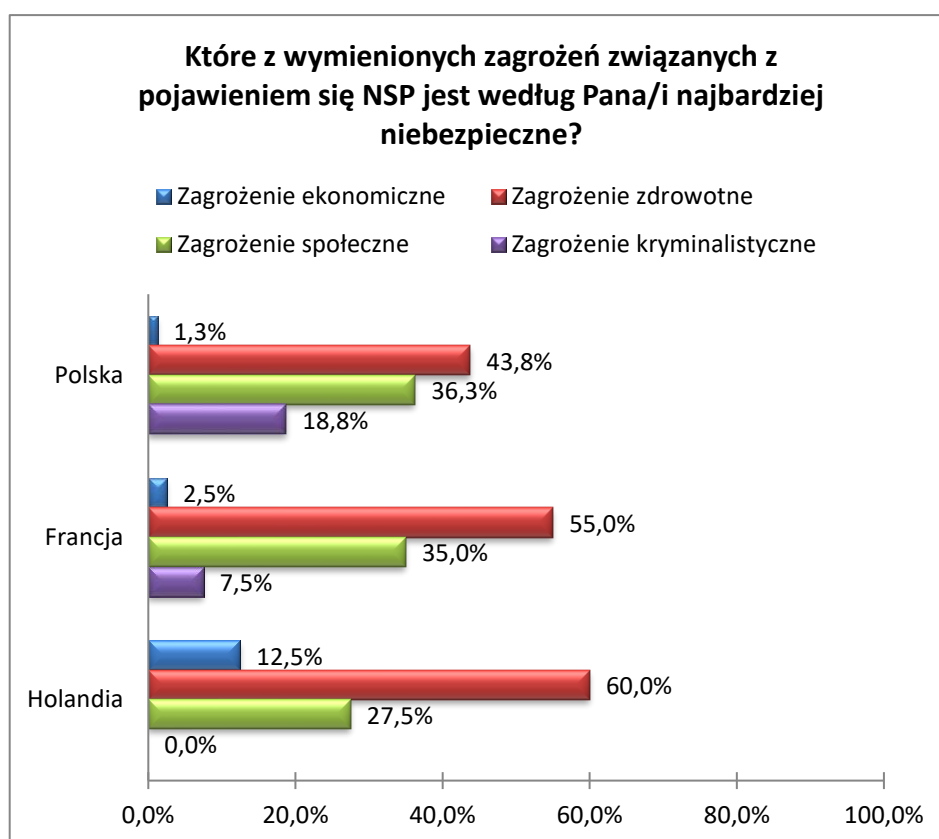
Ponad połowa wszystkich badanych twierdzi, że **zagrożenia zdrowotne (50,6%) są najbardziej niebezpieczne w związku z pojawieniem się NSP**, ale szczególnie widać to wśród opinii **Holendrów (60%)**. **Zagrożenia społeczne (36,3%) i kryminalistyczne (18,8%)** to odpowiedzi częściej pojawiające się po stronie **polskich ankietowanych** (tabela 4.43).

Tabela 4.43.
Zagrożenia związane z pojawieniem się NSP jako najbardziej niebezpieczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Które z wymienionych zagrożeń	Zagrożenie ekonomiczne	N	1	1	5	7
		%	1,3%	2,5%	12,5%	4,4%

			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
związanych z pojawieniem się NSP jest według Pana/i najbardziej niebezpieczne? – pytanie jednokrotnego wyboru	Zagrożenie zdrowotne	N	35	22	24	81
		%	43,8%	55,0%	60,0%	50,6%
	Zagrożenie społeczne	N	29	14	11	54
		%	36,3%	35,0%	27,5%	33,8%
	Zagrożenie kryminalistyczne	N	15	3	0	18
		%	18,8%	7,5%	0,0%	11,3%
Ogółem		N	80	40	40	160
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,246	19,365 ^a	6	0,004	0,003 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.43. Zagrożenia związane z pojawieniem się NSP jako najbardziej niebezpieczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii

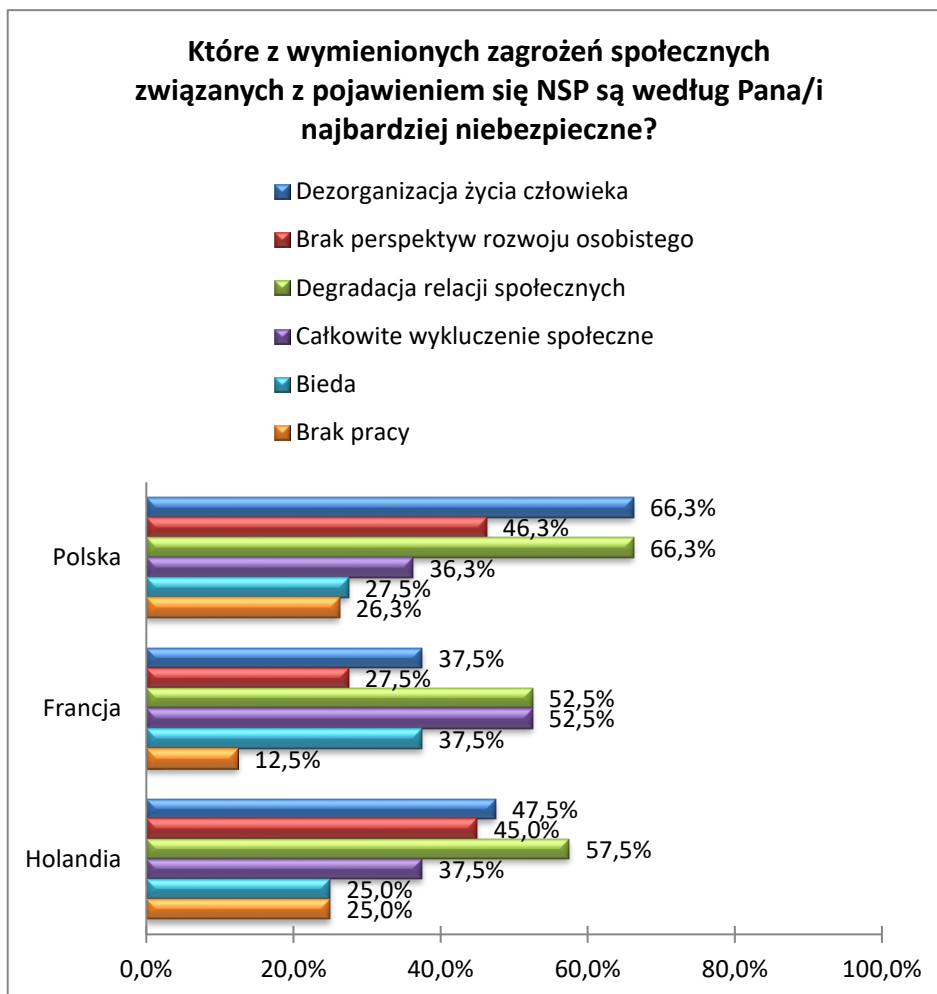
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Większość wszystkich badanych (60,6%) uznało, że degradacja relacji społecznych jest najbardziej niebezpiecznym zjawiskiem w związku z pojawieniem się NSP. Najbardziej wskazywaną odpowiedzią okazał się brak pracy (22,5%). W trakcie analizy statystycznej wykazano, że wyłącznie odpowiedź związana z dezorganizacją życia człowieka ze względu na kraj jest istotnie zróżnicowana statystycznie. Zaobserwować można, że częściej powyższej odpowiedzi udzielili badani z Polski (66,3%) aniżeli z Francji (37,5%) czy Holandii (47,5%) (tabela 4.44.).

Tabela 4.44.
Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne? – pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Dezorganizacja życia człowieka	Tak	N	53	15	19	87
		%	66,3%	37,5%	47,5%	54,4%
V Kramera	0,249	9,901 ^a	2	0,007	0,007 ^b	
Brak perspektyw rozwoju osobistego	Tak	N	37	11	18	66
		%	46,3%	27,5%	45,0%	41,3%
V Kramera	0,162	4,178 ^a	2	0,124	0,152 ^b	
Degradacja relacji społecznych	Tak	N	53	21	23	97
		%	66,3%	52,5%	57,5%	60,6%
V Kramera	0,121	2,330 ^a	2	0,312	0,316 ^b	
Całkowite wykluczenie społeczne	Tak	N	29	21	15	65
		%	36,3%	52,5%	37,5%	40,6%
V Kramera	0,140	3,135 ^a	2	0,209	0,234 ^b	
Bieda	Tak	N	22	15	10	47
		%	27,5%	37,5%	25,0%	29,4%
V Kramera	0,105	1,777 ^a	2	0,411	0,404 ^b	
Brak pracy	Tak	N	21	5	10	36
		%	26,3%	12,5%	25,0%	22,5%
V Kramera	0,139	3,082 ^a	2	0,214	0,255 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.44. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Hipotezy szczegółowe – hipoteza trzecia

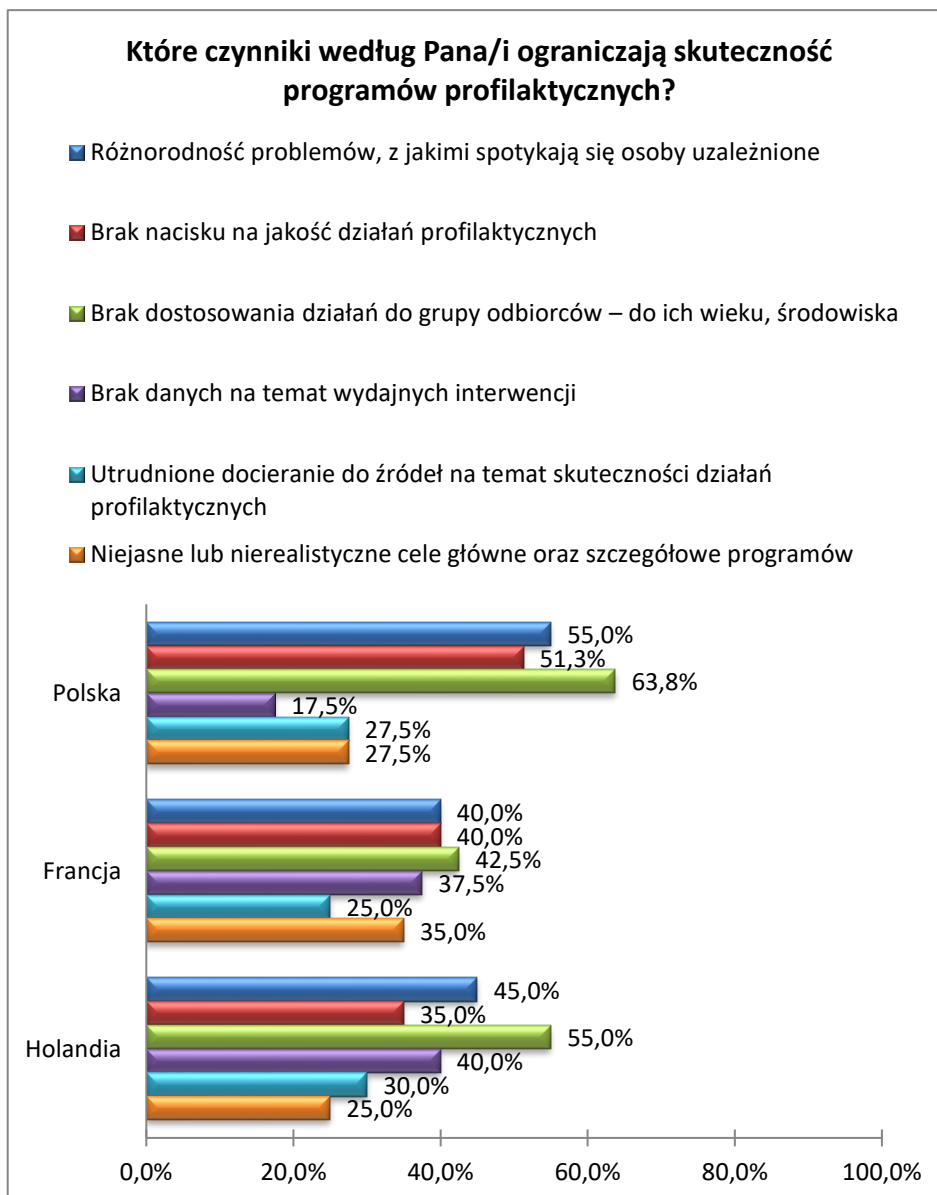
Ponad połowa wszystkich ankietowanych (56,3%) jest zdania, że **brak dostosowania działań do grupy odbiorców – do ich wieku, środowisk – to czynnik ograniczający skuteczność programów profilaktycznych**. Drugą co do częstotliwości odpowiedzi okazała się **różnorodność problemów, z jakimi spotykają się osoby uzależnione (48,8%)**. Zależność istotna statystycznie dotyczy jednego wskaźnika, który brzmi: **brak danych na temat wydajnych interwencji – tej odpowiedzi częściej udzielali Holendrzy (40%) i Francuzi (37,5%) aniżeli Polacy (17,5%)** (tabela 4.45.).

Tabela 4.45.

**Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych
według respondentów z Polski, Francji i Holandii**

Które czynniki według Pana/i ograniczają skuteczność programów profilaktycznych? – pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Różnorodność problemów, z jakimi spotykają się osoby uzależnione	Tak	N	44	16	18	78
		%	55,0%	40,0%	45,0%	48,8%
V Kramera	0,130	2,702 ^a	2	0,259	0,298 ^b	
Brak nacisku na jakość działań profilaktycznych	Tak	N	41	16	14	71
		%	51,3%	40,0%	35,0%	44,4%
V Kramera	0,143	3,266 ^a	2	0,195	0,210 ^b	
Brak dostosowania działań do grupy odbiorców – do ich wieku, środowiska	Tak	N	51	17	22	90
		%	63,8%	42,5%	55,0%	56,3%
V Kramera	0,175	4,927 ^a	2	0,085	0,093 ^b	
Brak danych na temat wydajnych interwencji	Tak	N	14	15	16	45
		%	17,5%	37,5%	40,0%	28,1%
V Kramera	0,237	8,997 ^a	2	0,011	0,012^b	
Utrudnione docieranie do źródeł na temat skuteczności działań profilaktycznych	Tak	N	22	10	12	44
		%	27,5%	25,0%	30,0%	27,5%
V Kramera	0,040	0,251 ^a	2	0,882	0,866 ^b	
Niejasne lub nierealistyczne cele główne oraz szczegółowe programów	Tak	N	22	14	10	46
		%	27,5%	35,0%	25,0%	28,8%
V Kramera	0,083	1,098 ^a	2	0,577	0,614 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.45. Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Ankietowani z Polski (61,3%) i z Francji (62,5%) częściej od badanych z Holandii (37,5%) zaznaczyli, że łączenie ze sobą wielu usług (medycznych, terapeutycznych,

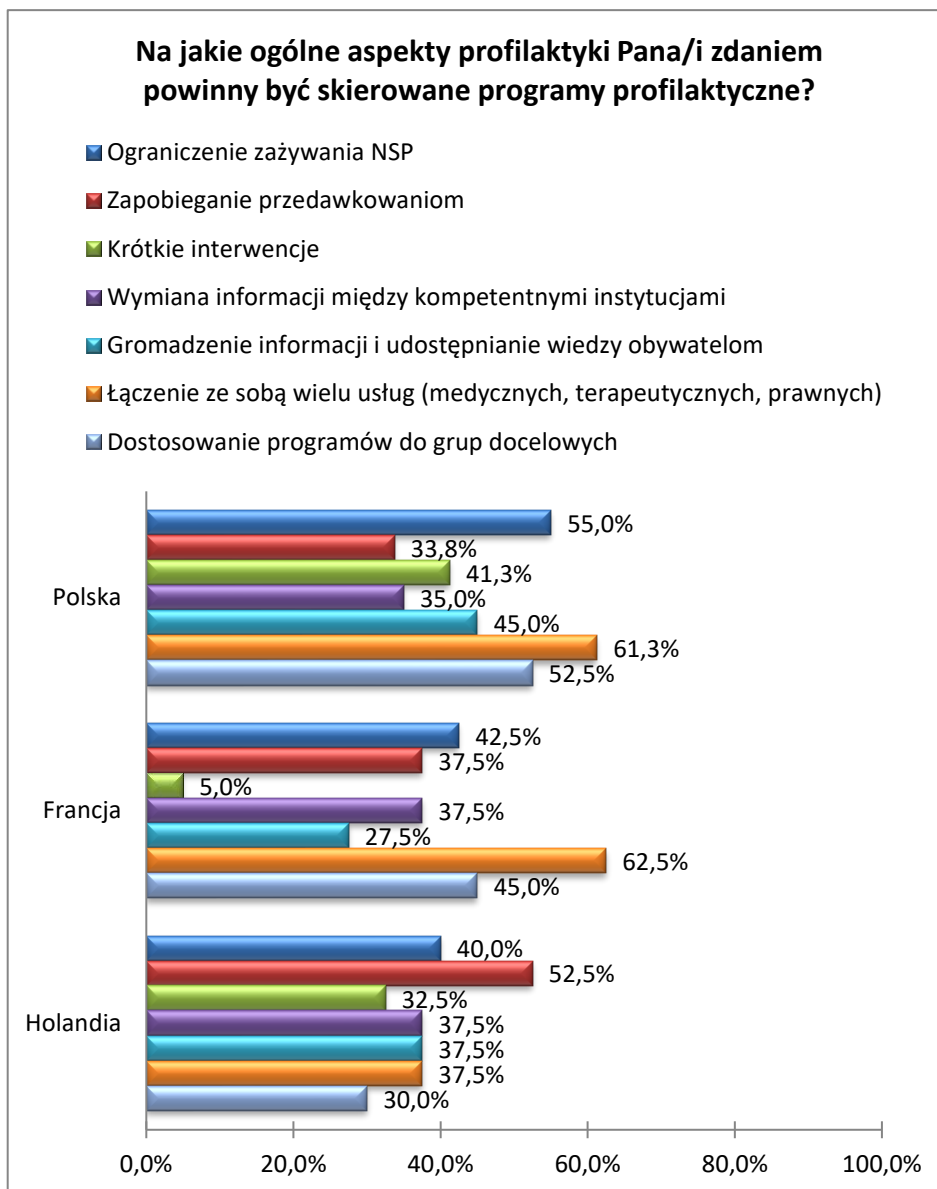
prawnych) to ogólny aspekt, na jaki powinny być skierowane programy profilaktyczne. Dodatkowo Polacy (41,3%) oraz Holendrzy (32,5%) w większym stopniu od Francuzów (5%) wskazali krótkie interwencje. Wyłącznie udział tych dwóch odpowiedzi okazał się zróżnicowany istotnie statystycznie ze względu na badany kraj (tabela 4.46.).

Tabela 4.46.

Kierunek programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Na jakie ogólne aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne? - pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Ograniczenie zażywania NSP	Tak	N	44	17	16	77
		%	55,0%	42,5%	40,0%	48,1%
V Kramera	0,139	3,079 ^a	2	0,214	0,229 ^b	
Zapobieganie przedawkowaniom	Tak	N	27	15	21	63
		%	33,8%	37,5%	52,5%	39,4%
V Kramera	0,158	4,006 ^a	2	0,135	0,149 ^b	
Krótkie interwencje	Tak	N	33	2	13	48
		%	41,3%	5,0%	32,5%	30,0%
V Kramera	0,324	16,845 ^a	2	0,000	0,001 ^b	
Wymiana informacji między kompetentnymi instytucjami	Tak	N	28	15	15	58
		%	35,0%	37,5%	37,5%	36,3%
V Kramera	0,026	0,108 ^a	2	0,947	0,954 ^b	
Gromadzenie informacji i udostępnianie wiedzy obywatelom	Tak	N	36	11	15	62
		%	45,0%	27,5%	37,5%	38,8%
V Kramera	0,147	3,476 ^a	2	0,176	0,192 ^b	
Łączenie ze sobą wielu usług (medycznych, terapeutycznych, prawnych)	Tak	N	49	25	15	89
		%	61,3%	62,5%	37,5%	55,6%
V Kramera	0,211	7,115 ^a	2	0,029	0,032 ^b	
Dostosowanie programów do grup docelowych	Tak	N	42	18	12	72
		%	52,5%	45,0%	30,0%	45,0%
V Kramera	0,185	5,455 ^a	2	0,065	0,064 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.46. Kierunek programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Badani porównywalnie wybierali pięć wymienionych w ankiecie szczegółowych aspektów profilaktyki, na jakie powinny być skierowane programy profilaktyczne. Nie wykazano również istotnego statystycznie zróżnicowania udzielanych odpowiedzi ze względu na badany kraj.

Ankietowani zamieszkujący Polskę i Holandię częściej od respondentów z Francji zaznaczali, że programy profilaktyczne dotyczące walki z narkomanią skutecznymi byłyby takie działania jak:

- zdolność do wczesnego ostrzegania w zakresie identyfikowania, oceny i komunikowania ryzyka związanego z NSP (Polska 57,5%; Holandia 50%),
- zachęcanie krajowych organów do opracowania nowych wytycznych praktycznych dotyczących NSP (Polska 35%; Holandia 37,5%),
- rozwijanie edukacji, w tym redukcji szkód charakterystycznej dla NSP dla grup docelowych i osób, które już używają narkotyków (Polska 57,5%; Holandia 47,5%),
- opracowanie oceny rozwoju reakcji na NSP w celu przygotowania skutecznych interwencji (Polska 17,5%; Holandia 27,5%),
- dostosowanie strategii do potrzeb konkretnych grup docelowych (Polska 33,8%, Holandia 42,5%).

