

# REGULACJE PRAWNE JAKO CZYNNIK MINIMALIZUJĄCY RYZYKO POWROTU DO UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

JUSTYNA KRÓL-CAŁKOWSKA\*  
MAŁGORZATA SIERADZKA\*\*

DOI: 10.26399/iusnovum.v16.4.2022.40/m.sieradzka/j.krol-calkowska

## UWAGI WSTĘPNE

Dopalacze (*legal high*; *designer drugs*) określane są jako substancje psychoaktywne wpływające aktywnie na układ nerwowy. „Dopalacze” to heterogenna grupa związków naturalnych, półsyntetycznych i syntetycznych, w której – stosując jako kryterium podziału ich wpływ na funkcję mózgu, procesy kognitywne, zachowanie i percepcję – wyróżnia się określone podgrupy, w tym związki psychostymulujące o działaniu zbliżonym do amfetaminy, ekstazy i kokainy, związki naśladujące działanie marihuany, syntetyczne kanabinomimetyki<sup>1</sup> (syntetyczne kanabinoidy), związki o działaniu psychodysleptycznym, syntetyczne opioidynowe pochodne benzodiazepiny<sup>2</sup> i pozostałe substancje<sup>3</sup>.

---

\* dr hab., prof. UŁaz WPiA Uczelni Łazarskiego, e-mail: kancelaria.prawomed@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8370-0154

\*\* dr hab., prof. UŁaz WPiA Uczelni Łazarskiego, e-mail: malgorzata.sieradzka@lazarski.pl, ORCID: 0000-0002-3930-6491

<sup>1</sup> J.B. Zawilska, *Charakterystyka toksykologiczna nowych substancji psychoaktywnych*, w: A. Krakowiak, A. Rutkiewicz (red.), *Dopalacze od teorii do praktyki klinicznej*, Bielsko-Biała 2019.

<sup>2</sup> P. Biliński, P. Hołownia, L. Kapka-Skrzypczak, A. Wojtyła, *Designer Drug (DD) Abuse in Poland; A Review of the Psychoactive and Toxic Properties of Substances Found From Seizures of Illegal Drug Products and the Legal Consequences Thereof. Part 1 – Cannabinoids and Cathinones*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2012, vol. 19, nr 4, s. 857–870.

<sup>3</sup> B. Bernardino, I. Gomila, *Pharmacology and Literature Review Based on Related Death and Non-fatal Case Reports of the Benzofurans and Benzodifurans Designer Drugs*, „Current pharmaceutical design” 2017, vol. 23, nr 36, s. 5523–5529.

W pracy przedstawiono rozważania stanowiące punkt wyjścia do zmian obowiązującego w Polsce prawa, a także przyjęcia zunifikowanych rozwiązań systemowych na terenie całej UE. Materiał stanowiły dane liczbowe dotyczące przyjmowania „dopalaczy” w Polsce w latach 2015–2017, w tym liczby zgonów spowodowanych w związku z ich użyciem. Badanie w zakresie analizy indywidualnych dokumentacji medycznych pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Ostrych Zatruc Instytutu Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi w związku z przyjęciem nowych substancji psychoaktywnych pozwoliło na przedstawianie tendencji powrotu do stosowania dopalaczy.

W pracy posłużono się metodą analizy obowiązujących przepisów prawa, dokonując jednoczesnego odniesienia do doktryny prawa i tworzącej się linii orzeczniczej. Analizując zasadność wprowadzenia mechanizmów leczenia przymusowego osób powracających do używania dopalaczy, ukazano tendencję cyklicznego ich przyjmowania przez pacjentów leczonych w oddziale ostrych zatruc IMP w Łodzi.

## PRAWNA DEFINICJA DOPALACZY

Pojęcie „dopalacze” ma swoje źródło w terminologii lotniczej, gdzie „dopalacz” oznacza urządzenie w silniku turbodrzutowym umożliwiające zwiększenie ciągu. Biuro Narodów Zjednoczonych do Spraw Narkotyków i Przestępczości (UNODC)<sup>4</sup> i Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii przyjęły, że „nowa substancją psychoaktywną” jest nowy narkotyk lub związek psychotropowy w formie czystej lub w postaci produktu, niepodlegający kontroli przez Konwencje Narodów Zjednoczonych dotyczące leków, związków psychoaktywnych, a który może wywołać szkody zdrowotne porównywalne do tych, będących skutkiem zażywania substancji wymienionych<sup>5</sup> w przywoływanych konwencjach<sup>6</sup>. Dopalacze nie stanowią jednolitej grupy substancji; to szeroka, bardzo zróżnicowana i stale rozrastająca się grupa związków, które można podzielić m.in. na: związki o charakterze amfetamino- i ekstazopochodnym (pochodne katynonu, piperazyny), syntetyczne związki halucynogenne (metoksetamina, związki z grupy 2C, NBOMe), związki o działaniu podobnym do marihuany (spice, K2), związki naśladujące działanie opioidów (AH-7921, MT-45), oraz pochodne benzodiazepiny, które nie znalazły zastosowania w medycynie (flubromazepam, etizolam, diklazepam). Wyniki badań klinicznych pozwalają nam podzielić je na stymulanty (substancje pobudzające funkcje OUN), depresanty (substancje działające hamująco na OUN) oraz psychodeliki (substancje

<sup>4</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC), „World Drug Report” 2018, nr 3, s. 60–69.

<sup>5</sup> W literaturze wskazuje się, że w ciągu ostatnich 10 lat duża liczba nowych substancji psychoaktywnych (dalej NPS) weszła do katalogu narkotyków rekreacyjnych. Przyjmowanie NPS wiąże się ze szczególnymi zagrożeniami zdrowotnymi, ze względu na fakt, że nie istnieją wiarygodne źródła wskazujące na sposób ich oddziaływania, a także metody leczenia skutków związanych z ich użyciem. Zob. G.S. Wang, Ch. Hoyte, *Novel Drugs of Abuse*, „Pediatrics in Review February” 2019, vol. 40, nr 2, s. 71–78, <https://doi.org/10.1542/pir.2018-0050> (dostęp: 27.12.2022).

<sup>6</sup> L. Fattore, A.M. Weinstein, *Editorial: Novel Psychoactive Drugs*, „Front Psychiatry” 2019, vol. 10, s. 119, doi: 10.3389/fpsy.2019.00119.

halucynogenne)<sup>7</sup>. Dopalacze występują jako substancje typu „spicy” (kadzidelka, susze roślinne), „party pills” – kolorowe tabletki i proszki dostępne w foliowych torebkach produkowane z mieszanek substancji syntetycznych (sztucznych), oraz pigułki i kolorowe znaczki do lizania z jedną substancją aktywną (pochodzenia syntetycznego)<sup>8</sup>.

Podstawową substancją w składzie większości dopalaczy syntetycznych jest benzylopiiperazyna (BZN), czyli substancja działająca podobnie do amfetaminy. Ma ona działanie uzależniające, zaburza rytm serca, powoduje skoki ciśnienia krwi i odwadnia organizm. Dużym zainteresowaniem cieszą się również dopalacze z dodatkiem TFMPP. Substancje z JWH-018 powodują podobne działanie do haszyszu i marihuany. Mefedron działa jak kokaina, gdyż powoduje bardzo szybki wzrost temperatury, co może doprowadzić do przegrzania organizmu<sup>9</sup>. W Stanach Zjednoczonych w poprawce do ustawy Controlled Substances Act zakazano produkcji oraz dystrybucji (w tym spożywania) substancji rażąco podobnych do tych umieszczonych na liście substancji zakazanych<sup>10</sup>.