Z kolei badani z Francji (47,5%) w porównaniu do Polaków (23,8%) i Holendrów (30%) w większym stopniu wskazywali wprowadzenie programów reintegracji społecznej. Ponadto Polacy (52,5%) częściej od Francuzów (30%) oraz Holendrów (15%) uznali, że zwiększenie ilości akcji informacyjnych skierowanych do grup ryzyka i ich rodzin byłoby skutecznym działaniem (tabela 4.47.).

Tabela 4.47.
Uskutecznianie programów profilaktycznych w walce z narkomanią według respondentów z Polski, Francji i Holandii

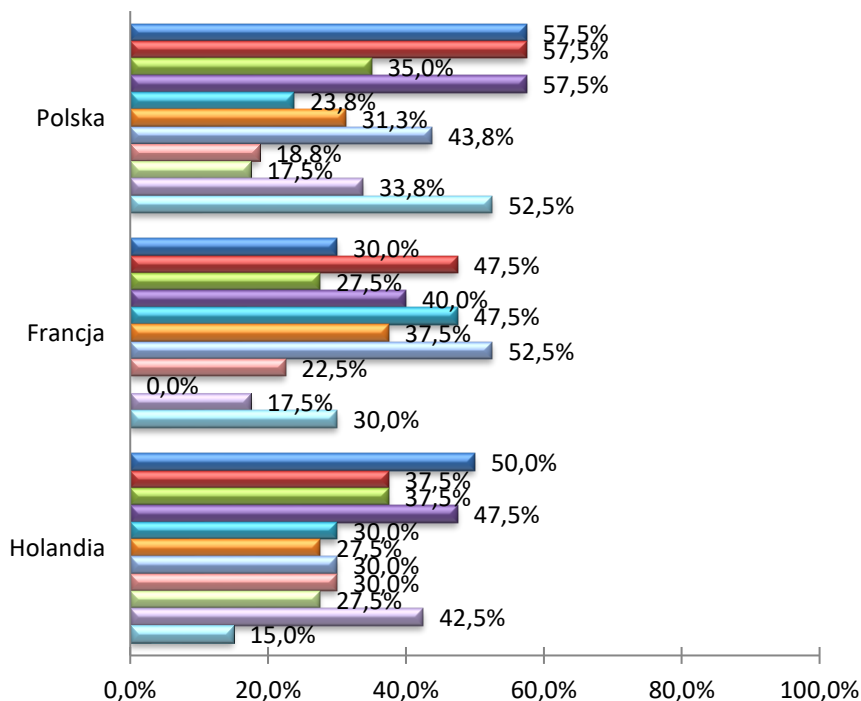
Według Pana/i, które z działań skuteczny byłyby programy profilaktyczne dotyczące walki z narkomanią? - pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Zdolność do wczesnego ostrzegania w zakresie identyfikowania, oceny i komunikowania ryzyka związanego z NSP	Tak	N	46	12	20	78
		%	57,5%	30,0%	50,0%	48,8%
V Kramera	0,225	8,105 ^a	2	0,017	0,020 ^b	
Rozwijanie wsparcia i szkolenia, aby umożliwić specjalistom w istniejących usługach rozpoznanie zagrożenia	Tak	N	46	19	15	80
		%	57,5%	47,5%	37,5%	50,0%
V Kramera	0,166	4,400 ^a	2	0,111	0,119 ^b	

Według Pana/i, które z działań skuteczniłyby programy profilaktyczne dotyczące walki z narkomanią? - pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Zachęcanie krajowych organów ds. zdrowia do opracowania nowych wytycznych praktycznych dotyczących NSP	Tak	N	28	11	15	54
		%	35,0%	27,5%	37,5%	33,8%
V Kramera	0,079	1,006 ^a	2	0,605	0,639 ^b	
Rozwijanie edukacji, w tym redukcji szkód charakterystycznej dla NSP dla grup docelowych i osób, które już używają narkotyków	Tak	N	46	16	19	81
		%	57,5%	40,0%	47,5%	50,6%
V Kramera	0,147	3,476 ^a	2	0,176	0,175 ^b	
Wprowadzenie programów reintegracji społecznej	Tak	N	19	19	12	50
		%	23,8%	47,5%	30,0%	31,3%
V Kramera	0,210	7,040 ^a	2	0,030	0,028^b	
Finansowanie badań analitycznych i toksykologicznych	Tak	N	25	15	11	51
		%	31,3%	37,5%	27,5%	31,9%
V Kramera	0,077	0,950 ^a	2	0,622	0,644 ^b	
Rozwijanie szkolnych działań profilaktycznych związanych z NSP dla których istnieją dowody skuteczności	Tak	N	35	21	12	68
		%	43,8%	52,5%	30,0%	42,5%
V Kramera	0,163	4,246 ^a	2	0,120	0,124 ^b	
Opracowanie podejść wielodyscyplinarnych i łączenie różnych usług	Tak	N	15	9	12	36
		%	18,8%	22,5%	30,0%	22,5%
V Kramera	0,110	1,935 ^a	2	0,380	0,426 ^b	
Opracowanie oceny rozwoju reakcji na NSP w celu przygotowania skutecznych interwencji	Tak	N	14	0	11	25
		%	17,5%	0,0%	27,5%	15,6%
V Kramera	0,273	11,899 ^a	2	0,003	0,003^b	
Dostosowanie strategii do potrzeb konkretnych grup docelowych	Tak	N	27	7	17	51
		%	33,8%	17,5%	42,5%	31,9%
V Kramera	0,194	6,015 ^a	2	0,049	0,05^b	
Zwiększenie ilości akcji informacyjnych skierowanych do grup ryzyka i ich rodzin	Tak	N	42	12	6	60
		%	52,5%	30,0%	15,0%	37,5%
V Kramera	0,329	17,280 ^a	2	0,000	0,000^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Według Pana/i, które z działań skuteczniłyby programy profilaktyczne dotyczące walki z narkomanią?

- Zdolność do wczesnego ostrzeżenia w zakresie identyfikowania, oceny i komunikowania ryzyka związanego z NSP
- Rozwijanie wsparcia i szkolenia, aby umożliwić specjalistom w istniejących usługach rozpoznanie zagrożenia
- Zachęcanie krajowych organów ds. zdrowia do opracowania nowych wytycznych praktycznych dotyczących NSP
- Rozwijanie edukacji, w tym redukcji szkód charakterystycznej dla NSP dla grup docelowych i osób, które już używają narkotyków
- Wprowadzenie programów reintegracji społecznej
- Finansowanie badań analitycznych i toksykologicznych
- Rozwijanie szkolnych działań profilaktycznych związanych z NSP dla których istnieją dowody skuteczności
- Opracowanie podejść wielodyscyplinarnych i łączenie różnych usług
- Opracowanie oceny rozwoju reakcji na NSP w celu przygotowania skutecznych interwencji
- Dostosowanie strategii do potrzeb konkretnych grup docelowych
- Zwiększenie ilości akcji informacyjnych skierowanych do grup ryzyka i ich rodzin



Rys. 4.47. Uskutecznianie programów profilaktycznych w walce z narkomanią według respondentów z Polski, Francji i Holandii

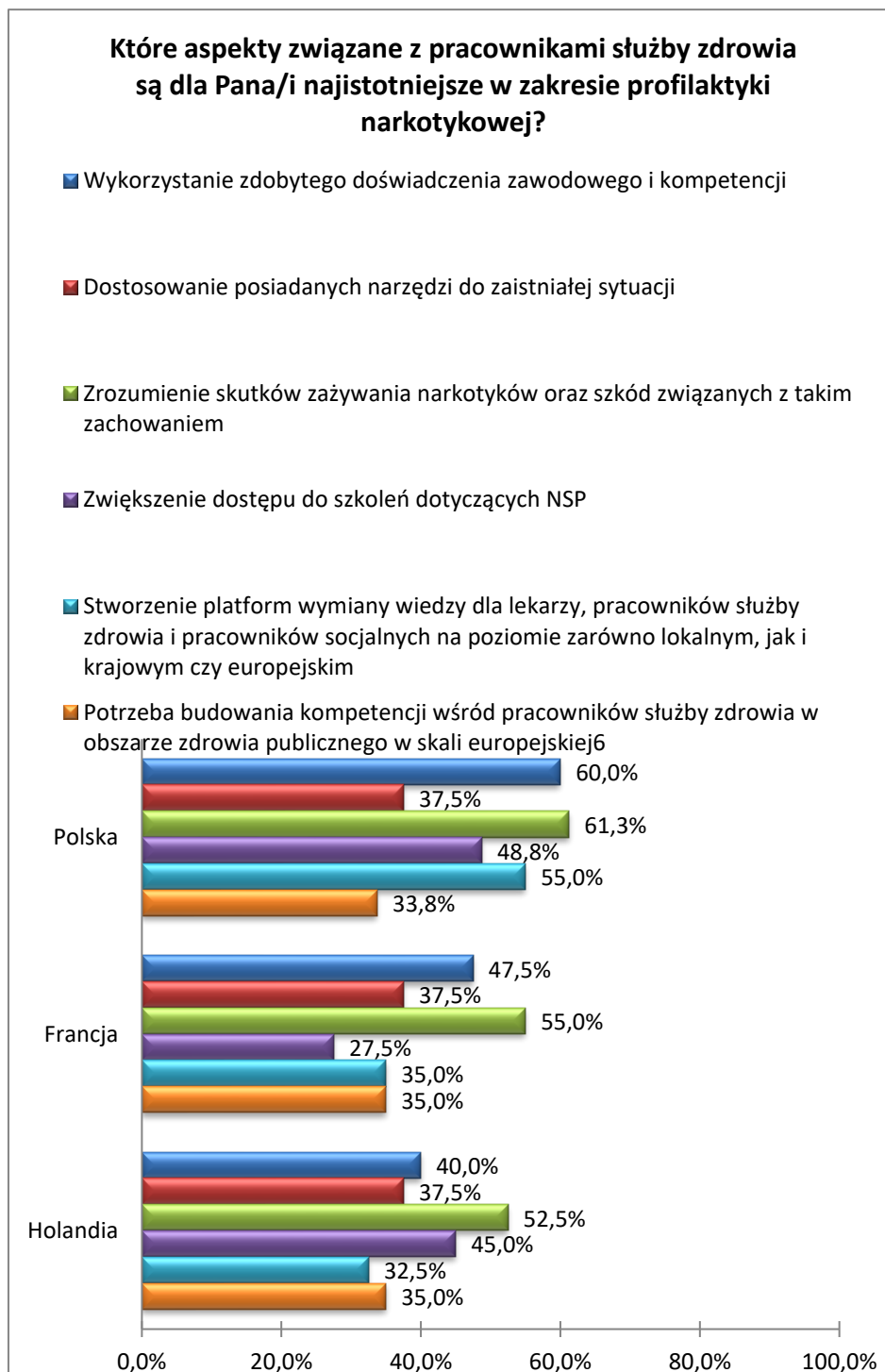
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Ponad połowa wszystkich badanych (**57,5%**) twierdzi, że **zrozumienie skutków zażywania narkotyków oraz szkód związanych z takim zachowaniem**, jak również **wykorzystanie zdobytego doświadczenia zawodowego i kompetencji (51,9%)** to aspekty związane z pracownikami służby zdrowia, które są **najistotniejsze w zakresie profilaktyki narkotykowej**. Zależność istotna statystycznie została wykazana przy odpowiedzi „**stworzenie platform wymiany wiedzy dla lekarzy, pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych na poziomie zarówno lokalnym, jak i krajowym czy europejskim**”, którą w większym stopniu wybrali Polacy (**55%**) aniżeli Francuzi (**35%**) czy Holendrzy (**32,5%**) (tabela 4.48.).

Tabela 4.48.
Najistotniejsze aspekty związane z pracownikami służby zdrowia w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Które aspekty związane z pracownikami służby zdrowia są dla Pana/i najistotniejsze w zakresie profilaktyki narkotykowej? - pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Wykorzystanie zdobytego doświadczenia zawodowego i kompetencji	Tak	N	48	19	16	83
		%	60,0%	47,5%	40,0%	51,9%
V Kramera	0,171	4,682 ^a	2	0,096	0,101 ^b	
Dostosowanie posiadanych narzędzi do zaistniałej sytuacji	Tak	N	30	15	15	60
		%	37,5%	37,5%	37,5%	37,5%
V Kramera	0,000	0,000 ^a	2	1,000	1,000 ^b	
Zrozumienie skutków zażywania narkotyków oraz szkód związanych z takim zachowaniem	Tak	N	49	22	21	92
		%	61,3%	55,0%	52,5%	57,5%
V Kramera	0,078	0,972 ^a	2	0,615	0,647 ^b	
Zwiększenie dostępu do szkoleń dotyczących NSP	Tak	N	39	11	18	68
		%	48,8%	27,5%	45,0%	42,5%
V Kramera	0,178	5,064 ^a	2	0,080	0,092 ^b	
Stworzenie platform wymiany wiedzy dla lekarzy, pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych na poziomie zarówno lokalnym, jak i krajowym czy europejskim	Tak	N	44	14	13	71
		%	55,0%	35,0%	32,5%	44,4%
V Kramera	0,215	7,368 ^a	2	0,025	0,027^b	
Potrzeba budowania kompetencji wśród pracowników służby zdrowia w obszarze zdrowia publicznego w skali europejskiej ⁶	Tak	N	27	14	14	55
		%	33,8%	35,0%	35,0%	34,4%
V Kramera	0,013	0,028 ^a	2	0,986	1,000 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.48. Najistotniejsze aspekty związane z pracownikami służby zdrowia w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

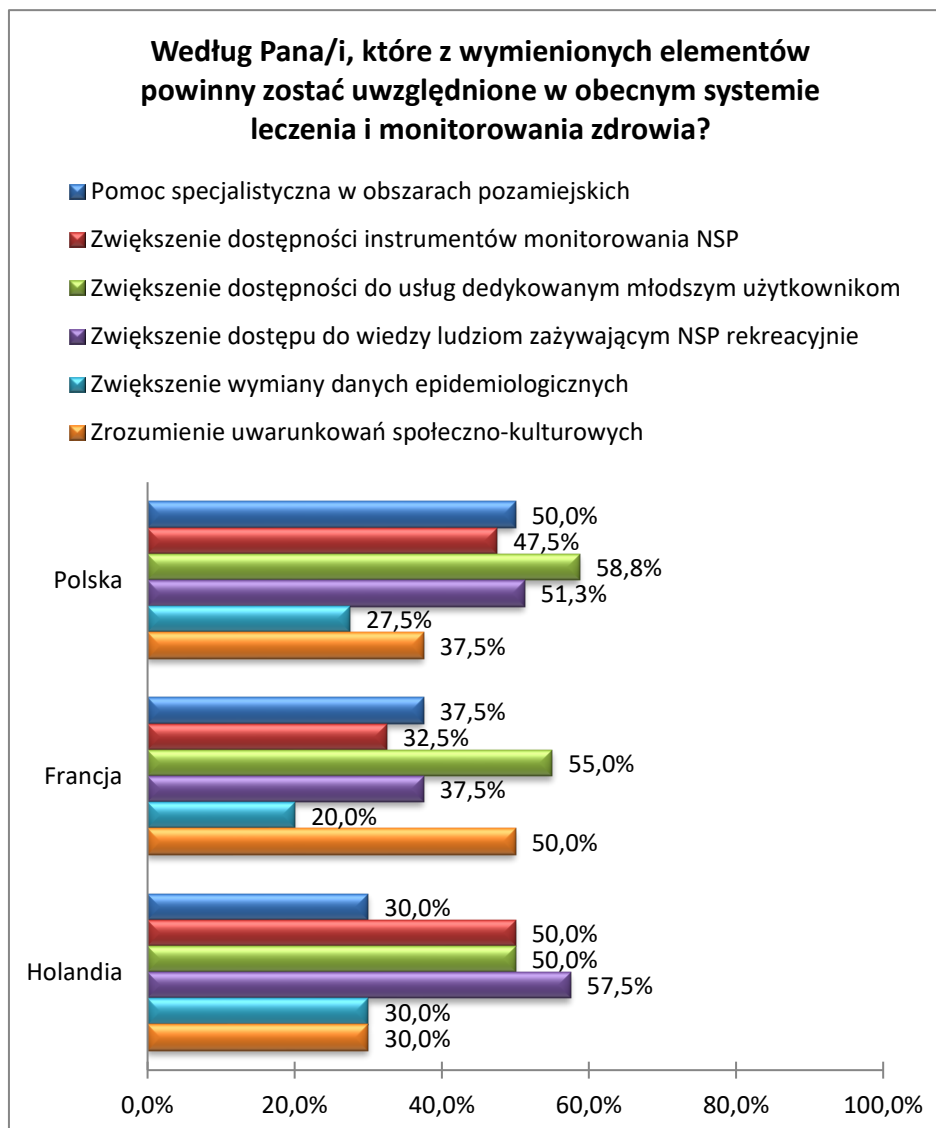
Większość ankietowanych (55,6%) uznało, że zwiększenie dostępności do usług dedykowanych młodszym użytkownikom to element, który powinien zostać uwzględniony w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia. W najmniejszym stopniu (26,3%) została wybrana odpowiedź „zwiększenie wymiany danych epidemiologicznych” (tabela 4.49.).

Tabela 4.49.

Elementy, które powinny być uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Według Pana/i, które z wymienionych elementów powinny zostać uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia? - pytanie wielokrotnego wyboru			Kraj			Ogółem
			Polska	Francja	Holandia	
Pomoc specjalistyczna w obszarach pozamiejscowych	Tak	N	40	15	12	67
		%	50,0%	37,5%	30,0%	41,9%
V Kramera	0,173	4,802 ^a	2	0,091	0,097 ^b	
Zwiększenie dostępności instrumentów monitorowania NSP	Tak	N	38	13	20	71
		%	47,5%	32,5%	50,0%	44,4%
V Kramera	0,140	3,114 ^a	2	0,211	0,226 ^b	
Zwiększenie dostępności do usług dedykowanym młodszym użytkownikom	Tak	N	47	22	20	89
		%	58,8%	55,0%	50,0%	55,6%
V Kramera	0,072	0,836 ^a	2	0,659	0,681 ^b	
Zwiększenie dostępu do wiedzy ludziom zażywającym NSP rekreacyjnie	Tak	N	41	15	23	79
		%	51,3%	37,5%	57,5%	49,4%
V Kramera	0,146	3,426 ^a	2	0,180	0,186 ^b	
Zwiększenie wymiany danych epidemiologicznych	Tak	N	22	8	12	42
		%	27,5%	20,0%	30,0%	26,3%
V Kramera	0,085	1,162 ^a	2	0,559	0,600 ^b	
Zrozumienie uwarunkowań społeczno-kulturowych	Tak	N	30	20	12	62
		%	37,5%	50,0%	30,0%	38,8%
V Kramera	0,147	3,476 ^a	2	0,176	0,192 ^b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.



Rys. 4.49. Elementy, które powinny być uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

4.3. Propozycja programu profilaktycznego

Rynek nowych substancji psychoaktywnych jest złożony, a opracowanie skutecznych reakcji interwencyjnych w dziedzinie zdrowia publicznego jest ogromnym wyzwaniem. Znaczna liczba NSP wykrywanych każdego roku przez unijny system wczesnego ostrzegania może sugerować konieczność ciągłego rozwoju usług dla użytkowników. Dlatego konieczne jest regularne aktualizowanie wiedzy oraz umiejętności dotyczących potrzeb osób zażywających te syntetyczne substancje.

Dowody w postaci badań naukowych, opinie ekspertów, wytyczne oraz badania przeprowadzone przez autorkę niniejszej dysertacji sugerują, że można opracować oraz zapewnić kompleksową reakcję zdrowotną w odpowiedzi na szkody związane z używaniem NSP. Potrzebne wydaje się natomiast nowe podejście do problemu – problematyczne zażywanie nowych substancji niekoniecznie powinno być utożsamiane z tym dotyczącym tradycyjnych narkotyków. Należy raczej skupić się na aspektach takich jak intensywność zażywania oraz istnienie ryzyka występowania pojedynczych zdarzeń niepożądanych jako utrwalonego i utrzymującego się problemu.

Działania w zakresie ochrony konsumentów, takie jak badanie nowych substancji psychoaktywnych i interwencje mające na celu redukcję szkód ich zażywania, stwarzają możliwości ograniczenia oraz zapobiegania takim szkodliwym zdarzeniom w przypadku użytkowników rekreacyjnych lub okazjonalnych. Z drugiej strony długotrwałe, problematyczne zażywanie wymaga odpowiedniej oceny klinicznej i opieki tak jak w przypadku każdego innego problematycznego zażywania narkotyków czy uzależnienia.

Zaniedbywanie grup ryzyka oraz ignorowanie barier strukturalnych i systemowych w kontekście szybko zmieniających się rynków nowych substancji psychoaktywnych niesie ze sobą niemożliwe do przewidzenia krótko- i długoterminowe konsekwencje na poziomie społecznym, a także zdrowotnym, jak zaobserwowano w przypadku NSP w Europie¹. Dlatego konieczne jest rozpoznanie wyzwań oraz zastosowanie odpowiednich strategii, aby móc je zminimalizować.

Ważne jest także, aby pamiętać, że wciąż często brakuje jednoznacznych dowodów na skuteczność istniejących reakcji w zakresie zapobiegania, leczenia czy ograniczania szkód związanych z zażywaniem narkotyków. Dlatego dostosowanie ich do reakcji na NSP musi przebiegać ostrożnie i w solidnych ramach oceny. Należy zachęcać do innowacji, monitorować oraz oceniać, a podejścia, które już okazały się nieskuteczne lub nieprzydatne, eliminować. W związku z powyższym ważne jest, aby zwrócić uwagę na następujące wnioski:

- brak doświadczenia osób pracujących z NSP i brak wiedzy na temat ich farmakologii nie oznacza, że personel nie ma umiejętności wspierania użytkowników tych substancji;

¹ A. Pirona, A. Bo, D. Hedrich i in., *New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe*, "International Journal of Drug Policy", 40 (2017), s. 84-92.