Natomiast pojęcie „środek zastępczy” pojawiło się w ustawodawstwie polskim po raz pierwszy w Ustawie z dnia 31 stycznia 1985 r. o zapobieganiu narkomanii. Jako środek zastępczy definiowano substancję w każdym stanie fizycznym, używaną w takich samych celach niemedycznych jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, albo zamiast nich, umieszczoną w wykazie trucizn lub środków szkodliwych.

W dniu 29 lipca 2005 roku<sup>11</sup> zaczęła obowiązywać ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej UoPN), która pomimo wielokrotnych nowelizacji nie spowodowała osiągnięcia celów w postaci ograniczenia użytkowania i obrotu dopalaczami.

Aktualna definicja środka zastępczego została wprowadzona nowelizacją UoPN z 2015 roku<sup>12</sup>. Zgodnie z art. 4 pkt 27 UoPN „środek zastępczy” to produkt zawierający substancje o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może zostać użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie są regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów.

---

<sup>7</sup> E. Pieprzyca, R. Skowronek, C. Chowaniec, *Problemy analityczne i interpretacyjne związane z diagnostyką zatruc „dopalaczami”*, „Prokuratura i Prawo” 2018, nr 3, s. 116, <https://www.naag.org/publications/naagazette/volume-8-number-2/designer-drugs-lead-to-designer-legislation.php?fbclid=IwAR2HAnQ18GDJFzcDjDDW7tsAGak3HhgqQvaPYyaa2sm1AVP1FsN0Di4isgQk> (dostęp: 15.10.2022).

<sup>8</sup> Ibidem.

<sup>9</sup> <http://www.osrodekterapia.pl/dopalacze,33.html> (dostęp: 15.10.2022).

<sup>10</sup> [https://law.fiu.edu/2017/03/11/designer-drugs-federal-analog-act/?fbclid=IwAR22vOm2SL4yVoj\\_NNuCovjM4HKsodVNXWyAY1fsZKoZGRK3-EmyV1zLzVg](https://law.fiu.edu/2017/03/11/designer-drugs-federal-analog-act/?fbclid=IwAR22vOm2SL4yVoj_NNuCovjM4HKsodVNXWyAY1fsZKoZGRK3-EmyV1zLzVg) (dostęp: 30.10.2022).

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2020 r., poz. 2050.

<sup>12</sup> Ustawa z 24 kwietnia 2015 r. o zmianie Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych Ustaw, Dz.U. z 2015 r., poz. 875.

Nowelizacja UoPN<sup>13</sup> wprowadziła legalną definicję dopalaczy jako „nowej substancji psychoaktywnej”. Zgodnie z art. 4 pkt 11a UoPN jest nią:

każda substancja lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu, działające na ośrodkowy układ nerwowy, inne niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzające 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, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3.

Wraz z nowelizacją UoPN utraciły moc obowiązującą załączniki nr 1 i nr 2 do UoPN, zawierające odpowiednio wykaz środków odurzających oraz środków psychotropowych. Wprowadzona nowelizacja dała ministrowi do spraw zdrowia uprawnienie do wydania rozporządzenia określającego wykaz substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. W dniu 17 sierpnia 2018 roku weszło w życie Rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych

Według statystyk w latach 2010–2016 odnotowano ponad 16 tysięcy osób zatrutych bądź podejrzewanych o zatrucie dopalaczami. Jednak NIK podkreśla, że liczba ta jest szacunkowa i zaniżona, gdyż funkcjonujący system diagnozowania i informowania o takich przypadkach nie został uregulowany prawnie, dlatego też nie wszystkie takie przypadki były zgłaszane i rejestrowane. Przypadki pacjentów hospitalizowanych, bądź tych, którym udzielono doraźnej pomocy medycznej w związku z podejrzeniem zażycia dopalaczy, przekazywano Państwowej Inspekcji Sanitarnej wyłącznie na zasadzie dobrowolnej współpracy.

Biorąc pod uwagę powyższe, w opinii autorek przyjęcie rozwiązania propagującego tworzenie i uzupełnianie listy nielegalnych środków zastępczych<sup>14</sup> nie stanowi optymalnego rozwiązania<sup>15</sup>, co wynika z szybkiego rozwoju nowych technologii umożliwiających tworzenie tzw. substancji designerskich – tj. niewymienionych wprost w treści Rozporządzenia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. Powyższe umożliwi szybkie tworzenie i wprowadzanie na rynek konsumencki „towarów”, które jakkolwiek są nowymi substancjami psychoaktywnymi, tak nie zostały ujęte w wykazie nielegalnych substancji psychoaktywnych.

<sup>13</sup> 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

<sup>14</sup> W 2010 roku w Irlandii wprowadzono zakaz sprzedaży jakichkolwiek uzależniających lub szkodliwych substancji psychoaktywnych, z wyłączeniem substancji, które zostały dopuszczone do obrotu na podstawie odrębnych przepisów. Zob. A. Malczewski, M. Kidawa, *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, „Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej” 2018, s. 30.

<sup>15</sup> W USA i Wielkiej Brytanii wprowadzono tzw. generyczną kontrolę substancji narkotycznych, definiując strukturę podstawową narkotyku i określając, jakiego typu modyfikacje tej struktury zostaną automatycznie uznane za związek kontrolowany. Zob. C. Kłak, *The New Definition of 'Surrogate Substance' within Countering Drug Addiction Act of 29<sup>th</sup> July 2005 – Is It Needed?*, „Przeгляд Więziennictwa Polskiego” 2017, nr 96, s. 129–153.

## SPOSÓB POSTĘPOWANIA Z OSOBAMI PO ZAŻYCIU DOPALACZY – UWAGI *DE LEGE LATA* I *DE LEGE FERENDA*

Zarówno dotychczasowe zmiany w prawie krajowym, jak i planowane działania legislacyjne zostały nakierowane na przyjęcie środków prawnych, które przyczynią się do ograniczenia podaży środków zastępczych. W związku z istnieniem rynku dopalaczy oraz identyfikacją nowych substancji celami działań powinny być: 1) opracowanie i wdrożenie jednolitego systemu wczesnego ostrzegania i adekwatnego reagowania w sytuacji pojawiania się na rynku nowych, nieznanych substancji, m.in. poprzez zapewnienie sprawnego monitorowania zatruc, gromadzenia informacji i formułowania ostrzeżeń o takich przypadkach, 2) zweryfikowanie ustawowych uprawnień organów, do których zadań należy ograniczanie podaży dopalaczy, 3) określenie sposobu i trybu transportowania, przechowywania i przekazywania do badań ujawnionych produktów stanowiących środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne, lub co do których istnieje takie podejrzenie<sup>16</sup>.

Niezależnie od tych problemów kwestią istotną z punktu widzenia zapewnienia skutecznej walki z rynkiem dopalaczy jest wprowadzenie systemu informowania o przypadkach zatruc dopalaczami, oraz regulacji prawnej dotyczącej opłat za pobyt osób hospitalizowanych po zażyciu dopalaczy. Biorąc pod uwagę skalę zjawiska, najważniejszym problemem pozostaje brak regulacji prawnych dotyczących sposobu postępowania z osobami po zażyciu dopalaczy czy też z osobą uzależnioną.

W myśl art. 4 pkt 15 UoPN osobą uzależnioną jest osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji. Ustawodawca dopuścił przymusowe leczenie osoby uzależnionej w przypadku, gdy:

- a) przebywa ona w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich oraz jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (art. 29 UoPN),
- b) osoba niepełnoletnia zostanie skierowana przez sąd rodzinny na leczenie przymusowe. Leczenie przymusowe dopuszcza również art. 71 ust. 1 UoPN, zgodnie z którym:

w razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia.

Warto wskazać, że ustawa Kodeks karny (dalej k.k.)<sup>17</sup> przewiduje możliwość zobowiązania sprawcy przestępstwa do poddania się terapii uzależnień w sytuacji, gdy wykonanie kary zostaje zawieszona (art. 72 § 1 pkt 6 k.k.). Biorąc pod uwagę

<sup>16</sup> <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przeciwdzialaniu-sprzedazy-dopalaczy.html> (dostęp: 15.10.2022).

<sup>17</sup> Ustawa Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz.U. z 2022 r., poz. 1138 ze zm.

powyższą regulację, konstrukcja prawna sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu może być zastosowana w stosunku do osoby uzależnionej. Jest oparta na zasadzie ograniczenia dobrowolności leczenia. Pomimo jednak sądowego obowiązku leczenia, konieczna jest zgoda pacjenta. Obowiązek poddania się leczeniu nie ma charakteru przymusu prawnego, co oznacza, że pacjenta nie można zatrzymać w placówce wbrew jego woli, a tym bardziej zmusić go do aktywnego uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnienia<sup>18</sup>. Podsumowując, osoby pod wpływem dopalaczy, które pozostają w kontakcie słowno-logicznym, mają co do zasady prawo odmówić pobierania świadczeń zdrowotnych, co uniemożliwia zastosowanie przymusu bezpośredniego w sytuacji, gdy świadczenia zdrowotne udzielane są poza trybem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Warto wskazać, że problem przymusu bezpośredniego stosowanego wobec pacjentów hospitalizowanych w niepsychiatrycznych podmiotach leczniczych był wielokrotnie analizowany w literaturze i orzecznictwie<sup>19</sup>. W wyroku SA w Szczecinie<sup>20</sup>, dotyczącego zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta hospitalizowanego na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, podkreślono, że art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie mógł stanowić podstawy do zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, bowiem przepis ten jednoznacznie stanowi, że ma on zastosowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznym „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie”.

Obowiązujące regulacje prawne nie zawierają jednak algorytmów leczenia obowiązkowego i przymusowego wobec osób pełnoletnich, które są uzależnione i nie popełniły żadnego czynu zabronionego. Takie osoby przyjmowane są do placówek medycznych najczęściej w wyniku systematycznego (toksycznego) używania dopalaczy, celem zainicjowania procedur detoksykacyjnych. Niezależnie od tych problemów kwestią istotną z punktu widzenia zapewnienia skutecznej walki z rynkiem dopalaczy jest wprowadzenie systemu informowania o przypadkach zatruc dopalaczami, a także regulacji prawnej dotyczącej opłat za pobyt osób hospitalizowanych po zażyciu dopalaczy. Biorąc pod uwagę skalę zjawiska, najważniejszym problemem pozostaje brak regulacji prawnych dotyczących opłat za pobyt w placówkach medycznych pacjentów hospitalizowanych bądź tych, którym udzielono doraźnej pomocy medycznej w związku z podejrzeniem zażycia dopalaczy.

Wiele placówek medycznych, z uwagi na ponoszenie kosztów związanych ze świadczeniami udzielanymi na rzecz tych osób, zgłasza konieczność przyjęcia

---

<sup>18</sup> Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Ireny Lipowicz skierowane do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza z dnia 23.08.2013 r., RPO-667951-V/IIGM, s. 2, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2011/02/667951/1747559.pdf> (dostęp: 15.10.2022); Obserwatorium Instytutu Łukasiewicza, *Czy alkoholika można zmuszać do leczenia?*, <http://alkoholipapierosy.pl/czy-alkoholika-mozna-zmuszac-do-leczenia/> (dostęp: 30.10.2022); Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w gminie. Informator dla radnych*, Warszawa 2015, s. 7.

<sup>19</sup> D. Karkowska, *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*, Warszawa 2008, s. 84–85; K. Wroński, K. Frąckowiak, L. Frąckowiak, *Użycie środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta*, „Borgis – Medycyna Rodzinna” 2014, nr 4, s. 199–200.

<sup>20</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 9 maja 2017 r., sygn. akt I ACa 978/17, LEX nr 2513019.

odpowiednich uregulowań prawnych. Osoby zarządzające placówkami medycznymi wskazują, iż nie mają podstaw do obciążania takich osób kosztami pobytu i leczenia, pomimo ponoszenia wysokich kosztów własnych.

W prawie polskim brak regulacji prawnych, określających sposób postępowania z osobami po zażyciu dopalaczy. Osoby podejrzane o zażycie, oraz te po zażyciu tych środków, są przyjmowane na SOR-y i szpitalne izby przyjęć. Postępowanie z takimi osobami to skomplikowany proces, obejmujący często różne świadczenia. W polskim systemie publicznej służby zdrowia wszystkie badania związane z odtruciem po narkotykowym, takie jak badanie krwi, badanie moczu oraz przeprowadzenie procesu odtrucia przy pomocy kroplówki w tym przypadku po dopalaczach są refundowane przez NFZ. Za badanie jednego pacjenta po dopalaczach szpital musi zapłacić od 300 do 800 zł (łącznie z tomografią komputerową). Ze statystyk niektórych szpitali wynika, że na zlecenie Izby Przyjęć szpital wykonuje od 15 do 20 tomografii komputerowych dziennie, a około 80% tych badań trzeba wykonać u pacjentów pod wpływem alkoholu lub po dopalaczach „na wszelki wypadek”<sup>21</sup>. Jeżeli pracownicy szpitala mają do czynienia z osobą agresywną, jedyną możliwością nieudzielenia jej pomocy medycznej jest stwierdzenie, że stan, w który wprowadziły go substancje psychoaktywne (dopalacze) nie zagraża jego życiu lub zdrowiu.

Z uwagi na powyższe walka z dystrybucją i obrotem dopalaczami wymaga powiązania z systemowymi zmianami, obejmującymi także wprowadzenie rozwiązań prawnych dotyczących kosztów pobytu i leczenia w placówkach medycznych. Konieczne staje się opracowania nowych, kompleksowych, a przede wszystkim całościowych rozwiązań prawnych. Oczywistym jest, iż sama odpłatność nie przyczyni się do rozwiązania problemu dopalaczy. Jednak wprowadzenie opłaty za leczenie w wypadku osób uzależnionych od dopalaczy wraz z innymi działaniami mającymi na celu ograniczenie podaży środków zastępczych będzie działać zarówno prewencyjnie, jak i represyjnie.