- podczas gdy nowe specjalizacje są potrzebne w niektórych rodzajach reakcji (np. detoksykacja GHB, wspieranie uczestników chemseksualnych), reakcje odnośnie do NSP powinny opierać się na istniejących wytycznych i podejściach opartych na dowodach;
- tam, gdzie wymagana jest adaptacja, powinna ona opierać się na reagowaniu na konkretne potrzeby populacji docelowej lub pojawieniu się nowych rodzajów zachowań;
- przydatne może być podejście wielodyscyplinarne, które odpowiada potrzebom zdrowotnym w ramach szerszego podejścia;
- łączenie pracy w ramach różnych usług jest uważane za ważne, ale często jest to bardzo trudne do zrealizowania;
- sieć osób związanych z NSP jest ważna, ale istnieją ograniczenia w zakresie możliwości przenoszenia i uogólnienia podejść ponad granicami, przy różnych ograniczeniach politycznych oraz w odniesieniu do różnych zachowań użytkowników;
- kompetencje kulturowe i zrozumienie, w jaki sposób tego typu czynniki wpływają na wzorce zażywania narkotyków i związane z nimi problemy, prawdopodobnie poprawią jakość usług;
- usługi muszą być dostępne i przyjazne, dlatego personel może wymagać szkolenia w celu rozwinięcia niezbędnych kompetencji kulturowych do pracy z różnymi grupami użytkowników NSP¹.

Wyzwania profilaktyki zażywania nowych substancji psychoaktywnych

Przykłady problemów napotkanych w procesie podejmowania decyzji dotyczących profilaktyki uzależnień od narkotyków

Podczas planowania działań w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków pojawia się ryzyko podejmowania decyzji pod wpływem subiektywnych przekonań – rzeczywistość pokazuje, że faktycznie wybór bardzo często nie opiera się na jakości, skuteczności czy wydajności poszczególnych interwencji. Takie sytuacje mogą generować szereg problemów (tabela 4.50.).

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health responses to new psychoactive substances*, Luxembourg 2016, s. 20-22.

Tabela 4.50.**Przykłady problemów napotkanych w procesie podejmowania decyzji dotyczących profilaktyki uzależnień od narkotyków**

PROBLEMY	WYJAŚNIENIE
Falszywe przekonania i nierealistyczne oczekiwania	Nie ma zgody co do tego, co można uznać za „skuteczną” profilaktykę. Jest to w zasadzie niemożliwe, ze względu na różnorodność problemów, z jakimi spotykają się osoby uzależnione od narkotyków lub narażone na ryzyko uzależnienia. Z drugiej strony laicy, a nawet niektórzy profesjonalści uważają, że każda interwencja profilaktyczna jest lepsza niż żadna – w rezultacie brak jest nacisku na jakość działań. Jeszcze inne osoby twierdzą natomiast, że profilaktyka nie wymaga specjalistycznej wiedzy, gdyż wystarczy, aby działania w tym zakresie opierały się na zdrowym rozsądku, bez odwoływania się do treści naukowych.
Interwencje nie docierają w należyty sposób do grupy docelowej	Najczęściej sponsorzy zlecają interwencje prostsze i realizowane na mniejszą skalę. Często pojawiają się dane dotyczące nieskutecznych działań profilaktycznych, takich jak np. udzielanie uczniom suchych informacji na temat narkotyków oraz negatywnych skutków ich zażywania. Chodzi o to, że tego typu działania nie są odpowiednio dostosowane do grupy odbiorców – do ich wieku, środowiska, etc.
Decydenci nie są świadomi istotnych doniesień naukowych	Brak danych na temat wydajnych interwencji ma wpływ na fakt, że zalecane są programy mało skuteczne (lub dyktowane ograniczeniami finansowymi), które nie mają potencjału do osiągnięcia zamierzonych celów.
Utrudnione docieranie do źródeł na temat skuteczności działań	Docieranie do źródeł na temat skuteczności działań jest trudne, ale nie niemożliwe. To problem, który da się bardzo łatwo rozwiązać poprzez tworzenie dokładniejszych raportów i szerokie ich rozpowszechnianie.
Niska jakość programów profilaktycznych	Autorzy i realizatorzy programów swoje decyzje opierają najczęściej na przecuciach, doniesieniach anegdotycznych lub medialnych na temat potrzeb danej grupy docelowej lub ogólnie problemu narkomanii. Istnieje także zagrożenie, że podczas opracowywania programu może dojść do pominięcia ważnych etapów czy elementów, co ostatecznie prowadzi do niejasnych lub nierealistycznych celów głównych, szczegółowych, czy prowadzenia działań niezgodnych z rzeczywistymi potrzebami.

Źródło: opracowanie własne. Dane pochodzą z: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS), Poradnik (Toolkit) 1: Wybór jakościowych inicjatyw profilaktycznych pod kątem finansowania i wsparcia (Finansowanie i Podejmowanie decyzji)*, Włocławek 2015, s. 21-103.

Zwiększenie grupy użytkowników wraz ze zwiększeniem liczby nowych substancji psychoaktywnych

Wraz ze wzrostem asortymentu nowych substancji i produktów, zwiększają się również grupy użytkowników. Na początku to byli głównie ludzie, którzy sprawdzali je pod kątem nowych doświadczeń i efektów (często nazywani są „psychonautami”) oraz grupy spotykające się w konkretnych klubach nocnych, czy też fani podobnej muzyki elektronicznej. Obecnie obejmują szersze grupy użytkowników rekreacyjnych – to osoby starające się poprawić wygląd lub wydajność w pracy, grupy szczególnie wrażliwe, takie jak więźniowie czy bezdomni, a także ludzie zażywający narkotyki wysokiego ryzyka. Zmiany te są powiązane z rosnącymi interakcjami między rynkami nowych substancji psychoaktywnych i tradycyjnych narkotyków w ciągu ostatnich kilku lat.

Istnieje szereg wyzwań związanych z mierzaniem i monitorowaniem stosowania czy szkód spowodowanych przez NSP. Obejmują one dużą liczbę oraz zakres różnych dostępnych rodzajów substancji, szybkość, z jaką pojawiają się na rynku, brak zdolności do wykrywania i zgłaszania ostrych szkód (łączenia ich z określoną substancją) oraz ograniczone informacje farmakologiczne i toksykologiczne – brak tych danych nie pomaga również we wprowadzaniu skutecznych działań profilaktycznych.

Sama ocena rozpowszechnienia i konsekwencji stosowania nowych substancji psychoaktywnych też jest skomplikowana, ponieważ użytkownicy są często źle informowani lub nieświadomi, jakie substancje w rzeczywistości spożyli – NSP są sprzedawane w postaci mieszanin, lub jako markowe produkty, których składniki zmieniają się w czasie, a mylące, kolorowe etykiety sugerują często, że to zdrowe, legalne produkty. Reakcje organizmów na te substancje także stanowią wyzwanie – młodzi ludzie zażywający NSP na imprezach czy festiwalach nie zawsze są świadomi, jakich dokładnie substancji używają, a ich „legalność” sprawia, że objawy wydają im się bezpieczne, niestanowiące zagrożenia dla zdrowia czy życia i oczywiście nie są zgłaszane.

W rezultacie ogólne rozumienie wzorców używania nowych substancji psychoaktywnych pozostaje słabe, a większość informacji pochodzi ze środowisk, w których wystąpiły znaczące problemy. Niemniej jednak wystarcza to do określenia zakresu działań – również profilaktycznych – które należałoby ukierunkować na problemy związane z używaniem

NSP w kolejności od najbardziej do najmniej istotnych. Według ankiety, którą przeprowadzono (tabela 4.51.), waga omawianych działań w opinii respondentów z Polski, Francji oraz Holandii przedstawia się następująco:

1. Reakcje oparte na dowodach (46,9%) – działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka (np. imprezowiczów, mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami) lub szczególne zachowania ryzykowne (np. zwiększenie dostępu do strzykawek w przypadku wysokiej częstotliwości wstrzykiwania);
2. Innowacyjne reakcje (43,1%) – oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne (np. rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych), środki redukcji szkód (np. zapewnienie sterylnego sprzętu do wstrzykiwania) czy leczenie przedawkowania (np. leczenie objawowe nagłych przypadków);
3. Wymiana informacji (46,3%) – ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy, budowanie kompetencji i podkreślanie, w jaki sposób przenieść istniejące kompetencje na nowe substancje, mogą być również ważne;
4. Reakcje profilaktyczne (45,6%) – interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami, są skuteczne, niezależnie od substancji. Ważnym miejscem są chociażby szkoły – tam działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności. Na przykład, w oparciu o lokalne dane, mogą obejmować komunikaty takie jak: „bardzo niewiele osób używa nowych substancji” czy „młodzi ludzie – tacy jak ty – twierdzą, że nie chcą ryzykować nieznanymi nowymi substancjami psychoaktywnymi”;
5. Redukcja szkód (46,9%) – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP jest najbardziej odpowiednia dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników substancji psychoaktywnych, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia

seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody¹.

Tabela 4.51.

Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii

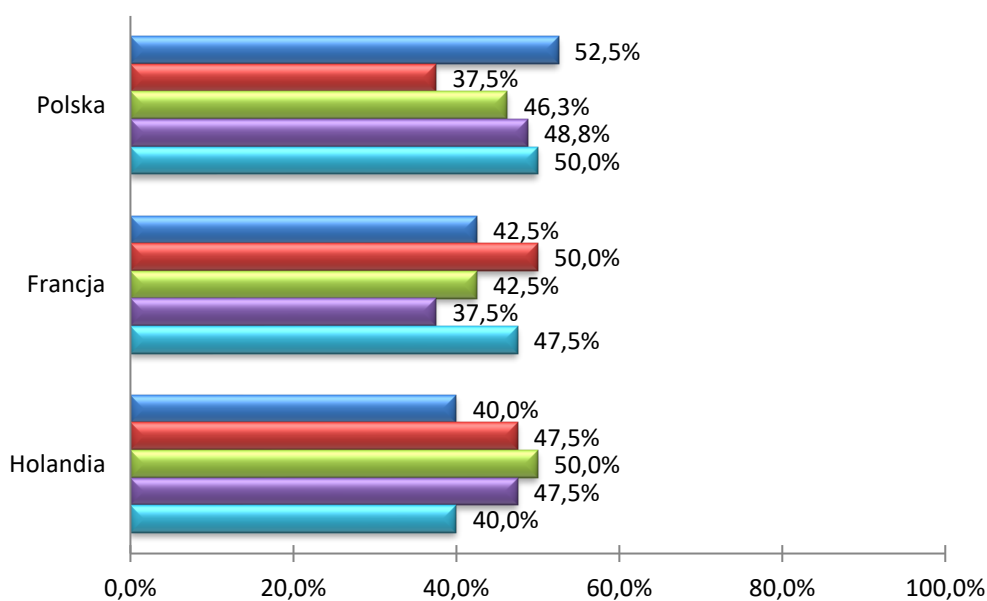
Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?		Kraj			Ogółem	
		Polska	Francja	Holandia		
Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczegól	Tak	N	42	17	16	75
		%	52,5%	42,5%	40,0%	46,9%
V Kramera	0,114	2,083a	2	0,353	0,346b	
Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania	Tak	N	30	20	19	69
		%	37,5%	50,0%	47,5%	43,1%
V Kramera	0,115	2,115a	2	0,347	0,341b	
Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne	Tak	N	37	17	20	74
		%	46,3%	42,5%	50,0%	46,3%
V Kramera	0,053	0,453a	2	0,798	0,833b	
Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla	Tak	N	39	15	19	73
		%	48,8%	37,5%	47,5%	45,6%
V Kramera	0,095	1,436a	2	0,488	0,515b	
Redukcja szkód - lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzywaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają powa	Tak	N	40	19	16	75
		%	50,0%	47,5%	40,0%	46,9%
V Kramera	0,082	1,079a	2	0,583	0,597b	
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New Developments in national drug strategies in Europe*, Luxembourg 2017, s. 75-82.

Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne?

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności
- Redukcja szkód – lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody



Rys. 4.50. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

4.4. Działania, jakie należy podjąć w ramach walki z problemem narkotykowym na podstawie przeprowadzonej ankiety

W ogólnie ujętym aspekcie ankietowani z Polski (61,3%) i z Francji (62,5%) częściej od badanych z Holandii (37,5%) zaznaczyli, że łączenie ze sobą wielu usług (medycznych, terapeutycznych, prawnych) to ogólny aspekt, na jaki powinny być skierowane programy profilaktyczne (tabela 4.46.). Dodatkowo Polacy (41,3%) oraz Holendrzy (32,5%) w większym stopniu od Francuzów (5%) wskazali krótkie interwencje, których celem jest opóźnienie lub zapobieganie zażywaniu NSP, ograniczenie intensywności użytkowania oraz przeciwdziałanie przekształceniu się w zażywanie problemowe (tabela 4.46.). Tego typu działania znajdują się na granicy między zapobieganiem a leczeniem. Skierowane są przede wszystkim do młodych osób, narażonych na ryzyko związane z problemowym stosowaniem nowych substancji psychoaktywnych. Prowadzone są przez różnych specjalistów z zakresu zdrowia i pracy społecznej – lekarzy, psychologów, policjantów. Interwencje takie nie są jednak w UE bardzo powszechne – tylko trzy kraje deklarują zapewnienie pełnej i przekrojowej usługi w szkołach, a dwa inne udostępniają je w ośrodkach niskoprogowych. Przykład może stanowić eSBIRT – projekt, który obejmuje krótkie interwencje na izbach przyjęć w Belgii, czy też FreD. Istnieją badania przemawiające za skutecznością krótkich interwencji, jednak nie są one wyczerpujące i potrzebna jest dodatkowa wiedza do ich wdrażania¹.

Ponadto, zgodnie z odpowiedziami respondentów z Polski, Francji oraz Holandii (tabela 4.47), dobre praktyki reagowania na NSP² są następujące:

1. Zdolność do wczesnego ostrzegania (48,8%) w zakresie identyfikowania, oceny i komunikowania ryzyka związanego ze szczególnie szkodliwymi substancjami jest ważna dla reagowania na ostre szkody związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi;
2. Rozwijanie wsparcia i szkolenia (50%), aby umożliwić specjalistom w istniejących usługach rozpoznanie, w jaki sposób ich umiejętności i kompetencje można zastosować do reagowania na problemy związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Wykorzystanie zdobytego doświadczenia zawodowego i kompetencji oraz dostosowanie posiadanych narzędzi do zaistniałej sytuacji wymaga podstawowego zro-

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017, s. 61-82.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health and social responses to drug problems: A European guide*, Luxembourg 2017, s. 74-82.

zumienia skutków zażywania narkotyków, a także szkód związanych z takim zachowaniem. Istnieje ogromna potrzeba zwiększenia dostępu do szkoleń dotyczących NSP dla pracowników służby zdrowia, dlatego konieczne wydaje się dalsze inwestowanie w zapewnienie łatwego dostępu do podstawowych materiałów szkoleniowych, a także stworzenie platform wymiany wiedzy dla lekarzy, pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych na poziomie zarówno lokalnym, jak i krajowym czy europejskim. Potrzeba budowania kompetencji wśród pracowników służby zdrowia stanowi jeden z najpilniejszych priorytetów inwestycyjnych w obszarze zdrowia publicznego w skali europejskiej¹;

3. Zachęcanie krajowych organów ds. zdrowia (33,8%) do opracowania nowych wytycznych praktycznych dotyczących NSP;
4. Edukacja, w tym redukcja szkód (50,6%), charakterystyczna dla nowych substancji jest najbardziej odpowiednia dla grup docelowych i osób, które już używają narkotyków lub są narażone na zwiększone ryzyko;
5. Wprowadzenie programów reintegracji społecznej (31,3%). Programy reintegracji społecznej skupiają się na doskonaleniu umiejętności społecznych, propagowaniu edukacji i wspieraniu w poszukiwaniu pracy, a także zaspokajaniu potrzeb w obszarze zakwaterowania. To ważne zagadnienia, ponieważ według danych z 2011 roku na specjalistyczne leczenie zgłaszali się pacjenci, wśród których prawie połowa była bezrobotna (47%), a około 1/10 nie miała stałego miejsca zamieszkania (9%). Często prezentowali niski poziom wykształcenia: 36% miała wyłącznie wykształcenie podstawowe, a 2% nie ukończyło nawet tego poziomu edukacji². Należy zwrócić uwagę, że większość państw Unii Europejskiej zgłasza realizację takich programów, niestety najczęściej poziom ich dostępności jest niewystarczający wobec istniejących potrzeb lub jest warunkowy, np. osoba, która chce w nich uczestniczyć, musi pozostawać w abstynencji albo mieć stałe miejsce zamieszkania. Co więcej, skuteczność programów zależy od efektywności współpracy różnych instytucji, a tylko siedemnaście z krajów członkowskich zgłosiło istnienie umów o partnerstwie między placówkami leczenia uzależnień narkotykowych a służbami oferującymi wsparcie w zakresie znalezienia pracy, czy też mieszkania;

¹ A. Pirona, A. Bo, D. Hedrich i in., *New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe*, "International Journal on Drug Policy", 40 (2017), s. 84-92.

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013, s. 49-60.

6. Finansowanie badań analitycznych i toksykologicznych (31,9%). Pojawienie się NSP w Europie doprowadziło do wzrostu liczby publikacji naukowych na temat ich toksyczności, wywoływanych szkód i schematów zażywania – setki nowych substancji są co roku identyfikowane i zgłaszane do EMCDDA¹. Co ciekawe, skład, czy też działanie danej substancji są często nieznane samym użytkownikom². W związku z tym należy przeznaczyć odpowiednie zasoby finansowe w celu zwiększenia możliwości badań analitycznych i toksykologicznych, oceny ryzyka, ale także na użyteczność, terminowość i strategie rozpowszechniania wyników zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim;
7. Szkolne działania profilaktyczne (42,5%) związane z NSP najlepiej realizować w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności;
8. Opracowanie podejść wielodyscyplinarnych i łączenie różnych usług (22,5%) są potrzebne, aby zaangażować wrażliwe grupy, które mogą nie mieć kontaktu z tradycyjnymi usługami;
9. Należy ocenić rozwój reakcji na nowe substancje (15,6%) w celu zidentyfikowania skutecznych interwencji, aby sprostać różnorodnym wyzwaniom, jakie stanowią;
10. Opracowanie wytycznych praktycznych (31,9%) dotyczących rozwiązywania problemów związanych z nowymi substancjami jest zasadniczo oparte na reakcjach wobec innych narkotyków. Mowa tu m.in. o edukacji narkotykowej, szkoleniu zawodowym czy usługach niskoprogowych, takich jak programy igłowe i strzykawkowe. Odpowiedzi te muszą być dostosowane do szkód i potrzeb różnych grup docelowych użytkowników nowych substancji. Istnieją jednak pewne bariery uniemożliwiające skuteczne leczenie osób uzależnionych od narkotyków. Z jednej strony, większość specjalistycznych usług w Europie zwykle koncentruje się na zaspokajaniu potrzeb starzejącej się populacji osób używających opiatów i stymulantów³. Z drugiej – usługi dedykowane młodszym użytkownikom, ludziom zażywającym narkotyki rekreacyjnie lub populacjom zróżnicowanym kulturowo pozostają ograniczone. W niektórych krajach europejskich ten problem systemowy jest dodatkowo kompli-

¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016, s. 84.

² T. M. Brunt, C. Nagy, A. Martins i in., *Drug testing in Europe: Monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project*, „Drug Testing and Analysis”, 2016, <http://dx.doi.org/10.1002/dta.1954>, dostęp 06.03.2020.

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The internet and drug markets: Summary of results from an EMCDDA Trendspotter study*, Luxembourg 2014, s. 11.

kowany przez brak pomocy poza obszarami miejskimi. Co więcej, potrzeby niektórych grup ryzyka doświadczających szkód związanych z narkotykami (np. więźniowie) wydają się poza zasięgiem krajowych agencji lub lokalnych służb ds. narkotyków. Wiele znormalizowanych instrumentów monitorowania i danych epidemiologicznych, uwarunkowania społeczno-kulturowe oraz brak zainteresowania tematem utrudniają opracowanie odpowiednich reakcji. Problemy te mogą pozostać bez odpowiedzi, prawdopodobnie nawet nie zostały uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia. Aby pokonać te przeszkody, służby ds. narkotyków mogą potrzebować dodatkowych szkoleń w zakresie wykrywania, oceny oraz leczenia problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi¹. W przypadku ograniczonych możliwości leczenia, szczególnie istotne mogą się okazać także internetowe usługi i interwencje terapeutyczne². Ważne są także interdyscyplinarne działania różnych podmiotów zajmujących się zdrowiem oraz efektywną współpracą z innymi jednostkami³;

11. Zwiększenie ilości akcji informacyjnych skierowanych do grup ryzyka i ich rodzin (37,5%). Skuteczna komunikacja z użytkownikami może działać jak katalizator zmniejszania szkód, ponieważ wielu użytkowników narkotyków nie docenia ich lub nie zdaje sobie sprawy z ryzyka przedawkowania. Najlepiej byłoby, gdyby przeszkoleni specjaliści w placówkach opieki zdrowotnej zapobiegali przedawkowaniu za pomocą akcji edukacyjnych i doradczych, w tym usług redukcji szkód, takich jak programy wymiany igieł i strzykawek. Badanie przesiewowe użytkowników opioidów pod kątem ryzyka przedawkowania mogłoby zmniejszyć ogólną śmiertelność, a tworzenie ocen ryzyka przedawkowania może zapewnić wczesną identyfikację osób wysokiego ryzyka.