Biorąc pod uwagę brak regulacji prawnych oraz skalę zjawiska, właściwym rozwiązaniem byłoby utworzenie specjalistycznych ośrodków zorganizowanych, na wzór izb wytrzeźwień. W takich wyspecjalizowanych ośrodkach zarówno środki, jak i personel medyczny mogłyby zapewnić właściwą i natychmiastową pomoc medyczną, ale też terapeutyczną. Bardzo istotne w przypadku przyjęcia osoby podejrzanej o zażycie dopalaczy jest włączenie właściwego leczenia. Natomiast nie ma w prawie polskim żadnych uregulowań dotyczących postępowania z osobami po zażyciu dopalaczy. Osoba taka po zgłoszeniu się na SOR lub izbę przyjęć zostaje skierowana na detoks. Jednak za wykonane usługi nie są pobierane żadne opłaty.

W niektórych krajach UE (Holandii, Belgii oraz Niemczech) czynności medyczne przeprowadzane w sytuacji, gdzie mamy do czynienia z osobą po zażyciu dopalaczy bądź innych narkotyków, są bardzo podobnie uregulowane. Ma to związek z funkcjonowaniem różnorodnego przymusowego ubezpieczenia zdrowotnego, które zapewnia w ramach swojej oferty refundowanie procesu detoksykacji osoby pod wpływem substancji psychoaktywnych. Wszystkie badania, takie jak pobranie

---

<sup>21</sup> <https://dziennikzachodni.pl/bytom-szpital-nie-chce-placic-za-leczenie-pacjentow-po-dopalaczach/ar/13619014> (dostęp: 19.10.2022).

krwi itp., są opłacane przez firmę ubezpieczeniową, świadczącą usługi danej osobie. W tym przypadku, jeśli pacjent zachowuje się agresywnie, ponosi odpowiedzialność karną bądź cywilną w zależności od swojego czynu, ponieważ szpital otrzyma zwrot kosztów poniesionych przy badaniach od danej firmy ubezpieczeniowej. Na Ukrainie i we Francji, w związku z publiczną służbą zdrowia, wszystkie czynności związane z detoksykacją są wliczone w koszt, to znaczy są refundowane przez państwo. Natomiast w Wielkiej Brytanii wprowadzono możliwość wyboru przez pacjenta bezpłatnej bądź płatnej opieki, lecz bezpłatne leczenie jest przeznaczone jedynie dla ograniczonej części pacjentów. Stanowi to pewien sposób rozwiązania problemu nadużywania oddziałów detoksykacyjnych oraz samego w sobie detoksu, związanego z przeprowadzeniem wielu potrzebnych badań i czynności medycznych<sup>22</sup>.

Reasumując, brak jest w prawie krajowym jakichkolwiek regulacji prawnych, pozwalających skierować osobę po zażyciu dopalaczy do specjalistycznego ośrodka, czy też poddać płatnemu leczeniu. Polskie prawo nie przewiduje obowiązku ani też przymusu leczenia osób, które używają dopalaczy systematycznie<sup>23</sup>. W myśl art. 26 ust. 5 UoPN osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają zapewniony bezpłatny dostęp do świadczeń związanych z leczeniem, rehabilitacją i reintegracją<sup>24</sup>. Zgodnie z art. 25 UoPN korzystanie ze świadczeń zdrowotnych jest co do zasady uzależnione od pozytywnej woli osoby pełnoletniej<sup>25</sup>. Jedynie w wypadku korzystania z prywatnych placówek leczenia uzależnień oraz detoksykacji osoba leczona zgodnie z kosztorysem danej placówki płaci za usługi. Stworzenie specjalistycznych placówek przeznaczonych dla osób po zatruciu substancjami psychoaktywnymi pozwoliłoby rozwiązać problem ich kompleksowego leczenia. Biorąc pod uwagę statystyki, pomoc dla tych osób powinna uwzględniać populację wiekową, gdyż sporą grupę takich osób stanowią osoby nieletnie. Osoby nieletnie nie są w stanie do końca ocenić zagrożenia i konsekwencji związanych z zażyciem dopalaczy.

Reasumując, wzorem dla przyszłych regulacji w tym zakresie mógłby stać się art. 40 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Wskazany przepis pozwala osobę pod wpływem alkoholu, która zagraża sobie i innym, skierować do izby wytrzeźwień. Za doprowadzenie i pobyt w izbie wytrzeźwień lub jednostki Policji pobierane są opłaty. Niemożność poniesienia odpowiedzialności finansowej przez osoby po zatruciu substancjami psychoaktywnymi, powoduje brak jakichkolwiek sankcji finansowanych związanych z podejmowaniem pierwszego i powtórnego leczenia.

---

<sup>22</sup> <https://www.addictioncenter.com/rehab-questions/cost-of-drug-and-alcohol-treatment/> (dostęp: 19.10.2022).

<sup>23</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z 19.06.2019 r., Dz.U. z 2019 r., poz. 1285, osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają prawo do terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych.

<sup>24</sup> Art. 26 ust. 5 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2020 r., poz. 2050.

<sup>25</sup> Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r., Dz.U. z 2020 r., poz. 685.

## WPLYW DOPALACZY NA ZDOLNOŚĆ PROWADZENIA POJAZDÓW

W kontekście przyjmowania tzw. dopalaczy należy zwrócić uwagę na rzadko komentowany w literaturze prawniczej fakt, że toksyczne ich używanie może pozostawać w związku z powstaniem bądź istnieniem przeciwwskazań do dalszego prowadzenia pojazdów mechanicznych.

Kwestie związane z udzielaniem informacji na temat osób, w odniesieniu do których powstało podejrzenie, że z powodów szeroko pojętego pogorszenia stanu zdrowia zaistniało u nich przeciwwskazanie do dalszego prowadzenia pojazdów mechanicznych, reguluje na gruncie polskim ustawa o kierujących pojazdami (dalej UoKP)<sup>26</sup>. Zgodnie z art. 99 ust. 1 pkt 2b UoKP: „Starosta wydaje decyzję administracyjną o skierowaniu kierowcy (...) na: badanie lekarskie, jeżeli: istnieją uzasadnione zastrzeżenia co do stanu zdrowia”. To wyjątek od generalnej zasady, zgodnie z którą skierowanie na ponowne badanie osoby posiadającej prawo jazdy wykonywane jest w przypadku osób, które kierowały pojazdem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu.

Posługując się wykładnią funkcjonalną i celowościową przepisów UoKP, należy przyjąć, że informacja dotycząca toksycznego używania dopalaczy może zostać przekazana do Wydziału Komunikacji np. przez podmiot leczniczy, który rozpoczął leczenie detoksykacyjne. Dopuszczalność przekazania tego rodzaju informacji konweniuje z treścią art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>27</sup>, w myśl którego przepisów dotyczących zachowania tajemnicy lekarskiej nie stosuje się, jeżeli jej zachowanie może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Pomimo że nie istnieją ograniczenia dotyczące przekazywania tej informacji, to w praktyce nie jest ona przekazywana uprawnionym organom, z uwagi na obawę dotyczącą bezprawnego uchylecia tajemnicy medycznej, a także braku jednoznacznych przepisów statuujących katalog osób uprawnionych do przekazania informacji o podejrzeniu istnienia przeciwwskazań do dalszego prowadzenia pojazdów mechanicznych<sup>28</sup>.

W orzecznictwie odnoszono się do kwestii związanych z wiarygodnością źródła informacji o istnieniu przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów mechanicznych. W wyroku z 17 stycznia 2012 roku WSA w Krakowie<sup>29</sup> stanął na stanowisku, że:

(...) informacja o stanie zdrowia skarżącego pochodząca z notatki policyjnej jest wiarygodna (...). O wiarygodności tej informacji świadczy to, że pochodzi ona od funkcjonariusza publicznego jakim jest policjant. Słuszność podstawy do skierowania skarżącego na badania lekarskie wynika z opisu zachowania się skarżącego po zdarzeniu drogowym.

<sup>26</sup> Ustawa z 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami, Dz.U. z 2021 r., poz. 1212 ze zm.

<sup>27</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r., Dz.U. z 2022 r., poz. 1731.

<sup>28</sup> J. Zajdel-Całkowska, R. Winnicka, A. Krakowiak, M.R. Jabłońska, R. Zajdel, *The Right of a Doctor to Inform an Employer of Contraindications to Perform a Certain Type of Work by an Employee*, „Medycyna Praktyczna” 2018, vol. 69, nr 6, s. 613–620, doi: 10.13075/mp.5893.00632.

<sup>29</sup> Wyrok WSA w Krakowie z 24.04.2018 r., sygn., akt III SA/Kr 25/18, [http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/iii-sa-kr-25-18/uprawnienia\\_do\\_kierowania\\_pojazdami/b90f46.html](http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/iii-sa-kr-25-18/uprawnienia_do_kierowania_pojazdami/b90f46.html) (dostęp: 23.03.2022).

Ponadto sąd zaznaczył, że „(...) samo skierowanie na takie badania nie oznacza pozbawienia (...) prawa jazdy”. Zgodnie z art. 75 ust. 1 pkt 5 UoKP badaniu lekarskiemu, przeprowadzanemu w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, podlega osoba posiadająca prawo jazdy, jeżeli istnieją uzasadnione i poważne zastrzeżenia co do stanu jej zdrowia. Powołane przepisy nie definiują, jakie zastrzeżenia co do stanu zdrowia kierowcy są wystarczające, aby skierować go na badanie lekarskie. Mają one być uzasadnione i poważne. Oznacza to, że właściwy organ administracji, po otrzymaniu informacji podającej w wątpliwość należyta zdolność psychofizyczną kierowcy, winien przeprowadzić postępowanie celem oceny, czy w konkretnym badanym przypadku zastrzeżenia są rzeczywiście tego rodzaju, że uzasadniają wydanie decyzji na podstawie powołanego art. 99 ust. 1 pkt 2 lit. b UoKP.

Powyższe stanowisko było prezentowane we wcześniejszej linii orzeczniczej<sup>30</sup>. Z kolei w wyroku WSA w Krakowie<sup>31</sup> sąd stanął na stanowisku, że:

(...) organy administracji są zobowiązane do dokonania oceny okoliczności podanych przez podmiot, który te zastrzeżenia sygnalizuje, a więc oceny czy uzyskana informacja o zastrzeżeniach w stanie zdrowia osoby kierującej pojazdem jest wystarczająco umotywowana do powzięcia takich obaw i czy jest wiarygodna. Nie istnieje automatyzm prowadzący w każdym przypadku uzyskania zawiadomienia przez starostę do wydania przezeń decyzji kierującej na badania, a więc automatyzm polegający na wydaniu jej bez analizy wskazanych w zawiadomieniu faktów (...).

Zgodnie ze stanowiskiem NSA<sup>32</sup>:

podstawą do wydania decyzji jest wiarygodna (przynajmniej uprawdopodobniona) informacja o zastrzeżeniach co do stanu zdrowia, nie jest natomiast wymagane ustalenie, czy w istocie rozpoznane zmiany stanowią o niezdolności do prowadzenia pojazdów. Innymi słowy, z art. 122 ust. 1 pkt 4 ustawy nie wynika obowiązek ustalenia niezdolności do kierowania pojazdami, lecz usunięcia uzasadnionych wątpliwości co do stanu zdrowia<sup>33</sup>. Stwierdzenie braku lub istnienia przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami należy do uprawnień lekarza, który na podstawie badania lekarskiego wydaje stosowne orzeczenie<sup>34</sup>.

W wyroku WSA w Krakowie<sup>35</sup> sąd podkreślił, iż:

Organ zobowiązany jest więc stwierdzić istnienie zastrzeżeń, przez co najmniej potwierdzenie ich rodzaju. Ponadto stwierdzić powinien okoliczności uzasadniające zastrzeżenia, co również wymaga ich konkretyzacji. Na koniec zaś organ winien jest rozważyć ich wpływ na zdolność strony do kierowania pojazdami mechanicznymi. Uzasadnienie takiego określenia przesłanek wynika z faktu ingerencji w prawa nabyte jednostki oraz nakładanie dodatkowych obowiązków, także finansowych, w imię ochrony bezpieczeństwa ruchu publicznego. Tym bardziej więc zbadanie zaistnienia przesłanek winno być dokonane w sposób szczególnie wnikliwy.

---

<sup>30</sup> Wyrok WSA w Krakowie w wyroku z dnia 14 września 2017 r., sygn. akt III SA/Kr 641/17, LEX nr 2370057.

<sup>31</sup> Wyrok z 24.02.2015 r., sygn. akt III SA/Kr 1104/14, Lex nr 1788157.

<sup>32</sup> Wyrok z 17.01.2012 r., sygn. akt I OSK 156/1.

<sup>33</sup> Wyrok WSA z 3.12.2010 r., sygn. akt III SA/Wr 722/10; LEX nr 758069.

<sup>34</sup> Wyrok WSA z 23.11.2010 r., sygn. akt II SA/Bk 624/10; LEX nr 752374.

<sup>35</sup> Wyrok WSA z 1.10.2014 r., sygn. akt SA/Kr 814/14, LEX nr 1534873.

Dokonując przeglądu orzecznictwa, konieczne jest zwrócenie uwagi na treść orzeczenia wydanego przez WSA w Gdańsku<sup>36</sup>. W cytowanej wyżej sprawie sąd zajął stanowisko w przedmiocie istnienia przeciwwskazań zdrowotnych odnośnie do dalszego prowadzenia pojazdów mechanicznych przez osoby, u których stwierdzono zespół uzależnienia od narkotyków. W opinii sądu „opinia sądowo-psychiatryczna, wydana na potrzeby prowadzonego przez prokuratora postępowania karnego, zawierająca ocenę stanu zdrowia psychicznego kierowcy, u którego rozpoznano zespół zależności spowodowany przyjmowaniem różnych substancji odurzających, nie daje podstaw do skierowania go na badania lekarskie”. Jednocześnie sąd podkreślił, że:

przesłanka uzasadnionych zastrzeżeń co do stanu zdrowia musi być, zdaniem Sądu w składzie rozpatrującym niniejszą sprawę, interpretowana zgodnie z celem ustawy, którym jest zapobieganie zagrożeniom w ruchu drogowym spowodowanym przez osoby, których stan zdrowia uniemożliwia sprawne prowadzenie pojazdów. Zatem uzasadnione zastrzeżenia co do stanu zdrowia, o których mowa w omawianym przepisie dotyczyć powinny tego rodzaju aspektów stanu zdrowia osoby, które mogłyby mieć wpływ na zdolność do bezpiecznego prowadzenia pojazdu.

Takie stanowisko sądu, kształtujące interpretację przepisów prawa, stoi – w opinii auterek – w sprzeczności z logiką postępowania w przypadkach związanych ze skalą zjawiska, jakim jest uzależnienie od narkotyków.