¹ Public Health England, *New psychoactive substances: A toolkit for substance misuse commissioners*, London: Public Health England, 2014, s. 16.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The internet and drug market*, EMCDDA insights, Luxembourg 2016, s. 7-18.

³ The Health Foundation Inspiring Improvement, D. Abdulrahim, O. Bowden-Jones, *Guidance on the clinical management of acute and chronic harms of club drugs and novel psychoactive substances*, London: Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE), London 2015, s. 21-29.

Profilaktyka oparta na Standardach Jakości jako brakujący element programu problematyki narkotykowej

Zanim powstały Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków nie istniało powszechne porozumienie co do postaci wysokojakościowej profilaktyki uzależnień w tej dziedzinie. Można zatem uznać, że jest to wspólny system opracowany dla wszystkich państw członkowskich w efekcie europejskiego konsensusu.

Oprócz decydentów i sponsorów działań profilaktycznych najbardziej zainteresowani wytycznymi są twórcy programów oraz koordynatorzy działań na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym. Wykorzystują oni standardy do promocji wysokojakościowej profilaktyki w swoich środowiskach zawodowych i obszarach działania. W Polsce promocją EDPQS na poziomie krajowym zajmuje się Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Standardy jakości wywierają pozytywny wpływ na kształt działań profilaktycznych, pod warunkiem, że są stosowane jako praktyczne narzędzie do identyfikowania mocnych i słabych stron poszczególnych działań. Dlatego też każdy, kto zajmuje się profilaktyką, może (a wręcz powinien) identyfikować obszary spełniające kryteria dobrych praktyk w rozumieniu ogólnoeuropejskim. Istnieje jednak problem polegający na przedłożeniu standardów z poziomu dokumentu na praktykę, gdyż sam podręcznik nie jest wystarczającym motywatorem uruchamiania zmiany w sposobie myślenia praktyków, a też nie zawsze do nich dociera. Co więcej, narzucanie tych standardów spotyka się niekiedy z oporem i skutkuje jedynie pozornym zaangażowaniem w ich realizację. Aby więc dokonać rzeczywistych zmian, należy przekonać ludzi, że nowa praktyka jest lepsza od poprzedniej i że standardy są użytecznym narzędziem, oferującym wymierne korzyści.

Należy wspomnieć także o różnicy między Minimalnymi Europejskimi Standardami Jakości (EQUS) a EDPQS. Te pierwsze to wybrane standardy jakości, które odnoszą się do różnych obszarów redukcji popytu na narkotyki – nie ograniczają się wyłącznie do profilaktyki, ale obejmują również leczenie i redukcje szkód. Ich głównym celem jest opracowanie opartego na kompromisie dokumentu dotyczącego minimalnych standardów jakości, który mógłby otrzymać polityczne wsparcie krajowych i międzynarodowych strategów na unijnym forum. EDPQS z kolei różni się tym, że obejmują wyłącznie profilaktykę. Oferują także minimalne standardy, ale poza tym wchodzą w zakres standardów na wyższym poziomie. W rezultacie są bardziej szczegółowe i kompleksowe. Między tymi dwoma propozycjami

standardów można zaobserwować podobieństwa, gdyż EQUUS zostały opracowane na podstawie już istniejących EDPQS, zatem te ostatnie mogą stanowić dokument uzupełniający EQUUS.

Wiele Europejskich Standardów można z powodzeniem używać do interwencji zdrowotnych i społecznych, a nawet w profilaktyce alkoholowej, gdyż skupiają się mniej na treści działania, a bardziej na organizacji i praktykach koniecznych do zaistnienia wysokiej jakości interwencji. Dlatego, o ile tematyka może być odmienna, organizacja i działania wymagane dla podjęcia skutecznych kroków są bardzo podobne, np. w początkowej fazie – ocena potrzeb i zasobów przed realizacją projektu. Jednakże jeśli interesuje nas tylko profilaktyka alkoholowa, wtedy niektóre standardy (jak np. wskaźniki używania) musiałyby zostać dopasowane¹.

4.5. Podsumowanie problemu z nowymi substancjami psychoaktywnymi

Podstawowe interwencje w obszarze walki z problemem NSP obejmują:

- systemy wczesnego ostrzegania do monitorowania nowych substancji na rynku i powodowanych przez nie szkód. Należy je wspierać przy pomocy chemicznej identyfikacji tych substancji przez sieci laboratoriów kryminalistycznych oraz toksykologicznych;
 - zapewnienie materiałów szkoleniowych na temat dopalaczy dla pracowników służby zdrowia oraz stworzenie platform wymiany wiedzy dla lekarzy, pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych na poziomie lokalnym oraz krajowym;
 - interwencje dotyczące stosowania NSP w oparciu o reakcje na ustalone grupy narkotyków, ale odpowiednio dostosowane, aby uwzględnić charakter i wzorce stosowania nowych substancji, różne grupy użytkowników czy konteksty użytkowania.
- Działania, które warto podjąć, aby walka z problemem NSP była skuteczniejsza:

- należy zachęcać krajowe organy ds. zdrowia do opracowania nowych wytycznych dotyczących substancji psychoaktywnych, w tym opisujących postępowanie w przypadku przedawkowania, lub przetłumaczenie i dostosowanie do potrzeb istniejących strategii z tego zakresu, takich jak wytyczne NEPTUNE z siedzibą w Wielkiej Brytanii;

¹ Świat problemów, *Przełożyć standardy na praktykę*, wywiad A. Malczewskiego z A. Brotherhood, <http://www.swiatproblemow.pl/przeiloczyc-standardy-na-praktyke/>, dostęp 08.03.2020.

- należy zwiększyć możliwości badań analitycznych i toksykologicznych oraz oceny ryzyka, a wyniki rozpowszechniać w odpowiedni i terminowy sposób zarówno wśród grup ryzyka, jak i odpowiednich specjalistów;
- należy opracować usługi w celu rozwiązania konkretnych problemów związanych z używaniem NSP wśród niektórych grup docelowych, takich jak osoby bezdomne, wstrzykujące narkotyki czy więźniowie;
- wpływ różnych sposobów komunikowania ryzyka związanego z nowymi substancjami psychoaktywnymi nie jest dobrze poznany, dlatego istnieje potrzeba opracowania i wzmocnienia bazy dowodowej w odniesieniu do informowania o ryzyku;
- aby poprawić ukierunkowanie i rozwój odpowiednich reakcji, potrzebne są lepsze dane epidemiologiczne dotyczące zakresu stosowania NSP oraz motywacji i wzorów postępowania osób uzależnionych, kontekstu, zmian w czasie etc.¹

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New Developments in national drug strategies in Europe*, Luxembourg 2017, s. 75-82.

ZAKOŃCZENIE

Jak skutecznie walczyć ze stale zmieniającym się rynkiem nowych substancji psychoaktywnych (NSP)? Czy granica między legalnością i nielegalnością jest tak cienka, że zagrożenie dla ludzi nowymi substancjami psychoaktywnymi wymknie się spod kontroli? Na jakim poziomie wprowadzać zakazy? Jak duży jest wpływ zażywania dopalaczy na bezpieczeństwo społeczne w Europie? Jakie rozwiązania proponuje Unia Europejska (UE) oraz kraje członkowskie? Dzisiaj można sobie zadawać tego rodzaju pytania, ponieważ UE prowadzi teraz wyścig z czasem, a do zwycięstwa potrzebna będzie wiedza i silna mobilizacja. To wymaga wdrożenia skutecznych rozwiązań profilaktycznych, środków prawnych i wymiany informacji zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym oraz międzynarodowym. Szybka reakcja na zmieniający się rynek będzie możliwa tylko wówczas, gdy dobrze zorganizowana współpraca pomoże w podjęciu konkretnych decyzji, które będą zawierały rozwiązania na problemy zdrowotne, społeczne i ekonomiczne.

Głównym wyzwaniem dla Europy jest przede wszystkim szybkość powstawania NSP i ich wpływ na bezpieczeństwo. Jeśli działania profilaktyczne byłyby wdrażane w tempie, w jakim rozwijają się te niebezpieczne produkty, pozwoliłoby to na zapewnienie bezpieczeństwa społecznego i sytuacja mogłaby się zmienić. Niestety, na ten moment działania skierowane w stronę ograniczania zażywania nowych substancji psychoaktywnych nie są skuteczne. Aktywność państw i jurysdykcji w regulowaniu rynku NSP oraz w celu wydania odpowiednich zakazów powinna być coraz większa. Nowe cząsteczki o silnym „potencjale” będą stale testowane, a w takim przypadku rozpowszechnianie NSP przyspieszone.

Stosunkowo szybka reakcja władz krajowych i międzynarodowych w zakresie nowych substancji psychoaktywnych może mieć znaczący wpływ na ich sprzedaż i dostępność na rynku. Może również oddziaływać na zdrowie i związane z nim koszty społeczne, ale obecnie jest to trudne do oszacowania. Zapobieganie ryzyku zdrowotnemu oraz negatywnym konsekwencjom dla społeczeństwa są jednak mocnym punktem polityki niektórych państw członkowskich. Jednym z głównych celów jest w tych miejscach dbanie o zdrowie publiczne, dlatego rządy – oprócz walki z przestępstwami, pilnowania porządku publicznego i narzucania reguł w handlu – przywiązują dużą wagę do aspektów medycznych, a także opieki.

Powyższe przemyślenia autorki, aktywna obserwacja środowiska związanego z tworzeniem prawa unijnego w tematyce walki z narkotykami, a także nowe horyzonty poznawcze przyczyniły się do podjęcia próby zbadania wpływu nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej.

Założeniem niniejszej dysertacji było opracowanie nowoczesnej koncepcji programu profilaktycznego oraz dobrych praktyk z nim związanych. Rozwiązanie problemów szczegółowych oraz pozytywne zweryfikowanie hipotez szczegółowych umożliwiło rozstrzygnięcie głównego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *Jaki jest wpływ nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej?* i dały podstawę do potwierdzenia hipotezy głównej, zakładającej, że *nowe substancje psychoaktywne mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej. Zagrożają one zdrowiu psychofizycznemu i życiu człowieka, doprowadzając do uzależnień, przedawkowań, a nawet śmierci. W dłuższej perspektywie wpływa to destrukcyjnie na relacje ze środowiskiem oraz prowadzi do wzrostu przestępczości wśród nieletnich, agresji, znieczulicy moralnej, manipulacji, terroryzmu lub seryjnych morderstw. Zażywanie NSP oddziałuje także na gospodarkę państw UE, najbardziej obciążając system zdrowotny – w tym ośrodki zdrowia – generując wysokie koszty leczenia osób uzależnionych. Dodatkowo brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych, takich jak wspieranie użytkowników NSP i ich rodzin, wprowadzenie leczenia substytucyjnego, redukcji szkód zdrowotnych czy programów zapobiegających przedawkowaniu również negatywnie wpływa na obniżenie poczucia bezpieczeństwa społecznego.*

Występujące w krajach członkowskich niebezpieczeństwa wynikają z jednej strony ze wzrostu przestępczości narkotykowej czy negatywnego wpływu na gospodarkę, a z drugiej ze wzrostu liczby uzależnień, przedawkowań, powszechnej politoksykomanii, ale także z braku działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych. W dysertacji podkreślono, że kluczową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa społecznego odgrywa w Polsce, Holandii i we Francji zdolność do wczesnego ostrzeżenia w zakresie identyfikowania, oceny i komunikowania ryzyka związanego z NSP, dostosowanie strategii do potrzeb konkretnych grup docelowych, ale także opracowanie oceny rozwoju reakcji na NSP w celu przygotowania skutecznej interwencji. We Francji dodatkowo jest to wprowadzenie programów reintegracji społecznej, a w Polsce, bardziej niż we Francji i Holandii, zwiększenie ilości akcji informacyjnych skierowanych do grup ryzyka i ich rodzin.

Uzyskane wyniki badań dowodzą, że cel pracy został osiągnięty, a sformułowane problemy badawcze rozwiązane. Potwierdzona została także trafność przyjętej hipotezy głównej i hipotez szczegółowych.

Współczesność oparta na cyfryzacji i łatwym dostępie do substancji psychoaktywnych wymaga wzmożonej uwagi w obszarach bezpieczeństwa społecznego na zagrożenia, które zostały szeroko omówione w dysertacji. Niebezpieczeństwa pojawiają się ze strony podaży narkotyków, z którą wiąże się produkcja i handel, wzrost przestępczości, pranie brudnych pieniędzy, udział w terroryzmie i wiele innych czynników wymienionych w rozdziale drugim rozprawy. Problemem jest także popyt i zagrożenia związane bezpośrednio z zażywaniem NSP, co zostało opisane w rozdziale trzecim. Konsekwencje dla bezpieczeństwa społecznego w tym obszarze mogą być minimalizowane przez właściwe kierunki implementacji zmian w zakresie działań profilaktycznych – znajdujących się właśnie pomiędzy podażą i popytem – proponowanych przez instytucje edukacyjne, organizacje czy inne jednostki. Te zagadnienia zostały szeroko omówione w czwartym rozdziale dysertacji.

Wymiana informacji między kompetentnymi instytucjami, a także gromadzenie jak największej ilości informacji – te działania powinny być prowadzone systematycznie, dokładnie, a uzyskane w ten sposób dane winno się udostępniać obywatelom. Elementami decydującymi o skuteczności tego typu strategii są głównie: odpowiednio dobrana grupa docelowa i dopasowane do niej usługi oraz łączenie ze sobą wielu usług, m.in. medycznych, terapeutycznych, prawnych i społecznych.

Przeprowadzone badania prowadzą do następującej konkluzji: spośród katalogu zagrożeń związanych z zażywaniem NSP, które stanowiły przedmiot badań, we wszystkich badanych grupach wiekowych z Polski, Francji oraz Holandii 88,8% (142 osoby) ankietowanych uważało, że zagrażają one zdrowiu lub życiu człowieka. Tylko niewielka liczba (8,8%, czyli 14 osób) odpowiedziała, że nie wie, czy nowe substancje psychoaktywne stanowią jakiegokolwiek niebezpieczeństwo. Zaledwie 2,5% (czyli 4 osoby) ankietowanych odpowiedziało, że zażywanie NSP nie zagraża zdrowiu lub życiu człowieka. Wynika z tego, że w krajach Unii Europejskiej świadomość niebezpieczeństw związanych z nowymi narkotykami jest przeważająca. Należy zatem kontynuować rozpowszechnianie rzetelnych informacji na temat NSP wraz z ich wszystkimi potencjalnymi zagrożeniami i konsekwencjami dotyczącymi nie tylko osób zażywających narkotyki, ale także ich rodzin i najbliższego otoczenia. W tym celu dobre praktyki oparte na dowodach mogą stanowić dużą wartość wszelkich programów i działań profilaktycznych wprowadzanych na terenie UE.

Autorka wyraża nadzieję, że opracowana koncepcja dobrych praktyk w ramach działań profilaktycznych, w celu poprawy bezpieczeństwa społecznego w zakresie profilaktyki narkotykowej, stworzy solidne podstawy i zachęci organy rządowe, a także pozarządowe do rozpoczęcia prac nad zaproponowanymi rozwiązaniami, co pozwoli na wprowadzenie efektywnych zmian w placówkach oświaty, medycznych, uzależnień i wielu innych.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamowicz P., Tokarczyk B., Stanaszek R. i in., *Fatal mephedrone intoxication – a case report*, “Journal of Analytical Toxicology”, 37(1), 2013.
2. Agence national de Sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), *Communiqué le 16 août 2012 sur le classement comme stupéfiants de l'ensemble des drogues de synthèse de la famille des cathinones*, 2012.
3. Ajdukiewicz K., *Logika pragmatyczna*, PWN, Warszawa 1965.
4. Ajdukiewicz K., *Zarys logiki*, Wyd. PZWS, Warszawa 1956.
5. Anderson K., Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Les jeunes, l'alcool, la drogue et le tabac*, Série européenne, n 66, Copenhague 1997, s. 18 - 28.
6. Austen L., *The social construction of risk by young people*, “Health, Risk & Society”, Vol. 11, No. 5, October 2009.
7. Auwarter V., Dresen S., Weinmann W. i in., “Spice” and other herbal blends: Harmless incense or cannabinoid designer drugs?, “Journal of Mass Spectrometry”, 44, 2009.
8. Baggott M. J., Erowid E., Erowid F. i in., *Use patterns and self-reported effects of Salvia divinorum: An internet-based survey*, “Drug Alcohol Depend.”, 2010;111.
9. Bąk T., Ciekankowski Z., *Bezpieczeństwo państwa*, PWST-E, Jarosław 2014.
10. Bąkowski P., *Pakiet antynarkotykowy: Zwalczanie nowych substancji psychoaktywnych, szybki przegląd sesji plenarnej EPRS*, EPRS, Parlament Europejski, październik 2017 r.
11. Baron M., Elie M., Elie L., *An analysis of legal highs: do they contain what it says on the tin?*, “Drug Testing and Analysis”, 3, 2011.
12. Bauer K., Ładny J. R., Czaban S. L. i in., „Dopalacze” jako problem medycyny ratunkowej, „Borgis – Postępy Nauk Medycznych”, 9/2010.
13. Bedyńska S., A. Brzezicka, *Statystyczny drogowskaz*, SWPS, Warszawa 2007.
14. Bindhim N. F., Naicker S., Freeman B. i in., *Apps Promoting Illicit Drugs-A Need for Tighter Regulation?*, “J. Consum. Health Internet”, 2014.
15. Bołtryk P., *Kryminalistyczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie pochodnych konopi innych niż włókniste)*, rozprawa doktorska, Białystok 2014.
16. Borowski M., Dobrzaniecki R. (red.), *Patologie społeczne*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica – Novum. Płock–Wyszków 2009.

17. Brandt S.D., Sumnall H. R., Measham F. i in., *Analyses of second- generation “legal highs” in the UK: Initial findings*, “Drug Testing and Analysis”, 2, 2010.
18. Bruggeman W., Szomor K., *Ocena planu działania UE w zakresie narkotyków na lata 2005-2008, nota zewnętrzna na wniosek komisji LIBE PE*, czerwiec 2013 r.
19. Bujalski M., Dąbrowska K., Wiczorek Ł., *New psychoactive substances in Poland. The analysis of policy responses and its effects.*, “Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania”, 2017;30(3).
20. Bunyan T., *The Europol Convention*, Statewatch, Londyn, 1996.
21. Buskirk J. V., Griffiths P., Farrell M. i in., *Trends in new psychoactive substances from surface and “dark” net monitoring*, “The Lancet Psychiatry”, Volume 4, Issue 1, January 2017.
22. Buzan B., *People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War Era*, Harvester Wheatsheaf, London 1991.
23. Cadet-Tairou A. i in., *Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012)*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Saint-Denis La Plaine 2013.
24. Callemien M., *Les attitudes et opinions des jeunes citoyens de l’Union européenne par rapport aux drogues. Eurobaromètre 57.2.*, Eurobarometre special 172, Bruxelles, 2002.
25. Cavazos-Rehg P. A., Krauss M. J., Sowles S. J. i in., *Marijuana-Related Posts on Instagram*, « Prev. Sci. », 2016.
26. Champion K. E., Teesson M., and Newton C., *Development of a universal internet-based prevention program for ecstasy and new psychoactive substances*, “Open Journal of Preventive Medicine”, 5, 2015.
27. Chappard P., Lacoste M., *Supplément Technique, Les nouveaux Produits de Synthèse*, PsychoActif, Fédération Addiction, Paris 2013.
28. Chatwin C., *A critical evaluation of the European drug strategy: Has it brought added value to drug policy making at the national level?*, “International Journal of Drug Policy”, 24 (3), 2013.
29. Chatwin C., *Assessing the ‘added value’ of European policy on new psychoactive substances*, “International Journal of Drug Policy”, 40 (2017), University of Kent 2017.
30. Chatwin C., *Have recent evolutions in European governance brought harmonisation in the field of illicit drugs any closer?*, “Drugs and Alcohol Today”, 2010;10.

31. Chiauzzi E., DasMahapatra P., Lobo K. i in., *Participatory research with an online drug forum: A survey of user characteristics, information sharing, and harm reduction views*, "Subst. Use Misuse", 2013.
32. Cieślarczyk M., *Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz elementy statystyki stosowane w pracach magisterskich i doktorskich*, AON, Warszawa 2006.
33. Cohen B. M. Z., Butler R., *BZP-party pills: a review of research on benzylpiperazine as a recreational drug*, "International Journal of Drug Policy", 22(2), 2011.
34. Colson R., *Harmonizing NPS Legislation Across the European Union: An Utopia?*, [w:] O. Corazza and A. Roman – Urrestarazu (eds.), *Novel Psychoactive Substances: Policy, Economics and Drug Regulation*, Springer 2017.
35. Czapliński W., *System instytucjonalny UE*, w: J. Barcz, *Prawo Unii Europejskiej, Zagadnienia systemowe, Prawo i gospodarka*, Warszawa, 2005.
36. Davey Z., Schifano F., Corazza O. i in., *Psychonaut Web Mapping Group e-Psychonauts: Conducting research in online drug forum communities*, „J. Ment. Health”, 2012.
37. De Luc M. A. a, Solinas M., Bimpisidis Z. i in., *Cannabinoid facilitation of behavioral and biochemical hedonic taste responses*, "Neuropharmacology" 2012.
38. Dennhardt A. A., Murphy J. G., *Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature*, "Addictive Behaviors", 38, s. 2607–2618, 2013.
39. Devuyt E., Lamping S., Verstraete A., *Profilage chimique des drogues de synthèse*, Université de Gent.
40. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Larousse, 2004.
41. *Dictionnaire le petit Larousse*, édition 2003.
42. Domański Z., *Bezpieczeństwo socjalne*, „Journal of modern science”, Tom 2/33/2017.
43. Dudek D., Rakowski P., *Teoretyczne i praktyczne aspekty zapobiegania i zwalczania przestępczości narkotykowej w Unii Europejskiej – spojrzenie na problem z polskiego punktu widzenia*, Centrum Europejskie – Natolin, Warszawa 2005.
44. Dziewiecki M., *Nowe przesłanie nadziei*, Warszawa 2000.
45. Estievenart G., *The European Union and Drugs: Trafficking, consumption and strategies*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Luxembourg 2005, s. 47-63.
46. Evenepoel T., *Drug helplines, online health and NPS*, presentation at the "Health responses to NPS" EMCDDA expert meeting, 28–29 October 2015, Lisbon 2015.