Szacuje się, że w Unii Europejskiej w 2016 roku leczeniu uzależnienia od narkotyków poddano 1,3 mln osób (łącznie około 1,5 mln osób, uwzględniając także Norwegię i Turcję)<sup>37</sup>. W badaniach Drabek i Andysz<sup>38</sup>, dotyczących wpływu zażywania marihuany i amfetaminy na prowadzenie pojazdów, wykazano wzrost popełniania błędów w czasie jazdy u osób po zażyciu narkotyków i znaczny wzrost popełniania błędów u osób po spożyciu alkoholu i narkotyków. Sewell, Poling i Soguglu<sup>39</sup> otrzymali podobne wyniki na podstawie analizy badań dotyczących kierowania po spożyciu narkotyków i alkoholu. Wpływ marihuany i alkoholu wiązał się z jazdą ryzykowną, szybszą oraz skracaniem odległości między samochodami. W kontekście analizowanej tematyki na uwagę zasługuje również przyjmowanie leków wpływających na zdolność kierowania pojazdami.

Trzeba podkreślić, że mimo rozpowszechnienia dopalaczy nie są ogólnie dostępne badania dotyczące ich wpływu na upośledzenie zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych. Mając jednak na uwadze stan zdrowia pacjentów intoksykowanych dopalaczami, należy uznać, że używanie dopalaczy nie tylko eliminuje zdolność do bezpiecznego prowadzenia pojazdów mechanicznych, ale co do zasady uniemożliwia podjęcie tego rodzaju działań ze względu na stopień upośledzenia czynności motorycznych i poznawczych, do których pochodzi w wyniku użycia dopalaczy.

<sup>36</sup> Wyrok WSA z 3.07.2014 r., sygn. akt III SA/Gd 346/14, LEX nr 1483533.

<sup>37</sup> Zob. Europejski Raport narkotykowy, [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419\\_TDAT22001PLN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419_TDAT22001PLN_PDF.pdf) (dostęp: 30.10.2022), s. 63.

<sup>38</sup> M. Drabek, A. Andysz, *Wpływ zażywania marihuany i amfetaminy (oraz jej pochodnych) na prowadzenie pojazdów na podstawie wyników badań symulatorowych*, „Medycyna Praktyczna” 2011, vol. 62, nr 5, s. 551–563.

<sup>39</sup> R. Sewell, J. Poling, M. Sofuoglu, *The Effect of Cannabis Compared with Alcohol on Driving*, „The American Journal on Addictions” 2009, vol. 18, nr 3, s. 185–193.

## SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W POLSCE

Dane epidemiologiczne dotyczące zatruc środkami zastępczymi zbierane są przez w Polsce przez Głównego Inspektora Sanitarnego (dalej GIS). W okresie 2013–2018<sup>40</sup> zarejestrowano łącznie  $n = 23825$  zgłoszonych interwencji medycznych (dalej IMed) w przypadkach zatruc / podejrzeń zatruc NSP. W porównaniu z latami poprzedzającymi, 2013–2017, wskaźnik zatruc / podejrzeń zatruc dla populacji do 18. roku życia wyniósł wsk. = 9,38, a dla grupy powyżej 18. roku życia wsk. = 10,73. W latach 2013–2018 największą liczbę IMed zgłoszono w 2015 roku ( $n = 7383$ ); najmniejsza w 2013 roku ( $n = 1079$ ). W okresie 2016–2018 następował nieznaczny spadek corocznej liczby zgłoszeń, jednak nieróżniący się istotnie, i wynosił odpowiednio:  $n = 4369$ ,  $n = 4324$  i  $n = 4257$ . Największa liczba zgłoszonych IMed w przypadkach zatruc / podejrzeń zatruc NSP w okresie 2013–2018 pochodziła z województw: śląskiego ( $n = 5947$ ; 24,9%), łódzkiego ( $n = 5940$ ; 24,9%) i wielkopolskiego ( $n = 2085$ ; 8,7%). Liczba zgłoszonych IMed w tych trzech województwach stanowiła ponad połowę wszystkich zgłoszeń z terenu kraju w tym okresie (58,5%). W dziewięciu województwach odnotowano w 2018 roku wzrost zgłoszonych IMed w odniesieniu do roku poprzedzającego. Dotyczy to województw: dolnośląskiego (+ 31), kujawsko-pomorskiego (+ 12), lubelskiego (+ 84), lubuskiego (+ 94), łódzkiego (+ 133), mazowieckiego (+ 33), opolskiego (+ 4), podkarpackiego (+ 31), zachodniopomorskiego (+ 33). Zmniejszenie liczby zgłoszeń odnotowano w województwach: małopolskim (– 129), podlaskim (– 2), pomorskim (– 66), śląskim (– 153), świętokrzyskim (– 43), warmińsko-mazurskim (– 24) i wielkopolskim (– 105).

W 2018 roku<sup>41</sup> w grupie wiekowej do 18. roku życia zarejestrowanych zostało łącznie  $n = 686$  IMed w zatruciach / podejrzeniach zatruc dopalaczami, co stanowiło 16,1% wszystkich zgłoszeń w 2018 roku. W grupie do 18. roku życia największa liczba zgłoszeń dotyczyła grupy wiekowej 16–18 lat ( $n = 527$ ), 13–15 lat ( $n = 148$ ), a następnie grupy 7–12 lat ( $n = 11$ ). W grupie wiekowej powyżej 18. roku życia liczba zgłoszeń wyniosła  $n = 3339$  (78,5%). W tej grupie liczba zgłoszonych interwencji medycznych była prawie pięciokrotnie wyższa od liczby interwencji wśród pacjentów do 18. roku życia. W 2018 roku największa liczba zgłoszeń dotyczyła grupy wiekowej 19–24 lata ( $n = 1251$ ), 30–39 lat ( $n = 1065$ ) i w grupie 25–29 lat ( $n = 814$ ). W grupie powyżej 40. roku życia zarejestrowano  $n = 209$  zgłoszeń. W roku 2018 wśród  $n = 4260$  zgłoszeń interwencji medycznych  $n = 3636$  dotyczyło mężczyzn (85,4%),  $n = 574$  kobiet (13,5%).

W populacji powyżej 18. roku życia największą liczbę IMed odnotowano w roku 2015 ( $n = 5061$ ), a w latach 2013 i 2014 odpowiednio  $n = 570$  i  $n = 1604$ . W latach 2016–2017 liczba zgłoszeń różniła się pomiędzy sobą w niewielkim stopniu ( $n = 3231$  i  $n = 3244$ ). W 2018 roku zwiększyła się do  $n = 3339$ . Największa liczba zgłoszeń dotyczyła grupy wiekowej 19–24 lata ( $n = 7469$ ) oraz grupy 30–39 lat ( $n = 4553$ ) i grupy 25–29 lat ( $n = 4230$ ). W grupie powyżej 40. roku życia zgłoszono  $n = 797$

<sup>40</sup> *Nowe Narkotyki w Polsce*, w: *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego*, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2017/08/Raport-G%C5%82%C3%B3wnego-Inspektora-Sanitarnego.Nowe-narkotyki-w-Polsce-2017-2018..pdf> (dostęp: 20.03.2022).

<sup>41</sup> *Ibidem*.

IMed. W populacji powyżej 18. roku życia liczba zgłoszonych IMed w latach 2013–2018 wynosiła łącznie  $n = 17049$ . W  $n = 765$  przypadkach nie uzyskano informacji o wieku pacjenta.

Wskaźnik interwencji medycznych na 100 tysięcy mieszkańców dla całego kraju w 2018 roku wyniósł wsk. = 11,08. Najwyższe wskaźniki interwencji medycznych na 100 tysięcy mieszkańców odnotowano w województwach: łódzkim (wsk = 44,28), śląskim (wsk = 24,51), lubuskim (wsk = 15,46), lubelskim (wsk = 12,91) i kujawsko-pomorskim (wsk = 12,59).

Dane epidemiologiczne PIS dotyczące używania dopalaczy w województwie łódzkim pozwoliły przeprowadzić analizę dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych na oddziale ostrych zatruc w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi w latach 2016–2017. Z powodu zatrucia dopalaczami w 2016 roku hospitalizowano 588 osób, przy czym 70 osób było leczonych w ciągu tego samego roku dwukrotnie, 22 trzykrotnie, 12 czterokrotnie, a jedna osoba poddawana była leczeniu szesnastokrotnie w ciągu tego samego roku. W 2016 roku ogólna liczba pacjentów leczonych w Oddziale Ostrych Zatruc wynosiła 2712 osób, przy czym liczba zatruc dopalaczami wynosiła 588 osób. W 2017 roku w Oddziale Ostrych Zatruc hospitalizowano łącznie 2097 pacjentów, przy czym w związku z zatruciem NSP leczono 432 osoby.

**Tabela 1. Pobyt wielokrotny pacjentów zatrutych nowymi substancjami psychoaktywnymi w Oddziale Ostrych zatruc IMP w 2016 roku**

Pobyt w IMP	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Jednokrotny	45	410	455
Dwukrotny	2	70	72
Trzykrotny	1	22	23
Czterokrotny	0	12	12
Pięciokrotny	0	9	9
Sześciokrotny	0	7	7
Siedmiokrotny	0	1	1
Ośmiokrotny	0	4	4
Dziewięciokrotny	0	1	1
Dziesięciokrotny	0	2	2
Czternastokrotny	0	1	1
Szesnastokrotny	0	1	1
Razem	48	540	588

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z IMP w Łodzi.

**Tabela 2. Pobyt wielokrotny pacjentów zatrutych dopalaczami w Oddziale Ostrych Zatruc w 2017 roku**

Pobyt w IMP	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Jednokrotny	51	312	363
Dwukrotny	6	43	49
Trzykrotny	2	10	12
Czterokrotny	1	4	5
Pięciokrotny	0	2	2
Sześciokrotny	0	0	0
Siedmiokrotny	0	1	1
Razem	60	372	432

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IMP w Łodzi.

Przeprowadzona analiza dokumentacji pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Ostrych Zatruc IMP pozwoliła na wykazanie, że w 2016 roku nie stwierdzono uzależnienia jedynie u 29 z 588 pacjentów leczonych z powodu zatrucia dopalaczami, a w 2017 roku, uzależnienia nie stwierdzono u 23 z 432 pacjentów leczonych z powodu zatrucia NSP.

Global Commission on Drug Policy wskazuje, że działania penalizacyjne i restrykcyjne w walce z narkotykami stały się mało skuteczne<sup>42</sup>. W 1998 roku na UNGASS, czyli Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ o narkotykach, przyjęto deklarację polityczną<sup>43</sup>, której hasłem przewodnim było: „A drug-free world – we can do it!”. W roku 2011 GDCP wydała raport *The War on Drugs*<sup>44</sup>, w którym podkreślono nie tylko brak postępu w walce z narkotykami, ale i całkowitą klęskę w obliczu wzrostu użytkowników i osób uzależnionych, także wzrost epidemii HIV i wirusowego zapalenia wątroby typu C, stygmatyzację użytkowników i demonizowanie rekreacyjnego spożywania narkotyków, zbyt restrykcyjne i prohibicyjne przepisy w wielu częściach świata oraz masowe aresztowania i skazywania zwykłych użytkowników, a nie osób odpowiedzialnych za produkcję i rozprowadzanie nielegalnych substancji. Kolejny raport GDCP to *The Negative Impact Of The War On Drugs On Public Health: The Hidden, Hepatitis C, Epidemic*. Najdalej idące wnioski płyną natomiast z raportu *Advancing Drug Policy Reform: A New Approach To*

<sup>42</sup> Zdaniem autorów raportu *Regulation The Responsible Control of Drugs* wynika to z nadmiernej prohibicji i restrykcyjnej polityki narkotykowej w wielu krajach świata. Zob. *Regulation The Responsible Control of Drugs*, 2018 r., [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/ENG-2018\\_Regulation\\_Report\\_WEB-FINAL.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/ENG-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL.pdf) (dostęp: 20.02.2022).

<sup>43</sup> Political Declaration, UNGASS, [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Political\\_Declaration/Political\\_Declaration\\_1998/1998-Political-Declaration\\_A-RES-S-20-2.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Political_Declaration/Political_Declaration_1998/1998-Political-Declaration_A-RES-S-20-2.pdf) (dostęp: 23.03.2022).

<sup>44</sup> *The War on Drugs*, Global Commission on Drug Policy, [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP\\_WaronDrugs\\_EN.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP_WaronDrugs_EN.pdf) (dostęp: 23.03.2022).

Decriminalization: dowody wskazują, że kryminalizacja zażywania i posiadania narkotyków ma niewielki lub żaden wpływ na poziom zażywania narkotyków w otwartym społeczeństwie<sup>45</sup>.

## ZAKOŃCZENIE

Brak rozwiązań prawnych, które zobowiązują osoby uzależnione do podjęcia leczenia, pozostają w bezpośrednim związku z powrotem do używania NSP, co wynika ze specyfiki uzależnienia. W odniesieniu do leczenia uzależnień od NSP nie istnieją jednolite standardy farmakoterapii, a w postępowaniu dominują oddziaływania psychospołeczne: indywidualne i grupowe, ambulatoryjne i szpitalne. Celem jest najczęściej utrzymywanie całkowitej i długotrwałej abstynencji przez uświadomienie sobie szkód spowodowanych używaniem „dopalaczy”, zwiększenie motywacji do funkcjonowania bez tych substancji oraz wyuczenie radzenia sobie z negatywnymi emocjami, głodem substancji, objawami abstynencyjnymi i pokusami środowiskowymi. Nie istnieją programy dla osób uzależnionych wyłącznie od „dopalaczy”, a co za tym idzie – ich leczenie przebiega w ramach programów dla osób uzależnionych od substancji psychostymulujących lub uzależnionych od wielu substancji. Leczenie osób uzależnionych od dopalaczy jest, w odniesieniu do populacji dorosłych, dobrowolne, co mając na uwadze przebieg choroby, jej dynamikę i skutki, wiąże się z niechęcią tych osób do dobrowolnej terapii. Tym samym wprowadzenie schematu leczenia obowiązkowego osób uzależnionych stanowiłoby o możliwości potencjalnego minimalizowania ryzyka zdrowotnego dla samych uzależnionych oraz osób, które stykają się z nimi w warunkach życia społecznego i rodzinnego. Ponadto wprowadzenie jednolitych i jasnych regulacji dotyczących informowania właściwych organów o podejrzeniu istnienia przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów mechanicznych u osób używających dopalaczy z największym prawdopodobieństwem mogłoby prowadzić do eliminowania zagrożenia w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Brak jednolitych i czytelnych regulacji w tym zakresie zniechęca jednostki medyczne do przekazywania tego rodzaju informacji uprawnionym organom i podmiotom.