47. Faggiano F., Allara E., Giannotta F., i in., *Europe Needs a Central, Transparent, and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions*, "PloS Medicine", Policy Forum, 2014.
48. Frankfort-Nachmias C., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2001.
49. Frieske K., Sobiech R., *Narkomania. Interpretacja problemu społecznego*, Warszawa 1987.
50. Fumey M., *Les designer drugs, un nouveau défi dans la lutte contre les stupéfiants*, CETFI, Aix-en-Provence, 2011.
51. Gierszewski J., *Bezpieczeństwo społeczeństw jako dziedzina bezpieczeństwa narodowego*, „Historia i Polityka”, nr 23 (30)/2018, Słupsk 2018.
52. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) w sprawie środków zastępczych – *Razem przeciw dopalaczom 2013 – 2014*.
53. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), *Informacja w zakresie art. 30a ust. 6 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*, <https://www.gov.pl/web/gis/informacja-w-zakresie-art-30a-ust-6-ustawy-z-dnia-29-lipca-2005r-o-przeciwdzialaniu-narkomanii> , dostęp 28.11.2021.
54. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), *Nowe narkotyki w Polsce: tendencje, zagrożenia, procedury postępowania. Poradnik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydany przez Główny Inspektorat Sanitarny*, Warszawa 2016.
55. Górniak J., Wachnicki J., *Pierwsze kroki w analizie danych*, SPSS, Kraków 2008.
56. Graczowa T., *Niewidzialna chazaria, Algorytm geopolityki i strategię zakulisowych tajnych wojen światowych*, OFRA, Warszawa, 2015.
57. Gueniat O., Esseiva P., *Le profilage chimique de l'héroïne et de la cocaïne : une méthodologie moderne de lutte contre le trafic illicite*, Presse Polytechniques, Romandes 2005.
58. Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2016*, London 2016.
59. Hautefeuille M., Velea D., *Les drogues de synthèse*, w: *Que sais-je ?*, Paris 2002.
60. Henderson G., *Designer drugs: past history and future prospects*, "J Forensic Sci", 1988 Mar: 33 (2).
61. Hohmann N., Mikus G. and Czock D., *Effects and Risks Associated with Novel Psychoactive Substances, Mislabeling and Sale as Bath Salts, and Research Chemicals*, "Deutsches Arzteblatt Int.", 2014 Feb; 111(9).

62. Hughes B., Wiessing L., des Jarlais D. i in., *Could cannabis liberalization lead to wider changes in drug policies and outcomes?*, "International Journal of Drug Policy", 51 (2018).
63. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, *Drogues : savoir plus, Droit et réglementation*, 2004.
64. Izak K., Kluczyński M., *Handel narkotykami jako źródło finansowania terroryzmu*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego”, nr 10/14, Artykuły i rozprawy, 2014.
65. Jabłońska M., Kidawa M., Malczewski A. i in., *Nowe substancje psychoaktywne – nowe ryzyka i wyzwania*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Uniwersytet SWPS, Warszawa 2017.
66. Jabłoński P., Malczewski A., *Dopalacze, czyli nowe substancje psychoaktywne: skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Serwis Informacyjny „Narkomania” 2 (66) 2014.
67. Jaklic K., *Constitutional Pluralism in the EU*, Oxford: Oxford University Press, 2014.
68. James D., R. D. Adams R. D., Spears R. i in., *Clinical characteristics of mephedrone toxicity reported to the U. K. National Poisons Information Service*, "Emergency Medicine Journal", 28, 2011.
69. Jędrzejczak M., *Narkomania w wojsku: epidemiologia – program profilaktyki*, Kielce: Kieleckie Towarzystwo Edukacji Ekonomicznej, 2000.
70. Jędrzejko M. Z., Zawadzki J., *Narkotyki, środki zastępcze i narkomania, [w:] Narkotyki i narkomania. Zjawiska globalne – problemy lokalne*, M. Jędrzejko, T. Safjański, M. Walancik (red.), Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2015.
71. Jędrzejko M., *Człowiek zniewolony. Moralne aspekty narkomanii*, Wydawnictwo Ulmak, Warszawa, Pruszków 2003.
72. Jędrzejko M., Kowalski M., Rosik B. i in., *Narkotyki i dopalacze, zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profilaktyka*, ASPRA-JR, Warszawa 2016.
73. Jędrzejko M., Safjański T., Walancik M., *Narkotyki i Narkomania, Zjawiska globalne – problemy lokalne*, Warszawa, 2015.
74. Jellinek, *Jellinek: Deskundige hulp bij verslaving*, <https://www.jellinek.nl/>, dostęp 07.08.2022.
75. Johnson P. S., Johnson M. W., *Investigation of "bath salts" use patterns within an online sample of users in the United States*, "Journal on Psychoactive Drugs", 46, 2014.

76. Kapka-Skrzypczak L., Cyranka M., Kulpa P. i in., *Dopalacze – stan aktualny i wytyczne na przyszłość*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2011, Tom 17, nr 4.
77. Kasprzak K., Jędrzejko M., *Stosunek Unii Europejskiej oraz niektórych państw członkowskich UE do marihuany. Regulacje w poszczególnych państwach członkowskich*, w: *Pedagogika i profilaktyka społeczna. Nowe wyzwania, konteksty, problemy*, M. Jędrzejko, A. Szwedzik (red.), Milanówek-Warszawa 2018.
78. Kikura-Hanajiri R., Uchiyama N., Goda Y., *Survey of current trends in the abuse of psychotropic substances and plants in Japan*, “Legal Medicine”, 13(3), 2011.
79. Kintz P., *Traité de toxicologie médico-judiciaire*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012.
80. Kitler W., *Bezpieczeństwo narodowe RP. Podstawowe kategorie. Uwarunkowania. System*, Wydawnictwo Akademii Obrony Naukowej, Warszawa 2011.
81. Kładoczny P., Wilamowski K., *Wybrane ugruntowania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz praktyczny*, Ministerstwo Zdrowia i Biuro Krajowe do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2017.
82. Klingemann J., Klingemann H., *Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie*, Warszawa 2021.
83. Kolliakou A., Ball M., Derczynski L. i in., *Novel psychoactive substances: An investigation of temporal trends in social media and electronic health records*, “Eur. Psychiatri”, 2016.
84. Kopp P., *Le cout social des drogues en France*, OFDT, Saint-Denis 2015.
85. Kornetsky C., *A walk through the history of research in drug abuse trends and fads. The Nathan B. Eddy Award address given at CPDD 2005: part II*, “Drug Alcohol Depend”, 90, 2007.
86. Krajewski K., *Ocena ryzyka związanego z nowymi substancjami psychoaktywnymi w świetle procedur unijnych oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, „Alcoholism and Drug Addicition”, Volume 29, Issue 2, czerwiec 2016.
87. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018*, Warszawa 2018.
88. Krawczyk W., *Narkotyki syntetyczne, Polityka wobec narkomanii*, „Remedium”, listopad 2015.
89. Krok E., *Budowa kwestionariusza ankietowego a wyniki badań*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 874 „Studia informatica” nr 37, 2015.

90. Lahaie E. i in., *Nouveaux produits de synthèse et Internet*, Tendances n° 84, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), La Plaine Saint-Denis 2013.
91. Lahaie E., Cadet-Taïrou A., *Méphédronne et autres nouveaux stimulants de synthèse en circulation : note d'information SINTES*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), La Plaine Saint-Denis 2011.
92. Lahaie E., *Enquête SINTES 2009 sur la composition des produits de synthèse*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), La Plaine Saint-Denis 2011.
93. Lahaie E., Martinez M., *9.8 Nouveaux Produits de Synthèse*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), La Plaine Saint-Denis 2013.
94. Lahaie E., Martinez M., Cadet-Taïrou A., *New Psychoactive Substances and the Internet*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Tendances 84, La Plaine Saint-Denis 2016.
95. Lau A. Y. S., Gabarron E., Fernandez-Luque L. i in., *Social media in health—What are the safety concerns for health consumers?*, “Health Inf. Manag.”, 2012.
96. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo socjalne jako obszar zainteresowania badawczego i składnik bezpieczeństwa państwa*, [w:] *Zarządzanie bezpieczeństwem — wyzwania XXI wieku*, red. M. Lisiecki, Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa, Warszawa 2008.
97. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, „Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej”, 2011, nr 2 (185).
98. Linsen F., Koning R. P. J., Van Laar M. i in., *4-Fluoroamphetamine in the Netherlands: More than a one-night stand*, “Addiction”, 110, 2015.
99. Lisiecki M., *Diagnoza i prognoza rozwiązań systemowych w zakresie organizacji i zarządzania bezpieczeństwem obywateli*, [w:] *Zarządzanie bezpieczeństwem – wyzwania XXI wieku*, wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa im. Heleny Chodkowskiej, Warszawa 2008.
100. Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Warszawa 2010;
101. Maksimowicz-Ajchel A., *Wstęp do statystyki: Metody opisu statystycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007.

102. Malczewski A., Kidawa M., *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018.
103. Manning P., YouTube, “Drug videos” and drugs education, “Drugs Edu. Prev. Policy.”, 2013.
104. Marlatt G. A., Witkiewitz K., *Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research*, “Annu. Rev. Clin. Psychol.”, 2010; 6.
105. Martinez M., Kmetonyova D., Belácková V., *A method for exploring the number of online shops selling new psychoactive substances: initial I-TREND project results*, w: *The internet and drug markets*, EMCDDA Insights n° 21, Luxembourg 2016.
106. Martinez M., Nefau T., Cadet-Tairou A., *Nouveaux produits de synthèse. Dix ans de recul sur la situation française*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Saint-Denis La Plaine 2018.
107. Małacz A., *NIK o dostępności dopalaczy: Jest lepiej, ale problem wciąż nie został rozwiązany*, Dostępność dopalaczy - raport NIK 2021 (prawo.pl), dostęp 28.11.2021.
108. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS), Poradnik (Toolkit) 1: Wybór jakościowych inicjatyw profilaktycznych pod kątem finansowania i wsparcia (Finansowanie i Podejmowanie decyzji)*, Włocławek 2015.
109. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS): Poradnik (Toolkit) 2: Przegląd i poprawa jakości działań profilaktycznych (Samodzielna ocena i Autorefleksja)*, European drug prevention quality standards, Phase II, Włocławek 2015.
110. Mazurek B., *Znaczenie Unii Europejskiej dla bezpieczeństwa państw członkowskich oraz ich społeczeństw*, Forum Młodych Dyplomatów, 19.04.2020.
111. Mehta C. R. and Patel N. R., *IBM SPSS Exact Tests*, publikacja IBM SPSS, Cambridge, Massachusetts 1989, 2010.
112. Meyers K., Kaynak O., Bresani E. i in., *The availability and depiction of synthetic cathinones (bath salts) on the Internet: Do online suppliers employ features to maximize purchases?*, “International Journal of Drug Policy”, 2015. DOI: 10.1016/j.drugpo.2015.01.012.

113. Michalewski B., Grabowski K., Wodowski G., *Nowe substancje psychoaktywne*, Zdrowie Prawo Zagrożenia, Stowarzyszenie MONAR, Kraków 2015.
114. Miliano C., Margiani G., Fattore L. i in., *Sales and Advertising Channels of New Psychoactive Substances (NPS): Internet, Social Networks, and Smartphone Apps*, "Brain Sciences", 2018.
115. Ministerstwo Obrony Narodowej (MON), *Strategia bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2007.
116. Ministerstwo Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich i E-Zdrowia, *Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, okres realizacji programu: lata 2019-2023*, Warszawa 2018.
117. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MiLDT), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, La Documentation Française, Collections des rapports officiels, Paris 2013.
118. Motyka M., *Eskalacja zatruc „dopalaczami” – wskazywane przyczyny rozwoju zjawiska i możliwe sposoby przeciwdziałania*, „Probl Hig Epidemiol”, 2015, 96 (3), Rzeszów.
119. Mobilisation contre les addictions en Grand-Est 2019-2023, [Feuille de route régionale 2019 2023.pdf \(meuse.gouv.fr\)](#), dostęp 15.01.2023.
120. Mrazek P. J., Haggerty R. J., *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, National Academies Press, Washington 1994.
121. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), *Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy*, Warszawa, 2017.
122. Nawojczyk M., *Przewodnik po statystyce dla socjologów*, SPSS, Kraków 2002.
123. Neicun J., Steenhuizen M., van Kessel R. I in., *Mapping novel psychoactive substances policy in the EU: The case of Portugal, the Netherlands, Czech Republic, Poland, the United Kingdom and Sweden*, 26.06.2019, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0218011>, dostęp 24.10.2019.
124. Orsolini L., Papanti G. D., Francesconi G. i in., „Cyberpsychology, Behavior and Social Networking”, 2015 May; 18(5).
125. Ostaszewski K., *Kryzys profilaktyki*, „Remedium”, nr 7-8/2002.

126. Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS), *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczący zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce 2020*, Warszawa 2021.
127. *Participant Observation and the Collection and Interpretation of Data*, „American Journal of Sociology”, t. 40, 1955.
128. Pavkov T. W., Pierce K. A., *Wprowadzenie do SPSS dla Windows*, GWP, Gdańsk 2005.
129. Pawelec A., *Dopalacze – nie takie nowe substancje psychoaktywne*, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, 2015.
130. Pelc M., *Wybrane problemy metodologiczne wojskowych badań naukowych*, Wyd. AON, Warszawa 1998.
131. Pilch T., Barman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie jakościowe i ilościowe*, Żak Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 2018.
132. Pilch T., *Bezradność pedagogiki wobec rzeczywistego świata*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, nr 3/2003.
133. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Żak Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 1995.
134. Pirona A., Bo. A., Hedrich D. i in., *New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe*, “International Journal on Drug Policy”, 40 (2017).
135. Pisarska A., Okulicz-Kozaryn K., *Używanie substancji psychoaktywnych przez niemieszkających z rodzicami i nieuczących się nastolatków*, „Alkoholizm i Narkomania”, 4 (2008).
136. Plan départemental de prévention de lutte contre les addictions en Meuse 2019-2025,
[Plan départemental contre addictions 2019 2025.pdf \(meuse.gouv.fr\)](https://www.meuse.gouv.fr/plan-departemental-contre-addictions-2019-2025.pdf), dostęp 15.01.2023.
137. Podgórecki A., *Patologia życia społecznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1969.
138. Power M., *Drugs 2.0: The web revolution that’s changing how the world gets high*, Portobello Books, London 2013.
139. Public Health England, *New psychoactive substances: A toolkit for substance misuse commissioners*, London: Public Health England, 2014.
140. Pułaska-Turyńska B., *Statystyka dla ekonomistów*, Wydanie II rozszerzone, Difin, Warszawa 2008.

141. Pytkowski W., *Organizacja badań i ocena prac naukowych*, PWN, Warszawa 1985.
142. Ramo D. E., Popova L., Grana R. i in., *Cannabis Mobile Apps: A Content Analysis*, "JMIR mHealth uHealth", 2015.
143. Ramsey J., Dargan P. I., Smyllie M. i in., *Buying "legal" recreational drugs does not mean that you are not breaking the law*, "Quarterly Journal of Medicine", 103, 2010.
144. Rejman K., Bąk S., *Determinanty bezpieczeństwa społecznego*, [w:] *Bezpieczeństwo publiczne*, nr 12/2018, Jarosław 2018.
145. Rysz-Kowalczyk B. (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Wydawnictwo Aspra Jr, Warszawa 2001.
146. Schifano F., Albanese A., Fergus S. i in., *Mephedrone (4-methylmethcathinone; "meow meow"): chemical, pharmacological and clinical issues*, „Psychopharmacology”, 214, 2011.
147. Schifano F., Deluca P., Baldacchino A. i in., *Drugs on the web; the Psychonaut 2002 EU project*, „Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry”, 2006.
148. Scottish Government, „*What works*” in drug education and prevention?: *Health and social care*, Social research, Scotland 2016.
149. Seddon T., *Drug Policy and Global Regulatory Capitalism: The Case of New Psychoactive Substances (NPS)*, "International Journal of Drug Policy", 25(5), 2014.
150. Serpelloni G. i in., *NPS Update and National Action Plan*, Dipartimento Politiche Antidroga, Rome 2013.
151. Shiner M., Newburn T., *Definitely, maybe not? The Normalisation of Recreational Drug use amongst Young People*, "Sociology", 31, 3, 1997.
152. Sierosławski J., *Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych, Monitorowanie problemów narkotykowych na poziomie lokalnym. Ewaluacja lokalnych strategii*, wyd: Fundacja Pozytywnej Profilaktyki, 2018.
153. Sierosławski J., *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież, Wyniki Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD) w 2011 roku*, Ośrodek Rozwoju Edukacji.
154. Simpson S. S., Adams N., Brugman C. M. i in., *Detecting Novel and Emerging Drug Terms Using Natural Language Processing: A Social Media Corpus Study*, "JMIR Public Health Surveill", 2018.

155. Skrabacz A., *Bezpieczeństwo społeczne – podstawy teoretyczne i praktyczne*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2012.
156. Śledzianowski J., *Pedagogika w służbie rodzinie wobec zagrożeń i patologii, w: Profilaktyka zagrożeń dzieci i młodzieży*, S. Cudak (red.), SAN, Łódź 2015.
157. Smart on Drugs, *Over Smart on Drugs*, Kortrijk, <https://smartondrugs.be/wie-zijn-wij/#over-smart-on-drugs>, dostęp 14.06.2022.
158. Sobczyk M., *Statystyka*, PWN, Warszawa 2007.
159. Sobczyk M., *Statystyka: Podstawy teoretyczne, przykłady, zadania*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000.
160. Society for Prevention Research, *Standards of Knowledge for the Science of Prevention*, “VA: Society for Prevention Research”, Fairfax 01/06/2011.
161. Stępień E., *Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży : przegląd badań z lat 1997 - 2002*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.
162. Szymczak W., *Podstawy statystyki dla psychologów*, Difin, Warszawa 2008.
163. Ter Laak T., *Designer drugs dodge the law: Use of 3-MMC evident in sewage, 30 September 2021*, Designer drugs dodge the law - KWR (kwrwater.nl), dostęp 10.12.2021.
164. The Gallup Organization, *Youth attitudes on drugs*, Analytical report, Flash Eurobaromètre 330, July 2011, Bruxelles 2011, http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_330_en.pdf (dostęp 22.06.2019).
165. The Health Foundation Inspiring Improvement, D. Abdulrahim, O. Bowden-Jones, *Guidance on the clinical management of acute and chronic harms of club drugs and novel psychoactive substances*, London: Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE), London 2015.
166. Thielle Z., Zgirski L., *Toksykomanie: Zagadnienia społeczne i kliniczne*, Warszawa 1976.
167. Tops P., van Valkenhoef J., van der Torre E. i in., *The Netherlands and synthetic drugs: an inconvenient truth*, „Eleven International Publishing”, Hague 2018.
168. Université de Liège et Université de Gent, *Rapport sur la recherche de traces de production de drogues de synthèse dans les eaux usées*, Liège, Gent 2010.
169. Walasek-Jarosz B., *Tok realizacji badań oraz opracowanie wyników*, [w:] *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, red. S. Palka, GWP, Gdańsk 2010.

170. Wax P. M., *Just a click away: Recreational drug Web sites on the Internet*, "Pediatrics", 2002.
171. Wiesner A., Tyl A., Zawilska J. B., *Metoksetamina – nowy związek psychoaktywny („dopalacz”) o silnym działaniu psychodysleptycznym*, "Alcoholism and Drug Addiction", Volume 28, Issue 2, June 2015.
172. Wiśniewski E., *Metodyka wojskowych badań naukowych*, „Zeszyty Naukowe ASG WP”, cz. 1(3), 1990.
173. Wolańska M., *Polityka Antynarkotykowa Unii Europejskiej*, Bezpieczeństwo narodowe I-II – 2009 /9-10.
174. Woronowicz B. T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.
175. Wrona J., *Dopalacze – demony naszych czasów*, Pomoc, Częstochowa 2010.
176. Zawilska J. B., *Co nowego w świecie „dopalaczy”?*, Tydzień Mózgu, Wszechświat, t.114, nr 1-3/2013.
177. Zielinko I., *Kara za narkotyki. Czy dla wymiaru kary ma znaczenie, jakiego rodzaju narkotyków dotyczy przestępstwo?*, <http://adwokatzielinko.pl/czy-dla-wymiaru-kary-ma-znaczenie-jakiego-rodzaju-narkotykow-dotyczy-przestepstwo/>, dostęp 14.06.2022.
178. Zieliński A., *Polityka wobec narkomanii w Unii Europejskiej*, Polityka Społeczna 2/2005, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2005.
179. Zuba D., *Nowe substancje psychoaktywne – współczesne wyzwanie dla toksykologów sądowych*, „Problems of Forensic Sciences”, 2014, vol. 100, Kraków 2014.
180. Zubrzycki W., *Poznawcze aspekty zagrożeń*, [w:] *Bezpieczeństwo. Teoria – Badania – Praktyka*, red. A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, Józefów: Wydawnictwo CNBOP-PIB 2015.

Raporty (OFDT, UNODC, WHO):

1. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Enquête SINTES 2009 sur la composition des produits de synthèse*, TREND 2011.
2. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Rumeurs de circulation de Désomorphine ou « Krokodil »*, Note d'information du 28 octobre 2011 (actualisée le 4 novembre 2011), Hague 2011.

3. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *SINTES Produits synthétiques*, 2009.
4. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Substances psychoactives, usagers et marches : les tendances récentes (2017-2018)*, Paris 2018.
5. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Veille Internet sur les substances psychoactives dans le cadre du projet TREND, Substance : 4-MTA*, 2000.
6. United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2014*, Vienna 2014.
7. United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2016*, Vienna 2016.
8. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Global Smart Update, Special Segment, The changing nature of "ecstasy"*, Vienna 2014.
9. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Global Synthetic Drugs Assessment, Amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances*, Vienna 2014.
10. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *International Standards on Drug Use Prevention*, Vienna 2015.
11. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *The challenge of new psychoactive substances*, Vienna 2013.
12. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Treaties*, <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>, dostę 25.03.2019.
13. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2012*, Vienna 2012.
14. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2008*, Vienna 2008.
15. World Health Organization (WHO), *Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-sixth report*, Technical Report Series, No 991, Geneva 2015.
16. World Health Organization (WHO), *Health for the World's Adolescents, A second chance in the second decade*, Geneva 2014.

Dokumenty Unii Europejskiej:

1. Commission européenne, *Coordination de la sécurité sociale dans l'Union européenne - Emploi, affaires sociales et inclusion* (europa.eu), dostę 30.04.2022.

2. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on an EU Drugs Action Plan for 2009-2012 (COM (2008) 567/4).
3. Conseil de l'Union Européenne, *Pacte européen pour la lutte contre les drogues de synthèse*, 3121ème Conseil et Justice des Affaires Intérieures, 2011.
4. EU, *Foreign and Security Policy, European foreign and security policy*, Foreign and Security Policy (europa.eu), dostęp 14.06.2022.
5. Eurojust, *Current situation in judicial cooperation in new psychoactive substance and (pre) precursor cases*, Analysis report, The Hague 2018.
6. European Commission, *EU's response to drugs*, Migration and Home Affairs, https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs_en, dostęp 27.03.2019.
7. European Commission, Migration and Home Affairs, *Drug Policy Initiatives*, https://ec.europa.eu/home-affairs/drug-policy-initiatives_en, dostęp 21.12.2021.
8. European Commission, Migration and Home Affairs, *Drugs policy*, https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control_en, dostęp 27.03.2019.
9. European Commission, *New Psychoactive Substances : Projects, Studies and Research funded by the European Commission*, Belgium 2014.
10. European Commission, *The Third Health Program 2014-2020: Funding Health Initiatives*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/factsheet_healthprogramme2014_2020_en.pdf, dostęp 06.03.2020.
11. European Commission, *Third EU Health Program 2014-2020*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/ev_20141104_co01_en.pdf, dostęp 06.03.2020.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *Drugs and the darknet, Perspectives for enforcement, research and policy*, EMCDDA–Europol Joint publications, Luxembourg 2017.
13. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *EMCDDA – Europol 2016 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, In accordance with Article 10 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances*, EMCDDA-Europol, Luxembourg 2017.

14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Euro-pol, *EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 4,4'-DMAR (4-methyl-5(4-methylphenyl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine)*, Luxembourg 2014.
15. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Euro-pol, *EU Drug Markets Report 2013, A strategic Analysis*, Luxembourg and Hague 2013.
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Euro-pol, *EU Drug Markets Report 2019, A strategic Analysis*, Luxembourg and Hague 2019.
17. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Euro-pol, *EU Drug Markets Report: In-Depth Analysis*, EMCDDA–Europol Joint publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2016.
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Euro-pol, *EU Drug Markets Report: Strategic Overview*, Luxembourg 2016.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Euro-pol, *Perspectives on drugs, Injection on synthetic cathinones*, Luxembourg 2014.
20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Luxembourg 2015.
21. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Dutch national focal point*,
https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox/netherlands_en, dostęp 07.08.2022.
22. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *EMCDDA Monographs, Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Luxembourg 2010.
23. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European drug prevention quality standards (EDPQS). A manual for prevention professionals*, Spain 2011.
24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Plan to Combat Drugs (1990)*,
https://www.emcdda.europa.eu/document-library/european-plan-combat-drugs-1990_en,
dostęp 15.06.2022.

25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation, An update from the EU Early Warning System*, Luxembourg 2018.
26. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *France, Country Drug Report 2017*, Luxembourg 2017.
27. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *France, Country Drug Report 2019*, Luxembourg 2019,
http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/france/drug-laws-and-drug-law-offences_lv, dostęp 18.09.2019.
28. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health and social responses to drug problems: A European guide*, Luxembourg 2017.
29. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Health responses to new psychoactive substances*, Luxembourg 2016.
30. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2017*, Luxembourg 2017.
31. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2018*, Luxembourg 2018,
http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/netherlands/prevention_en, dostęp 16.11.2019.
32. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Netherlands, Country Drug Report 2019*, Luxembourg 2019,
http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/netherlands/drug-laws-and-drug-law-offences_en, dostęp 24.10.2019.
33. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New Developments in national drug strategies in Europe*, Luxembourg 2017.
34. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System (March 2015)*, Luxembourg 2015.
35. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances in Europe: Innovative legal responses*, Luxembourg 2015.
36. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Perspective on drugs: Legal approaches to controlling new psychoactive substances*, Luxembourg 2016.

37. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Poland, Country Drug Report 2017*, Luxembourg, 2017.
38. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne*, Belgium 2001.
39. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The internet and drug market*, EMCDDA insights, Luxembourg 2016.
40. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The internet and drug markets: Summary of results from an EMCDDA Trendspotter study*, Luxembourg 2014.
41. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *The Internet and drug markets*, EMCDDA Insights n°21, Luxembourg 2016.
42. European Parliament, *Control of drug precursors in the EU*, Library Briefing of the European Parliament, 17.10.2013, Brussels 2013.
43. European Parliament, *Drugs package: Tackling new psychoactive substances*, European Parliamentary Research Service, Brussels 2017.
44. European Parliament, *Organised Crime and Corruption: Cost of Non-Europe Report*, European Parliamentary Research Service, Brussels 2016.
45. European Parliament, *The European Union and illicit drugs*, Library Briefing of the European Parliament, 03/01/2012, Brussels 2012.
46. European Union Global Strategy, *Wspólna wizja, wspólne działanie: Silniejsza Europa: Globalna strategia na rzecz polityki zagranicznej i bezpieczeństwa Unii Europejskiej*, 2016.
47. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, *Francja*, <https://osha.europa.eu/pl/about-eu-osha/national-focal-points/france>, dostęp 07.08.2022.
48. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2013: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2013.
49. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2014.
50. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2015: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2015.
51. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2016.

52. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2017.
53. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2018.
54. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2019.
55. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2020: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2020.
56. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2021: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2021.
57. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Europejski raport narkotykowy 2022: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg 2022.
58. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków: podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Luksemburg 2011.
59. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Narkotyki w obiektywie*, Belgia 2011.
60. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie 2005*, Luksemburg 2005.
61. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie 2008*, Luksemburg 2008.
62. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie 2009*, Luksemburg 2009.
63. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie 2010*, Luksemburg 2010.
64. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie 2011*, Luksemburg 2011.
65. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), *Stan problemu narkotykowego w Europie 2012*, Luksemburg 2012.
66. Europol, *Rapport sur les marchés des drogues dans l'UE*, Synthèse, La Haye 2016.
67. *Executive summary of the impact assessment*, Commission Staff Working Document, SWD(2013) 320 final, Brussels, 17.9.2013.

68. Komisja Europejska, *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, Europejska platforma na rzecz usprawnienia współpracy w zakresie przeciwdziałania pracy nierejestrowanej*,
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1299&langId=pl>, dostęp 15.06.2022.
69. Komunikat Komisji z dnia 15 grudnia 2005 roku w sprawie zwalczania HIV/AIDS w Unii Europejskiej i państwach z nią sąsiadujących w latach 2006-2009 (COM(2005)0654).
70. Parlament Europejski, *Sprawozdanie w sprawie dumpingu socjalnego w Unii Europejskiej (2015/2255(INI))*, A8-0255/2016,
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0255_PL.html, dostęp 15.06.2022.
71. Parlement européen, *Fiches thématiques sur l'Union européenne : Politique de l'emploi*,
<https://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/54/politique-de-l-emploi>, dostęp 15.06.2022.
72. *Polityka społeczna: Europejczycy oczekują od UE więcej działań | Aktualności | Parlament Europejski* (europa.eu), dostęp 07.04.2022.
73. Procedure 2013/0305/COD,
https://eur-lex.europa.eu/procedure/EN/2013_305, dostęp 27.10.2019.
74. *Projekt Europa 2030: Wyzwania i szanse*, Unia Europejska 2010.
75. *Report from the Commission to the Council and the European Parliament: EU- Anti-corruption report (COM(2014) 38 final z 3 lutego 2014 r.)*,
https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/documents/policies/organized-crime-and-human-trafficking/corruption/docs/acr_2014_en.pdf, dostęp 26.03.2019.
76. *Report from the Commission to the European Parliament and the Council on progress in the EU's 2013-2020 Drugs Strategy and 2013-2016 Action Plan on Drugs*, COM(2015) 584, Brussels 2014.
77. Rezolucja ustawodawcza Parlamentu Europejskiego z dnia 17 kwietnia 2014 r. w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych (COM(2013)0619 – C7-0272/2013 – 2013/0305(COD)), Bruksela 2014.
78. *Strategia antynarkotykowa Unii Europejskiej (2000–2004)* (12555/3/99),
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1338EN.html>, dostęp 15.10.2016 r.

79. The European Prevention Standards Partnership, *EDPQS Prevention Position Paper: Defining "drug prevention" and "quality"*, Liverpool: Centre for Public Health 2015.
80. Wniosek dotyczący dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającej decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 roku ustanawiającą minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami w odniesieniu do definicji narkotyków, nr 14810/16, Bruksela 2016.

Dziennik Urzędowy UE:

1. Art. 167 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), EUR-Lex - 12012E167 - PL - EUR-Lex (europa.eu), dostęp 04.08.2022.
2. Council of the European Union, *EU Action plan on drugs*, Official Journal of the European Union (2013/C 351/01).
3. Decyzja Rady w sprawie stanowiska, jakie należy zająć w imieniu Unii Europejskiej podczas sześćdziesiątej drugiej sesji Komisji ds. Środków Odurzających w sprawie umieszczenia w wykazie substancji wymienionych w tabelach załączonych do Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, Bruksela, 12.02.2019 r. (COM/2019/77 final - 2019/0037 (NLE)).
4. Decyzja Rady z dnia 22.10.1990 r. dotycząca podpisania w imieniu Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi (Dz. Urz. UE L 326, s. 56).
5. Decyzja ramowa Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiająca minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami (Dz. Urz. UE L 335/8) oraz Decyzja Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz. UE L 127/32).
6. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2103 z dnia 15.11.2017 r. zmieniająca decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW w celu włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji narkotyku i uchylająca decyzję Rady 2005/387/WSiSW (Dz. Urz. UE L 305/12).

7. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniająca decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającą minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami w odniesieniu do definicji narkotyków (COM/2013/618 final – 2013/0304 (COD)).
8. Komisja Europejska, *Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Holandii*, Unia Europejska 2012.
9. Konwencja Wykonawcza do Układu z Schengen między Rządami Państw Unii Gospodarczej Beneluksu, Republiki Federalnej Niemiec oraz Republiki Francuskiej w sprawie stopniowego znoszenia kontroli na wspólnych granicach (Dz. Urz. UE L 239 z 22.09.2000).
10. Parlament Europejski, *Noty tematyczne o Unii Europejskiej*, Luksemburg, 2019.
11. Plan działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016 z dn. 30.11.2013 r., Rada (Dz. Urz. UE nr C 351/1).
12. Proposal for a Council Decision On the information exchange, risk-assessment and the control on new narcotic drugs and new synthetic drugs (COM/2003/0560 final - CNS 2003/0215).
13. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on new psychoactive substances (COM(2013) 619 final, 17.09.2013).
14. Regulation (EC) No 273/2004 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors (Text with EEA relevance) (OJ L 047), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32004R0273>, dostęp 26.10.2019.
15. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 23.10.2013 r. w sprawie przestępczości zorganizowanej, korupcji i prania pieniędzy: zalecenia dotyczące potrzebnych działań i inicjatyw (sprawozdanie końcowe) (2013/2107(INI)) (Dz. Urz. UE C 208/89).
16. Rozporządzenie (WE) nr 1920/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (wersja przekształcona) (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006).
17. Rozporządzenie (WE) Nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych, (Dz. Urz. UE L 47 z 18.02.2004).

18. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/2101 z dnia 15.11.2017 roku zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1920/2006 w zakresie wymiany informacji, systemu wczesnego ostrzegania oraz procedury oceny zagrożeń w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych (Dz. Urz UE L 305/1).
19. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych (COM/2013/0619 final – 2013/0305 (COD)).
20. Rozporządzenie Rady nr 302/93 z dnia 8 lutego 1993 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (Dz. Urz. WE z 12 lutego 1993 r., L 36/1).
21. Strategia antynarkotykowa UE na lata 2013–2020 z dn. 29.12.2012 r., Rada, Zalecenia (Dz. Urz. UE c 402/1).
22. Strategia UE w dziedzinie narkotyków na lata 2021–2025 (Dz. Urz. UE C102/I).
23. Wspólne działanie 97/396/WSiSW z 16 czerwca 1997 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka oraz kontroli nowych leków syntetycznych (Dz. Urz. UE nr L 167 z 25 czerwca 1997 r.).
24. Zalecenia Rady 2003/488/WE z dnia 18 czerwca 2003 roku w sprawie zapobiegania i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków (Dz. Urz. UE L 165 z 03.07.2003).

Dziennik ustaw w Polsce:

1. Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających z 1961 r. sporządzona w Nowym Jorku dnia 30 marca 1961 r. (Załącznik do Dziennika Ustaw Nr 45 poz. 277 z dnia 5 listopada 1966 r.; zmiana: Dz. U. z 25 marca 1996 r. Nr 35 poz. 149).
2. Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi przyjęta dnia 20 grudnia 1988 r. w Wiedniu (Dz. U. z 1995 r. Nr 15, poz. 69).
3. Konwencja o substancjach psychotropowych sporządzona w Wiedniu dnia 21 lutego 1971 r. (Dz. U. z dnia 18 września 1976 r.).
4. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2018 poz. 1030).

5. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólno-go dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. poz. 356).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1591).
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. 2021 poz. 642).
8. Ustawa z dnia 7 lipca 2017 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2017 poz. 1458).
9. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1490).
10. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r. nr 179, poz. 1485).
11. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852).

Strony internetowe:

1. Bezprawnik, *Hera, koka, hasz. Jak to naprawdę jest z tymi narkotykami w Holandii?*, 13.05.2016,
<https://bezprawnik.pl/narkotyki-w-holandii/>, dostęp 31.10.2019.
2. Boffey D., *Dark web blamed for rise in drugs sent by post from Netherlands*, *The Guardian*, 25 April 2019,
<https://www.theguardian.com/society/2019/apr/25/dark-web-blamed-for-rise-in-drugs-sent-by-post-from-netherlands>, dostęp 28.04.2020.
3. Brunt T. M., Nagy C., Martins A. i in., *Drug testing in Europe: Monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project*, Drug Testing and Analysis, 2016,
<http://dx.doi.org/10.1002/dta.1954>, dostęp 06.03.2020.

4. Co-operation Agreement between Europol and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction,
<https://www.europol.europa.eu/partners-agreements/eu-institutions-agencies>, dostęp 31.10.2019.
5. Drug-Free World, *Online education*, Virtual Online Training System,
<https://education.drugfreeworld.org/>, dostęp 27.07.2019.
6. Drugs-Forum, *Addiction help and Harm Reduction*,
<https://drugs-forum.com/>, dostęp 23.06.2019.
7. Drugabuse.com Instagram Drug Dealers,
<https://drugabuse.com/featured/instagram-drug-dealers/>, dostęp 29.07.2019.
8. *Drug Prevention and Information Programme*, WelcomEurope,
https://www.welcomeurope.com/european-funds/drugs-prevention-658+558.html#tab=onglet_qa, dostęp 06.03.2020.
9. EMCDDA, *Drug profiles : BZP et autres pipérazines*,
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/bzp/fr>, dostęp 22.06.2019.
10. EMCDDA–Europol 2013 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA
http://www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2013_en, dostęp 31.10.2019.
11. *Encyklopedia PWN*, K. Sławik, 1997-2019 WN PWN SA.
<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/przestepczosc-zorganizowana;3963636.html>, dostęp: 27.01.2019.
12. European Commission, *Drugs policy*,
https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs_en, dostęp 31.01.2019.
13. European Commission website,
www.ec.europa.eu , dostęp 31.10.2019.
14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA),
<http://www.emcdda.europa.eu/>, dostęp 28.07.2019.
15. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Country drug reports*,
<http://www.emcdda.europa.eu/countries>, dostęp 27.03.2019.

16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Drug supply reduction policies and responses — Institutional, legal and financial arrangements (EU Drug Markets Report): Institutional, legal and financial arrangements*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/2016/online/supply-reduction-policies/Institutional-legal-financial>, dostęp 27.10.2019.
17. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Early Warning System on NPS*, Luxembourg, www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en, dostęp 17.09.2019.
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Infographic: New accelerated EU procedures to identify and respond to new psychoactive substances appearing in the European Union*, June 2019, http://www.emcdda.europa.eu/media-library/infographic-new-accelerated-eu-procedures-identify-and-respond-new-psychoactive-substances-appearing-european-union_en, dostęp 27.10.2019.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New legislation, bringing faster response to new drugs, applies from today*, News release n 8/2018, Luxembourg, 23.11.2018, http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/8/new-legislation-brings-faster-response-to-new-psychoactive-substances_en, dostęp 31.10.2019.
20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances – action points*, http://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/2016/online/new-psychoactive-substances/action-points_en, dostęp 31.10.2019.
21. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *New psychoactive substances – Production (EU Drug Markets Report)*, 2016, http://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/2016/online/new-psychoactive-substances/production_en, dostęp 22.06.2018.
22. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Reitox network*, <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>, dostęp 28.03.2019.

23. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Europol, *EU Drug Markets Report: In-depth Analysis*, Luxemburg 2016, http://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/2016/online/supply-reduction-policies/operational-actions_en, dostęp 23.10.2019.
24. Europol, <http://www.europol.europa.eu/>, dostęp 27.07.2019.
25. Europol, *About Europol*, <https://www.europol.europa.eu/about-europol>, dostęp 28.03.2019.
26. Europol, *Drug trafficking*, <https://www.europol.europa.eu/crime-areas-and-trends/crime-areas/drug-trafficking>, dostęp 27.03.2019.
27. Eurostat Statistics Explained, *Being young in Europe today - digital world*, December 2017, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_digital_world (dostęp 22.07.2019).
28. Flash Eurobarometer 401, *Young People and Drugs (Les jeunes et la drogue)*, 2014, http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf, dostęp 08.03.2020.
29. *Fondation pour un monde sans drogue, Découvrez la vérité sur la drogue*, <https://www.nonaladrogue.fr/>, dostęp 27.04.2020.
30. Gazeta.pl wiadomości, <http://wiadomosci.gazeta.pl/> (dostęp 27.07.2019).
31. I-Trend (Internet tools for research in Europe on new drugs), *Results*, <http://www.i-trend.eu/results.htm>, dostęp 08.12.2019.
32. International Society of Substance Use Professionals, *France*, <https://www.is-sup.net/knowledge-share/country-profiles/france>, dostęp 07.08.2022.
33. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Programy rekomendowane, <https://programyrekomendowane.pl/strony/wstep,265#:~:text=Przyk%C5%82adami%20dzia%C5%82a%C5%84%20zmierzaj%C4%85cych%20do%20eliminowania,przez%20otoczenie%20spo%C5%82eczne%2C%20os%C5%82abianie%20pozytywnych>, dostęp 18.06.2022.
34. Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, *Ustawy*, <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=108828>, dostęp 28.11.2021.

35. Kopsala B., *Zasada oportunisty w polskim prawie karnym*, 13.01.2011, <https://www.arslege.pl/10/materialy-edukacyjne/3428/zasady-oportunisty-w-polskim-prawie-karnym/>, dostęp 24.03.2019.
36. Le registre Français du Social et Médico-Social, *Association aide bénévole contre la drogue*, <https://annuaire.action-sociale.org/?c=association-abcd-620002824&details=caracteristiques>, dostęp 07.08.2022.
37. *List holenderskiego sekretarza stanu ds. zdrowia, opieki społecznej i sportu do prezydenta izby niższego stanu generalnego z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie polityki antynarkotykowej (dokument parlamentarny nr 24077, nr 426)* <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-24077-426.html>, dostęp 25.10.2019.
38. Malczewski A., *Promocja Dobrych Praktyk w profilaktyce uzależnień do narkotyków – cz. I*, Profnet, 29/08/2018, <https://www.profnet.org.pl/promocja-dobrych-praktyk-w-profilaktyce-uzaleznien-od-narkotykow-cz-i/>, dostęp 08.03.2020.
39. Mills H., Skodbo S. and Blyth P., *Understanding organised crime: estimating the scale and the social and economic costs*, Research Report 73, London: Home Office 2013, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/246390/horr73.pdf, dostęp 07.03.2020.
40. *Miłość i inne narkotyki – wywiad z Saszą i Ann Shulgin*, 03.11.2010, <https://www.wykop.pl/link/1728110/milosc-i-inne-narkotyki-wywiad-z-sasha-i-ann-shulgin/> (dostęp 23.07.2019).
41. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), *NIK o przeciwdziałaniu sprzedaży dopalaczy*, 03.06.2017, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przeciwdzialaniu-sprzedazy-dopalaczy.html>, dostęp 15.09.2019.
42. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), *Nowelizacja ustawy o dopalaczach z uwzględnieniem wniosków NIK*, 04.08.2018, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/ustawa-o-dopalaczach-uwzględnione-wnioski-nik.html>, dostęp 16.09.2019.
43. *Narkobiznes.pl*, http://narkobiznes.pl/?page_id=115, dostęp 24.10.2019.

44. Neicun J., Steenhuizen M., van Kessel R., *Mapping novel psychoactive substances policy in the EU: The case of Portugal, the Netherlands, Czech Republic, Poland, the United Kingdom and Sweden*, 26.06.2019.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0218011>, dostęp 24.10.2019.
45. *NPS review: Report of the expert panel*, NPS review expert panel, 2014,
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf, dostęp 24.10.2019.
46. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Rumeurs de circulation de Désomorphine ou « Krokodil », 2011*,
<https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/drogues-illicites/182-rumeurs-de-circulation-de-desomorphine-ou-l-krokodil-r>, dostęp 28.04.2020.
47. Olszak P., *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Co się zmieni?*, 21 lipca 2018 r.,
http://adwokat-olszak.pl/prawo-karne/przeciwdzialanie_narkomanii/, dostęp 23.10.2018.
48. Oniszk P., *Europejskie Standardy Jakości w profilaktyce*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Fundacja Pozytywnej Profilaktyki, 8 s.,
http://pozytywnaprofilaktyka.org/wp-content/uploads/2019/01/P.Oniszk_Europejskie_Standardy_Jakości_w_profilaktyce.pdf, dostęp 08.03.2020.
49. Opiumwet, 19.07.2019,
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/2019-07-19>, dostęp 24.10.2019.
50. *Organizacje pozarządowe przeciwdziałają uzależnieniom*, dn. 26.08.2010, Pomorze Zachodnie,
<https://wvs.wzp.pl/>, dostęp 29.05.2022.
51. Paoli L., *What is the link between organized crime and drug trafficking?*, ResearchGate, KU Leuven 2018.
https://www.researchgate.net/publication/325120387_What_is_the_link_between_organized_crime_and_drug_trafficking, dostęp 27.03.2019.
52. *Polityka zdrowotna, 162 zgony z powodu zatrucia nowymi narkotykami w 2018 r.*,
<https://www.politykazdrowotna.com/46754,162-zgony-z-powodu-zatrucia-nowymi-narkotykami-w-2018-r>, dostęp 20.01.2020.
53. Polski Instytut Spraw Międzynarodowych, *Polityka Francji wobec zagrożenia terrorystycznego*,
https://pism.pl/publikacje/Polityka_Francji_wobec_zagrozenia_terrorystycznego, dostęp 07.08.2022.

54. Poradnia narkotykowa on-line, *Nowe substancje psychoaktywne – coraz groźniejsze, artykuł analizujący skalę używania nowych substancji psychoaktywnych w Polsce*, 1 sierpnia 2018,
<https://www.narkomania.org.pl/czytelnia/nowe-substancje-psychoaktywne-coraz-grozniesz-e/>, dostęp 07.03.2020.
55. Profnet, *Czym jest profilaktyka uzależnień?*, 2022,
<https://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/profilaktyka-uzaleznien/>, dostęp 18.06.2022.
56. Ramy prawne i polityczne dotyczące narkotyków (w języku niderlandzkim) / Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM - National Institute for Public Health and the Environment)
<https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/drugs/wettelijk-en-beleidskader>, dostęp 25.10.2019.
57. Sałustowicz P., *La consommation des nouvelles substances psychoactives : comparaison dans quatre pays de l'Union Européenne*,
<http://mouvements.info/la-consommation-des-nouvelles-substances-psychoactives-comparaison-dans-quatre-pays-de-lunion-europeenne/>, dostęp 09.12.2019.
58. Strzelecka A., *Nowe rozwiązania prawne dotyczące dopalaczy*, 22.08.2018,
<https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1351805>, dostęp 08.09.2019.
59. SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, *Pokolenie dopalaczy*, badanie,
<https://www.swps.pl/warszawa/278-cp-import/badanie/13588-pokolenie-dopalaczy>, dostęp 08.03.2020.
60. Świat problemów, *Przełożyć standardy na praktykę*, wywiad A. Malczewskiego z A. Brotherhood,
<http://www.swiatproblemow.pl/przelozyc-standardy-na-praktyke/>, dostęp 08.03.2020.
61. The Victorian Government, *Prevention and harm reduction*,
<https://www.health.vic.gov.au/aod-treatment-services/prevention-and-harm-reduction>, dostęp 04.08.2022.
62. *Tryptamina*,
<https://pl.wikipedia.org/wiki/Tryptamina> (dostęp 28.07.2019)
63. Versterking strafrechtelijke aanpak ondermijning, 11.07.2019,
<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/07/11/versterking-strafrechtelijke-aanpak-ondermijning>, dostęp 26.10.2019.
64. *Wet voorkoming misbruik chemicaliën*, Wvmc
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0007286/2018-11-01>, dostęp 25.10.2019.

65. Wiley Online Library, John Wiley and Sons, Ltd., 2016,
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/dta.1954>, dostęp 15.12.2019.

66. Wykaz środków odurzających i substancji psychotropowych,
https://pl.wikipedia.org/wiki/Wykaz_środków_odurzających_i_substancji_psychotropowych#cite_note-Prek-23, dostęp 20.07.2019.

Artykuły prasowe:

1. Clavreul L., *Alerte sur les dangers des nouvelles drogues de synthèse*, Le Monde, 27.05.2014.
2. Deneux M., *La légalisation du cannabis peut faire augmenter la consommation*, 06/10/2017.
<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2017/10/06/01016-20171006ARTFIG00283-la-legalisation-du-cannabis-peut-faire-augmenter-la-consommation.php>, dostęp 10.03.2019.
3. European Commission, *Fight against illicit drugs: Commission proposes to ban seven new substances*, 18.12.2018.
http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-5289_en.htm (dostęp 20.02.2019).
4. Fritz A., *Nouvelles drogues de synthèse: vers la fin de la guerre à la drogue?*, 21.08.2015,
<http://www.rfi.fr/hebdo/20150821-drogues-lois-nouveaux-produits-synthese-nps-legislation-union-europeenne-france-nouv>, dostęp 27.10.2019.
5. *Gefährlicher Kick mit « Spice »*, Frankfurt, 15 Dezember 2008
6. Łukaszewicz A., Rzeczpospolita, *Kary za dopalacze w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii*, Prawo karne, 20.08.2018.
7. Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), *Inauguration d'un nouveau matériel de détection et d'identification des nouveaux produits de synthèse*, Dossier de presse, 24.06.2014,
https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/2014_06_24_dp_inauguration_materiel_douane.pdf, dostęp 27.10.2019.
8. *Opioidy zabijają po cichu. Zagrożeni również Polacy - ostrzega GIS*. 22.03.2018,
<https://zdrowie.dziennik.pl/aktualnosci/artykuly/571265,opioidy-i-leki-opioidowe-czym-sa-kiedy-szkodza.html> (dostęp 25.02.2019).
9. Ornacka E., Sumliński W., Krasnowska V., *Pruszków pod Moskwą*, 14.12.2003,
<https://www.wprost.pl/53363/Pruszkow-pod-Moskwa>, dostęp 22.03.2019.

10. Schaart E., Politico, 29.07.2019,
<https://www.politico.eu/article/brabant-dutch-drug-labs-blight-the-landscape/>, dostęp
26.10.2019.

11. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, *Tra-
fic*,

12. <https://www.drogues.gouv.fr/>, dostęp 28.11.2021.

13. Wolne Konopie, *Czy różnią się naturalne i syntetyczne kannabinoidy?* Kwiecień,
2018.

<https://wolnekonopie.org/2018/04/czym-roznia-sie-naturalne-i-syntetyczne-kannabinoidy/>
(dostęp 25.02.2019).

Wyroki TSUE:

1. C-358/13

2. C-181/14

Wysłuchania publiczne w Parlamencie Europejskim:

1. Organised Crime, Corruption and Money Laundering, Hearings,

[http://www.europarl.europa.eu/parlArchives/comArch/com7/hearingsSheet.do?lan-
guage=EN&body=CRIM](http://www.europarl.europa.eu/parlArchives/comArch/com7/hearingsSheet.do?language=EN&body=CRIM), dostęp 28.03.2019.

2. Parlament Europejski, posiedzenie Komisji Wolności Obywatelskich, Sprawiedli-
wości i Spraw Wewnętrznych, 04.09.2019,

[https://www.europarl.europa.eu/ep-live/pl/committees/video?event=20190904-1530-
COMMITTEE-LIBE](https://www.europarl.europa.eu/ep-live/pl/committees/video?event=20190904-1530-COMMITTEE-LIBE), dostęp 31.10.2019.

SPIS RYSUNKÓW

Rys. 0.1. Niektóre europejskie polityki narkotykowe	14
Rys. 1.1. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem płci	32
Rys. 1.2. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wieku .	33
Rys. 1.3. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wykształcenia.....	34
Rys. 1.4. Etapy procesu badawczego	35
Rys. 2.1. Kształtowanie się polityki antynarkotykowej w Unii Europejskiej w latach 1993-2003.....	50
Rys. 2.2. Kształtowanie się polityki antynarkotykowej w Unii Europejskiej w latach 2004-2025.....	54
Rys. 2.3. Cykl projektowy programu profilaktycznego	98
Rys. 2.4. Model profilaktyki opracowany przez P. J. Mrazek oraz R. J. Haggerty w 1994 roku oraz 2009 roku (rysunek przetłumaczony z języka francuskiego na język polski)	105
Rys. 2.5. Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat tego, kto lub co powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne.....	128
Rys. 2.6. Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat elementów składających się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki.....	130
Rys. 3.1. Rodzaje substancji znalezionych w 95 tabletkach ekstazy (rysunek przetłumaczony z języka francuskiego na język polski)	142
Rys. 3.2. Sprzedaż NSP w internecie (rysunek przetłumaczony z języka angielskiego na język polski).....	159
Rys. 3.3. Grupy i hasztagi, pod którymi można znaleźć informacje o narkotykach w mediach społecznościowych (rysunek przetłumaczony z języka angielskiego na język polski).....	169
Rys. 3.4. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	172
Rys. 3.5. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP	174
Rys. 4.1. Płeć ankietowanych z Polski, Francji i Holandii.....	183
Rys. 4.2. Wykształcenie respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	184
Rys. 4.3. Wiek respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	185

Rys. 4.4. Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażający bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	187
Rys. 4.5. Zapewnienie odpowiedniego poziomu życia ludziom oraz zniwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	188
Rys. 4.6. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	190
Rys. 4.7. Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii (na dole) pod rysunkiem	192
Rys. 4.8. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski.....	194
Rys. 4.9. Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji	195
Rys. 4.10. Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii	196
Rys. 4.11. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski	198
Rys. 4.12. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji	199
Rys. 4.13. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii	200
Rys. 4.14. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Polski	202
Rys. 4.15. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Francji.....	203
Rys. 4.16. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Holandii	204
Rys. 4.17. Elementy bezpieczeństwa społecznego w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Polski	206
Rys. 4.18. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Francji	207
Rys. 4.19. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Holandii	208

Rys. 4.20. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Polsce	210
Rys. 4.21. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci we Francji	211
Rys. 4.22. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Holandii	212
Rys. 4.23. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Polski	214
Rys. 4.24. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Francji	215
Rys. 4.25. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Holandii	217
Rys. 4.26. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Polsce	219
Rys. 4.27. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Holandii.....	221
Rys. 4.28. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci we Francji.....	223
Rys. 4.29. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Polsce	225
Rys. 4.30. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów we Francji	227
Rys. 4.31. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Holandii.....	229
Rys. 4.32. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski.....	231
Rys. 4.33. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji	232
Rys. 4.34. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii.....	233

Rys. 4.35. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski	234
Rys. 4.36. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji.....	235
Rys. 4.37. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii	236
Rys. 4.38. Zażywanie NSP jako czynnik zagrażający zdrowiu lub życiu człowieka według respondentów z Polski, Francji i Holandii	237
Rys. 4.39. Czynniki związane z podażą NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	239
Rys. 4.40. Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	240
Rys. 4.41. Zapewnianie odpowiedniego poziom życia ludziom oraz niwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii	242
Rys. 4.42. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	244
Rys. 4.43. Zagrożenia związane z pojawieniem się NSP jako najbardziej niebezpieczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	245
Rys. 4.44. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii	247
Rys. 4.45. Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii	249
Rys. 4.46. Kierunek programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii	251
Rys. 4.47. Uskutecznianie programów profilaktycznych w walce z narkomanią według respondentów z Polski, Francji i Holandii	254
Rys. 4.48. Najistotniejsze aspekty związane z pracownikami służby zdrowia w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	256
Rys. 4.49. Elementy, które powinny być uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia według respondentów z Polski, Francji i Holandii	258

Rys. 4.50. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii	265
---	-----

SPIS TABEL

Tabela 1.1. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem płci ..	32
Tabela 1.2. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wieku	33
Tabela 1.3. Ilościowe zestawienie ankietowanych grup badawczych pod względem wykształcenia	34
Tabela 1.4. Etapy przebiegu procesu badawczego.....	36
Tabela 2.1. Karalność czynów przed 2018 rokiem i później	64
Tabela 2.2. Placówki leczenia uzależnień w Polsce.....	114
Tabela 2.3. Przykłady środków zapobiegawczych w Holandii.....	124
Tabela 2.4. Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat tego, kto lub co powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne	127
Tabela 2.5. Odpowiedzi respondentów z Polski, Francji i Holandii na temat elementów składających się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki	129
Tabela 3.1. Liczba nowych substancji psychoaktywnych w Unii Europejskiej w latach 2008-2021	144
Tabela 3.2. Liczba użytkowników zażywających narkotyki w poszczególnych grupach wiekowych w 2018 roku	147
Tabela 3.3. Cechy charakterystyczne dla kannabinoidów syntetycznych oraz naturalnych	154
Tabela 3.4. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii	172
Tabela 3.5. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia związane z pojawieniem się NSP	173
Tabela 4.1. Płeć ankietowanych z Polski, Francji i Holandii.....	183
Tabela 4.2. Wykształcenie respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	184
Tabela 4.3. Wiek respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	185
Tabela 4.4. Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażający bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	186
Tabela 4.5. Zapewnienie odpowiedniego poziomu życia ludziom oraz zniwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii	188

Tabela 4.6. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	189
Tabela 4.7. Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	191
Tabela 4.8. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski	193
Tabela 4.9. Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji	195
Tabela 4.10. Czynniki związane z zażywaniem NSP najbardziej obniżające poczucie bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii.....	196
Tabela 4.11. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski	197
Tabela 4.12. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji	198
Tabela 4.13. Czynniki najbardziej obniżający poczucie bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii.....	200
Tabela 4.14. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Polski	201
Tabela 4.15. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Francji	202
Tabela 4.16. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według płci respondentów z Holandii	204
Tabela 4.17. Elementy bezpieczeństwa społecznego w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Polski.....	205
Tabela 4.18. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Francji	206
Tabela 4.19. Elementy składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według wykształcenia respondentów z Holandii.....	207
Tabela 4.20. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Polsce	209
Tabela 4.21. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci we Francji	210
Tabela 4.22. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według płci w Holandii	211

Tabela 4.23. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Polski	213
Tabela 4.24. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Francji.....	214
Tabela 4.25. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według wykształcenia respondentów z Holandii	216
Tabela 4.26. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Polsce	218
Tabela 4.27. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci w Holandii	220
Tabela 4.28. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według płci we Francji	222
Tabela 4.29. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Polsce	224
Tabela 4.30. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów we Francji	226
Tabela 4.31. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według wykształcenia respondentów w Holandii	228
Tabela 4.32. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Polski	230
Tabela 4.33. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Francji	231
Tabela 4.34. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według płci respondentów z Holandii	233
Tabela 4.35. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Polski	234
Tabela 4.36. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Francji.....	235

Tabela 4.37. Polepszenie skuteczności programów profilaktycznych jako czynnik wpływający na poprawę bezpieczeństwa społecznego według wykształcenia respondentów z Holandii	236
Tabela 4.38. Zażywanie NSP jako czynnik zagrażający zdrowiu lub życiu człowieka według respondentów z Polski, Francji i Holandii	237
Tabela 4.39. Czynniki związane z podażą NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii	238
Tabela 4.40. Czynniki związane z popytem NSP najbardziej zagrażające bezpieczeństwu społecznemu według respondentów z Polski, Francji i Holandii	239
Tabela 4.41. Zapewnianie odpowiedniego poziom życia ludziom oraz niwelowanie marginalizacji i wykluczenia społecznego według respondentów z Polski, Francji i Holandii	241
Tabela 4.42. Czynniki składające się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii	243
Tabela 4.43. Zagrożenia związane z pojawieniem się NSP jako najbardziej niebezpieczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii	244
Tabela 4.44. Najbardziej niebezpieczne zagrożenia społeczne związane z pojawieniem się NSP według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	246
Tabela 4.45. Czynniki ograniczające skuteczność programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	248
Tabela 4.46. Kierunek programów profilaktycznych według respondentów z Polski, Francji i Holandii	250
Tabela 4.47. Uskutecznianie programów profilaktycznych w walce z narkomanią według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	252
Tabela 4.48. Najistotniejsze aspekty związane z pracownikami służby zdrowia w zakresie profilaktyki narkotykowej według respondentów z Polski, Francji i Holandii	255
Tabela 4.49. Elementy, które powinny być uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia według respondentów z Polski, Francji i Holandii.....	257
Tabela 4.50. Przykłady problemów napotkanych w procesie podejmowania decyzji dotyczących profilaktyki uzależnień od narkotyków	261
Tabela 4.51. Szczegółowe aspekty profilaktyki skierowane na programy profilaktyczne według respondentów z Polski, Francji i Holandii	264

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik 1. Kwestionariusz ankiety w języku polskim

Kwestionariusz ankiety



AKADEMIA KALISKA

im. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO

RADA NAUKOWA DYSCYPLINY NAUK O BEZPIECZEŃSTWIE

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wsparcie moich badań swoją wiedzą i doświadczeniem w formie kwestionariusza ankiety.

Celem przygotowanej ankiety jest odpowiedź na następujące pytanie: *Czy nowe substancje psychoaktywne (NSP), zwane potocznie dopalaczami, mają negatywny wpływ na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej?*

W celu uzupełnienia mojej wiedzy w wyżej wymienionym obszarze proszę o udzielenie rzetelnych odpowiedzi w niniejszej ankiecie.

Wyniki badań uzyskane dzięki Pani/Pana uprzejmości i życzliwości wzbogacą wiedzę z zakresu rozpatrywanych zagadnień, a także będą podstawą do opracowania wniosków zawartych w mojej rozprawie doktorskiej: *Wpływ nowych substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo społeczne w Unii Europejskiej.*

Ankieta jest anonimowa. Wyniki badań będą prezentowane w sposób zbiorczy i zostaną wykorzystane jako cenne źródło informacji oraz wzbogacą wiedzę z zakresu rozpatrywanych zagadnień.

Serdecznie dziękuję za współpracę,

Kaja Kasprzak

- 1. Czy według Pana/i zażywanie NSP zagraża zdrowiu lub życiu człowieka?**
 - Tak
 - Nie
 - Nie wiem
- 2. Według Pana/i, który z czynników związanych z podażą NSP najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu?**
 - Przestępczość narkotykowa
 - Produkcja i handel narkotykami
 - Udział w terroryzmie
 - Negatywny wpływ na gospodarkę
 - Obciążenie instytucji publicznych
- 3. W Pana/i opinii, który z czynników związanych z popytem NSP najbardziej zagraża bezpieczeństwu społecznemu?**
 - Narkomania
 - Politoksykomania (jednoczesne nadużywanie substancji psychoaktywnych z różnych grup)
 - Patologie społeczne
 - Przedawkowanie
 - Uzależnienie
- 4. Jaki według Pana/i czynnik związany z zażywaniem NSP najbardziej obniża poczucie bezpieczeństwa społecznego?**
 - Wzrost przestępczości
 - Obciążenie systemu zdrowotnego
 - Brak działań profilaktycznych ze strony instytucji państwowych
 - Brak wprowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych
 - Brak wsparcia użytkowników NSP i ich rodzin
- 5. Kto/co według Pana/i opinii powinien zapewnić odpowiedni poziom życia ludziom oraz zniwelować marginalizację i wykluczenie społeczne?**
 - Instytucje krajowe
 - Instytucje międzynarodowe
 - Instytucje pozarządowe
 - Obywatele
- 6. Co według Pana/i przede wszystkim składa się na bezpieczeństwo społeczne w zakresie profilaktyki narkotykowej?**

- Działalność edukacyjna i zapobiegawcza
- Programy leczenia osób uzależnionych
- Programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych
- Zwalczanie przestępczości związanej z handlem narkotykami
- Współpraca międzynarodowa i wymiana informacji

7. Które z wymienionych zagrożeń związanych z pojawieniem się NSP jest według Pana/i najbardziej niebezpieczne?

- Zagrożenie ekonomiczne
- Zagrożenie zdrowotne
- Zagrożenie społeczne
- Zagrożenie kryminalistyczne

8. Które z wymienionych zagrożeń społecznych związanych z pojawieniem się NSP są według Pana/i najbardziej niebezpieczne? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- Dezorganizacja życia człowieka
- Brak perspektyw rozwoju osobistego
- Degradacja relacji społecznych
- Całkowite wykluczenie społeczne
- Bieda
- Brak pracy

9. Które czynniki według Pana/i ograniczają skuteczność programów profilaktycznych? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- Różnorodność problemów, z jakimi spotykają się osoby uzależnione
- Brak nacisku na jakość działań profilaktycznych
- Brak dostosowania działań do grupy odbiorców – do ich wieku, środowiska
- Brak danych na temat wydajnych interwencji
- Utrudnione docieranie do źródeł na temat skuteczności działań profilaktycznych
- Niejasne lub nierealistyczne cele główne oraz szczegółowe programów

10. Na jakie ogólne aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- Ograniczenie zażywania NSP
- Zapobieganie przedawkowaniom
- Krótkie interwencje

- Wymiana informacji między kompetentnymi instytucjami
- Gromadzenie informacji i udostępnianie wiedzy obywatelom
- Łączenie ze sobą wielu usług (medycznych, terapeutycznych, prawnych)
- Dostosowanie programów do grup docelowych

11. Na jakie szczegółowe aspekty profilaktyki Pana/i zdaniem powinny być skierowane programy profilaktyczne? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- Reakcje oparte na dowodach - działania powinny uwzględniać określone efekty po spożyciu narkotyków, cechy społeczno-kulturowe grup ryzyka lub szczególne zachowania ryzykowne;
- Innowacyjne reakcje - oprócz systemów wczesnego ostrzegania, reakcje mogą obejmować innowacyjne kontrole regulacyjne, specjalistyczne leczenie, reakcje edukacyjne, środki redukcji szkód czy leczenie przedawkowania;
- Wymiana informacji - ponieważ pracownicy służby zdrowia mogą czuć się niewykwalifikowani, gdy po raz pierwszy stają w obliczu problemów spowodowanych przez nowe substancje, podstawowa wymiana wiedzy i budowanie kompetencji, mogą być ważne;
- Reakcje profilaktyczne - interwencje profilaktyczne, które kładą nacisk na umiejętności i strategię radzenia sobie z problemami. Szkolne działania profilaktyczne związane z NSP powinny być prowadzone wyłącznie w ramach ogólnych programów zapobiegania, dla których istnieją dowody skuteczności;
- Redukcja szkód - lepsza edukacja i redukcja szkód związanych z zażywaniem NSP dla osób, które już używają narkotyków lub są na to narażone. Szczególnym wyzwaniem jest interwencja w trudno dostępnych populacjach nowych użytkowników NSP, którzy doznają poważnych szkód. Dotyczy to osób używających narkotyków wysokiego ryzyka (w tym osób przyjmujących opioidy). Potrzebne są interdyscyplinarne reakcje i współpraca między świadczeniodawcami w różnych środowiskach (np. kliniki zdrowia seksualnego, placówki opiekuńcze i centra leczenia uzależnień), aby ograniczyć te szkody.

12. Według Pana/i, które z działań skuteczniłyby programy profilaktyczne dotyczące walki z narkomanią? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- Zdolność do wczesnego ostrzegania w zakresie identyfikowania, oceny i komunikowania ryzyka związanego z NSP
- Rozwijanie wsparcia i szkolenia, aby umożliwić specjalistom w istniejących usługach rozpoznanie zagrożenia
- Zachęcanie krajowych organów ds. zdrowia do opracowania nowych wytycznych praktycznych dotyczących NSP
- Rozwijanie edukacji, w tym redukcji szkód charakterystycznej dla NSP dla grup docelowych i osób, które już używają narkotyków
- Wprowadzenie programów reintegracji społecznej
- Finansowanie badań analitycznych i toksykologicznych
- Rozwijanie szkolnych działań profilaktycznych związanych z NSP dla których istnieją dowody skuteczności
- Opracowanie podejść wielodyscyplinarnych i łączenie różnych usług
- Opracowanie oceny rozwoju reakcji na NSP w celu przygotowania skutecznych interwencji
- Dostosowanie strategii do potrzeb konkretnych grup docelowych
- Zwiększenie ilości akcji informacyjnych skierowanych do grup ryzyka i ich rodzin

13. Które aspekty związane z pracownikami służby zdrowia są dla Pana/i najistotniejsze w zakresie profilaktyki narkotykowej? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- Wykorzystanie zdobytego doświadczenia zawodowego i kompetencji
- Dostosowanie posiadanych narzędzi do zaistniałej sytuacji
- Zrozumienie skutków zażywania narkotyków oraz szkód związanych z takim zachowaniem
- Zwiększenie dostępu do szkoleń dotyczących NSP
- Stworzenie platform wymiany wiedzy dla lekarzy, pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych na poziomie zarówno lokalnym, jak i krajowym czy europejskim
- Potrzeba budowania kompetencji wśród pracowników służby zdrowia w obszarze zdrowia publicznego w skali europejskiej

14. Według Pana/i, które z wymienionych elementów powinny zostać uwzględnione w obecnym systemie leczenia i monitorowania zdrowia? (pytanie wielokrotnego wyboru)

- Pomoc specjalistyczna w obszarach pozamiejskich

- Zwiększenie dostępności instrumentów monitorowania NSP
- Zwiększenie dostępności do usług dedykowanym młodszym użytkownikom
- Zwiększenie dostępu do wiedzy ludziom zażywającym NSP rekreacyjnie
- Zwiększenie wymiany danych epidemiologicznych
- Zrozumienie uwarunkowań społeczno-kulturowych

15. Czy według Pana/i polepszenie skuteczności programów profilaktycznych dotyczących NSP wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa społecznego w zakresie problemu narkotykowego?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Płeć

- kobieta
- mężczyzna

Wiek

- 15-24 lat
- 25-40 lat
- powyżej 40 lat

Wykształcenie

- podstawowe
- średnie
- wyższe

Kraj

- Polska
- Francja
- Holandia

Enquête



AKADEMIA KALISKA

PRÉSIDENT STANISŁAW WOJCIECHOWSKI
à Kalisz (Pologne)

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DANS LE DOMAINE DES SCIENCES DE SÉCURITÉ

L'ENQUÊTE

Je vous demande de bien vouloir appuyer ma recherche avec vos connaissances et votre expérience sous la forme d'un questionnaire.

L'objectif de l'enquête ci-dessous est de répondre à la question suivante : *Les nouveaux produits de synthèse (NPS), souvent appelées nouvelles drogues, ont-ils un impact négatif sur la protection sociale dans l'Union européenne ?*

Afin de compléter mes connaissances dans le domaine susmentionné, je souhaite vous demander des réponses fiables dans ce questionnaire.

Les résultats de recherche obtenus grâce à votre gentillesse et bienveillance enrichiront la connaissance des problématiques liées à la protection sociale, et serviront également de base à la préparation des conclusions contenues dans ma thèse : *L'impact des nouvelles substances psychoactives sur la protection sociale dans l'Union européenne.*

L'enquête est **anonyme**. Les résultats de la recherche seront présentés de manière collective et seront utilisés comme une source d'information précieuse et enrichiront la connaissance des questions étudiées.

Merci de votre coopération,
Kaja Kasprzak

1. À votre avis, la consommation de NPS est-elle une menace pour la santé ou la vie humaine ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

2. Selon vous, lequel des facteurs liés à l'offre de NPS est-il la plus grande menace pour la protection sociale ?

- La criminalité liée à la drogue
- La production et trafic de drogue
- La participation au terrorisme
- L'impact négatif sur l'économie
- Les charges supplémentaires pour les institutions publiques

3. Selon vous, lequel des facteurs liés à la demande de NPS menace-il le plus la protection sociale ?

- La toxicomanie
- La politoxicomanie
- Les pathologies sociales
- Le surdosage
- La dépendance

4. Selon vous, quel est le facteur lié à l'usage de NPS qui crée le plus le sentiment d'insécurité dans la société ?

- L'augmentation de la criminalité
- Les charges supplémentaires du système de santé
- Le manque de mesures préventives de la part des institutions publiques
- Le manque de traitement de substitution pour les toxicomanes
- Le manque de soutien pour les utilisateurs de NPS et leurs familles

5. Qui / quoi, selon vous, devrait assurer un niveau de vie approprié aux citoyens et éliminer la marginalisation ainsi que l'exclusion sociale ?

- Les institutions nationales
- Les institutions internationales
- Les institutions non gouvernementales
- Les citoyens

6. Qu'est-ce qui, selon vous, contribue principalement à la protection sociale dans le domaine de la prévention de la toxicomanie ?

- Les activités éducatives et préventives
- Les programme de traitement des toxicomanes
- Les programmes de réduction des risques sanitaires et sociaux
- La lutte contre la criminalité liée au trafic de drogue
- La coopération internationale et échange d'informations

7. Lequel des dangers suivants liés à l'émergence des NPS est, selon vous, le plus dangereux ?

- Le danger économique
- Le danger pour la santé
- Le danger social
- Le danger au niveau du droit pénal

8. Parmi les menaces dans la société, liées à l'émergence du NPS, lesquelles sont-elles les plus dangereuses selon vous ? (plusieurs réponses possibles)

- La désorganisation de la vie humaine
- Le manque de perspectives du développement personnel
- La dégradation des relations sociales
- L'exclusion sociale totale
- La pauvreté
- Le manque de travail

9. Quels sont, selon vous, les facteurs qui limitent l'efficacité des programmes de prévention ? (plusieurs réponses possibles)

- Une variété de problèmes rencontrés par les toxicomanes
- Le manque d'appui sur la qualité des mesures préventives
- La non-adaptation des activités au groupe cible par rapport à l'âge, l'environnement
- Le manque de données sur les interventions efficaces
- La difficulté à accéder aux sources sur l'efficacité des mesures préventives
- Les objectifs principaux et supplémentaires des programmes peu clairs voire irréalistes

10. Selon vous, quels aspects principaux des programmes de prévention devraient-êtré visés ? (plusieurs réponses possibles)

- La restriction de la consommation des NPS
- La prévention d'overdoses
- Les brèves interventions

- L'échange d'informations entre les institutions compétentes
- La collecte des informations et leur partage avec les citoyens
- La connexion des plusieurs services (médicaux, thérapeutiques, juridiques)
- L'adaptation des programmes aux groupes cibles

**11. Selon vous, quels aspects spécifiques des programmes de prévention devraient-
être visés ? (plusieurs réponses possibles)**

- Les réactions basées sur des preuves - les actions doivent tenir compte des effets spécifiques des drogues, des caractéristiques socio-culturelles des groupes à risque ou des comportements spécifiques à risque;
- Les réponses innovantes - en plus des systèmes d'alerte précoce, les réponses peuvent inclure des contrôles réglementaires innovants, des traitements spécialisés, des réponses éducatives, des mesures de réduction des risques et des traitements de surdosage ;
- Le partage d'informations - étant donné que les professionnels de la santé peuvent se sentir non qualifiés lorsqu'ils sont confrontés pour la première fois aux problèmes causés par des NPS, le partage des connaissances de base et le renforcement des compétences peuvent être importants ;
- Les réponses préventives – les interventions préventives qui mettent l'accent sur les capacités et les stratégies d'adaptation. Les activités de prévention des NPS au milieu scolaire ne devraient être menées que dans le cadre de programmes généraux de prévention pour lesquels il existe des preuves d'efficacité ;
- La réduction des risques – la meilleure éducation et réduction des risques de l'usage des NPS pour les personnes qui consomment déjà des drogues ou qui risquent de le faire. L'intervention auprès des nouveaux utilisateurs des NPS vivant dans les endroits difficiles à atteindre qui subissent de graves préjudices est un défi particulier. C'est le cas des usagers de drogues à haut risque (dont les usagers d'opiacés). Des réponses interdisciplinaires et une collaboration entre les prestataires de soins dans différents contextes (par exemple les cliniques de santé sexuelle, les établissements de soins et les centres de traitement de la toxicomanie) sont nécessaires pour limiter ces dommages.

**12. Selon vous, quelles mesures seraient-elles efficaces dans les programmes de
prévention de la toxicomanie ? (plusieurs réponses possibles)**

- La capacité d'alerte précoce pour identifier, évaluer et communiquer les risques liés aux NPS
- Le développement du soutien et de formation pour permettre aux professionnels des services existants de reconnaître les menaces
- L'encouragement des autorités sanitaires nationales à élaborer de nouvelles lignes directrices pratiques pour les NPS
- Le développement d'éducation, y compris la réduction des risques spécifiques liés aux NPS, pour les groupes cibles et les personnes qui consomment déjà des drogues
- L'introduction des programmes de réinsertion sociale
- Le financement de la recherche analytique et toxicologique
- Le développement des activités de prévention des NPS au milieu scolaire pour lesquelles il existe des preuves d'efficacité
- Le développement des approches multidisciplinaires et la connexion entre les différents services
- L'élaboration d'une évaluation du développement des réponses aux NPS pour préparer les interventions efficaces
- L'adaptation de la stratégie aux besoins de groupes cibles spécifiques
- L'augmentation du nombre de campagnes d'information ciblées sur les groupes à risque et leurs familles

13. Quels aspects liés aux professionnels de la santé sont les plus importants en matière de prévention des toxicomanies selon vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'utilisation de l'expérience et des compétences professionnelles acquises
- L'adaptation à la situation des outils disponibles
- La compréhension des effets de la consommation de drogues et les préjudices associés à un tel comportement
- L'augmentation d'accès à la formation sur les NPS
- La création de plateformes d'échange de connaissances pour les médecins, les professionnels de la santé et les assistants sociaux au niveau local, national et européen
- La nécessité de renforcer les compétences des professionnels de santé dans le domaine de la santé publique à l'échelle européenne

14. À votre avis, lesquels des éléments susmentionnés devraient être inclus dans le système actuel de traitement et de surveillance de la santé ? (plusieurs réponses possibles)

- L'aide spécialisée dans les zones extra-urbaines
- L'augmentation de disponibilité des instruments de surveillance des NPS
- L'augmentation de disponibilité des services dédiés aux jeunes utilisateurs
- L'augmentation d'accès aux informations pour les personnes qui utilisent les NPS à des fins récréatives
- L'augmentation d'échange de données épidémiologiques
- La compréhension des conditions socioculturelles

15. Selon vous, l'amélioration de l'efficacité des programmes de prévention des NPS améliorerait-elle la protection sociale face au problème de la drogue ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Sexe

- femme
- homme

Âge

- 15-24 ans
- 25-40 ans
- plus de 40 ans

Éducation

- Le niveau d'enseignement primaire
- Le niveau d'enseignement secondaire
- Le niveau d'enseignement supérieur

Pays

- La Pologne
- La France
- Les Pays-Bas

Survey questionnaire



AKADEMIA KALISKA

in honour of PRESIDENT STANISŁAW WOJCIECHOWSKI
in Kalisz (Poland)

SCIENTIFIC COUNCIL OF THE SAFETY SCIENCE DISCIPLINE

SURVEY QUESTIONNAIRE

I kindly ask you to support my research with your knowledge and experience in the form of a questionnaire.

The aim of the prepared questionnaire is to answer the following question: *Do new psychoactive substances (NPS), known as legal highs, have a negative impact on societal safety in the European Union?*

In order to complete my knowledge in the above-mentioned field, I would like to ask you for reliable answers in this questionnaire.

Thanks to your kindness and politeness, the research results obtained will enrich knowledge of the issues taken into consideration, and will also be the basis for the development of conclusions contained in my doctoral dissertation: *The impact of new psychoactive substances on societal safety in the European Union.*

The survey is **anonymous**. The research results will be presented in a collective manner, will be used as a valuable source of information and will enrich the knowledge of the issues taken into consideration.

Thank you for your cooperation,

Kaja Kasprzak

1. In your opinion, does the use of NSP endanger a human health or life?

- Yes
- No
- I do not know

2. In your opinion, which factor related to the NSP supply is the greatest threat to societal safety?

- Drug-related crime
- Production and trafficking of drugs
- Participation in terrorism
- Negative impact on the economy
- Burden on public institutions

3. In your opinion, which factor related to the NSP demand is the greatest threat to societal safety?

- Drug addiction
- Politoxicomania
- Social pathologies
- Addiction
- Overdosage

4. In your opinion, which factor related to the use of NSP reduces the most the feeling of societal safety?

- Growth in criminality
- Burden on the health system
- Lack of preventive measures on the part of public institutions
- Lack of substitution treatment for addicted person
- Lack of assistance for NSP users and their families

5. In your opinion, what/who should ensure an adequate standard of living for people and eliminate marginalization and social exclusion? (only one answer)

- National institutions
- International institutions
- Non-governmental institutions
- Citizens

6. In your opinion, what are the main components of societal safety in the field of drug prevention?

- Educational and preventive activities

- Program for treatment of drug addiction
- Health and social harm reduction programs
- Programs for fighting crimes related to drug trafficking
- International cooperation and information exchange

7. In your opinion, which of the following threats related to the emergence of NSP is the most dangerous? (Multiple choice)

- Economic threat
- Health threat
- Social threat
- Criminal threat

8. In your opinion, which of the following social threats related to the emergence of the NSP are the most dangerous? (Multiple choice)

- Disorganization of human life
- Lack of prospects for personal development
- The degradation of social relations
- Complete social exclusion
- Poverty
- Lack of work

9. In your opinion, which factors limit the effectiveness of preventive programs? (Multiple choice)

- Variety of problems faced by addicts
- Lack of emphasis on the quality of preventive activities
- Lack of adaptation of activities to the target group – to their age, environment
- Lack of data on effective interventions
- Difficulty to reach sources on the effectiveness of preventive measures
- Unclear or unrealistic main and specific objectives of the programs

10. In your opinion, what general aspects should be targeted by preventive programs? (Multiple choice)

- Reduction of NSP use
- Prevention of overdoses
- Short interventions
- Exchange of information between competent institutions
- Gathering information and making knowledge available to citizens

- Combining multiple services (medical, therapeutic, legal)
- Adapting programs to target groups

11. In your opinion, what specific aspects should be targeted by preventive programs? (Multiple choice)

- Evidence-based reactions - actions should take into account specific drug effects, socio-cultural characteristics of risk groups or specific risk behaviors;
- Innovative responses - in addition to early warning systems, responses can include innovative regulatory controls, specialized treatments, educational responses, harm reduction measures and overdose treatments;
- Sharing of information - as healthcare professionals may feel unskilled when confronted for the first time with problems caused by NPS, basic knowledge sharing, competence building and highlighting how to transfer existing competence can be important;
- Preventive responses - preventive interventions that emphasize skills and strategies to tackle the problems. School-based NPS prevention activities should only be conducted as part of general prevention programs for which there is evidence of effectiveness;
- Harm reduction - better education and harm reduction of NPS use for people who are already using drugs or are at risk of doing so. A particular challenge is to intervene in hard-to-reach populations of new NSP users who are experiencing serious harm. This includes high-risk drug users (including opioid users). Multidisciplinary responses and collaboration between providers in different settings (e.g., sexual health clinics, care facilities and addiction treatment centers) are needed to reduce these harms.

12. In your opinion, which measures would be effective in drug prevention programs? (Multiple choice)

- Early warning capability to identify, assess and communicate NSP risks
- Developing support and training to enable professionals in existing services to recognize the threat
- Encourage national health authorities to develop new practical guidelines for NPS
- Develop education, including harm reduction specific to NPS for target groups and people who already use drugs

- Introducing the social reintegration programs
- Financing of analytical and toxicological research
- Developing school-based prevention activities related to NPS for which there is evidence of effectiveness
- Developing a multidisciplinary approaches and combining different services
- Preparing an assessment of the development of the NPS responses to identify effective interventions
- Adapting the strategy to the needs of specific target groups
- Increasing the number of information campaigns targeted at risk groups and their families

13. Which aspects of health professionals do you consider most important in terms of drug prevention? (Multiple choice)

- Use of professional experience and competences gained
- Adaptation of existing tools to the situation at hand
- Understand the consequences of drug use and the harms associated with such behavior
- Increasing access to NSP training
- Creation of knowledge-sharing platforms for doctors, health professionals and social workers at both local, national and European levels
- Need for competence building among health professionals in the field of public health on a European scale

14. In your opinion, which of the above-mentioned elements should be included in the current system of treatment and health monitoring? (Multiple choice)

- Specialized assistance in non-urban areas
- Increase the availability of NSP monitoring instruments
- Increase accessibility to services dedicated to younger users
- Increase accessibility to knowledge for people who use NPS recreationally
- Increase the exchange of epidemiological data
- Understanding the socio-cultural conditions

15. In your opinion, the improvement of effectiveness in the field of NSP prevention programs would increase societal safety regarding the drug problem?

- Yes
- No
- I do not know

Sex

- woman
- man

Age

- 15-24 years old
- 25-40 years old
- over 40 years old

Education

- primary
- secondary
- higher

Country

- Poland
- France
- Netherlands