## BIBLIOGRAFIA

- Adamowicz P., Meissner E., Maślanka M., *Fatal Intoxication with New Synthetic Cannabinoids AMB-FUBINACA and EMB-FUBINACA*, „Clinical Toxicology” 2019, nr 57 (11).
- Adamowicz P., Jurczyk A., Gil D., Szustowski S., *A Case of Intoxication with a New Cathinone Derivative  $\alpha$ -PiHP – A Presentation of Concentrations in Biological Specimens*, „Legal Medicine” 2020.

---

<sup>45</sup> Takie polityki zachęcają jednak do zachowań wysokiego ryzyka i zniechęcają osoby potrzebujące leczenia uzależnienia od szukania profesjonalnych rozwiązań. Advancing Drug Policy Reform: A New Approach To Decriminalization, Global Commission on Drug Policy, <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016-ENGLISH.pdf> (dostęp: 23.03.2022).

- Barcelo B., Gomila I., *Pharmacology and literature review based on related death and non-fatal case reports of the benzofurans and benzodifurans designer drugs*, „Current pharmaceutical design” 2017, vol. 23, nr 36.
- Betzler F., Ernst F., Helbig J., Viohl L., Roediger L., Meister S., Romanczuk-Seiferth N., Heinz A., Ströhle A., Köhler S., *Substance Use and Prevention Programs in Berlin’s Party Scene: Results of the SuPrA-Study*, „European Addiction Research” 2019, vol. 25, nr 6.
- Biliński P., Hołownia P., Kapka-Skrzypczak L., Wojtyła A., *Designer Drug (DD) Abuse in Poland: A Review of the Psychoactive and Toxic Properties of Substances Found From Seizures of Illegal Drug Products and the Legal Consequences Thereof. Part 1 – Cannabinoids and Cathinones*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2012, vol. 19 nr 4.
- Bježančević M., Dodig-Ćurković K., Palić Kramarić R., *‘Air Fresheners’ As Legal Highs*, „Croatian Medical Journal” 2019, vol. 60, nr 4.
- Dawson J.B., *The Australasian Approach to the Definition of Mental Disorder in a Mental Health Act*, „Medical Law Review” 2018, vol. 26, nr 4, <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwx057>.
- Drabek M., Andysz A., *Wpływ zażywania marihuany i amfetaminy (oraz jej pochodnych) na prowadzenie pojazdów na podstawie wyników badań symulatorowych*, „Medycyna Praktyczna” 2011, vol. 62, nr 5.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA. European drug report 2018: Trends and developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union, [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001PLN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001PLN_PDF.pdf) (dostęp: 20.02.2022).
- Evans-Brown M., Sedefov R., *Responding to New Psychoactive Substances in the European Union: Early Warning, Risk Assessment, and Control Measures*, „Handbook of experimental pharmacology” 2018, nr 252, [https://doi.org/10.1007/164\\_2018\\_160](https://doi.org/10.1007/164_2018_160).
- Report of the Commission on progress in the EU’s 2013–2020 Drugs Strategy and 2013–2016 EU Action Plan on Drugs. Brussels, 27.11.2015 COM(2015) 584 final.
- Fattore L., Weinstein A.M., *Editorial: Novel Psychoactive Drugs*, „Frontiers in psychiatry” 2019, nr 10, s. 119, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00119>.
- Global Commission on Drug Policy – GCDP. The War on Drugs, 2011, [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP\\_WaronDrugs\\_EN.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP_WaronDrugs_EN.pdf) (dostęp: 13.02.2022).
- Global Commission on Drug Policy – GCDP. Advancing Drug Policy Reform: A New Approach To Decriminalization, Global Commission on Drug Policy, 2016, <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016-ENGLISH.pdf> (dostęp: 20.02.2022).
- Global Commission on Drug Policy – GCDP. Regulation The Responsible Control of Drugs, 2018, [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/ENG-2018\\_Regulation\\_Report\\_WEB-FINAL.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/ENG-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL.pdf) (dostęp: 20.02.2022).
- Raport Głównego Inspektora Sanitarnego. Nowe narkotyki w Polsce 2017–2018, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2017/08/Raport-G%C5%82%C3%B3wnego-Inspektora-Sanitarnego.Nowe-narkotyki-w-Polsce-2017-2018.pdf> (dostęp: 30.03.2022).
- Huestis M.A., Tyndale R., *Designer Drugs 2.0*, „Clinical Pharmacology & Therapeutics” 2017, vol. 101, nr 2, <https://doi.org/10.1002/cpt.575>.
- Kadkhodaei K., Kadisch M., Schmid M., *Successful Use of a Novel lux® i-Amylose-1 chiral column for Enantioseparation of “legal highs” by HPLC*, „Chirality” 2020, vol. 32, nr 1, s. 42–52, <https://doi.org/10.1002/chir.23135>.
- Karkowska D., *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*, Warszawa 2008.

- Kłak C., *The New Definition of 'Surrogate Substance' within Countering Drug Addiction Act of 29<sup>th</sup> July 2005 – is it needed?*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2017.
- Luciano R., Perazella M., *Nephrotoxic Effects of Designer Drugs: Synthetic Is Not Better!*, „Nature Reviews Nephrology” 2014, vol. 10, nr 6, <https://doi.org/10.1038/nrneph.2014.44>.
- Malczewski A., Kidawa M., *Nowe substancje psychoaktywne w Europie. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, „Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej” 2018.
- Raport Najwyższej Izby Kontroli: Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy, 2017, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,17464,vp,20036.pdf>.
- Pourmand A., Mazer-Amirshahi M., Chistov S, Li A. Park M., *Designer Drugs: Review and Implications for Emergency Management*, „Human & Experimental Toxicology” 2018, vol. 37, nr 1.
- United Nations Office on Drug and Crime – UNODC, „World Drug Report” 2018, vol. 3.
- Sewell R., Poling J., Sofuoglu M., *The Effect of Cannabis Compared with Alcohol on Driving*, „The American Journal on Addictions” 2009, vol. 18, nr 3.
- Walvisch J., *Defining Mental Disorder in Legal Contexts*, „International Journal of Law and Psychiatry” 2017, nr 52, s. 7–18, <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.04.003>.
- Wang G.S., Hoyte C., *Novel Drugs of Abuse*, „Pediatrics in Review” 2019, vol. 40, nr 2, s. 71–78, <https://doi.org/10.1542/pir.2018-0050>.
- Wroński K., Frąckowiak K., Frąckowiak L., *Użycie środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta*, „Borgis – Medycyna Rodzinna” 2014, nr 4.
- Zawilska J.B., *Charakterystyka toksykologiczna nowych substancji psychoaktywnych*, w: A. Krakowiak, A. Rutkiewicz (red.), *Dopalacze od teorii do praktyki klinicznej*, Bielsko-Biała 2019.
- Zajdel-CAŁKOWSKA J., Winnicka R., Krakowiak A., Jabłońska M.R., Zajdel R., *The Right of a Doctor to Inform an Employer of Contraindications to Perform a Certain Type of Work by an Employee*, „Medycyna Pracy” 2018, vol. 69, nr 6, doi: 10.13075/mp.5893.00632.

## REGULACJE PRAWNE JAKO CZYNNIK MINIMALIZUJĄCY RYZYKO POWROTU DO UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

### Streszczenie

Stosowanie dopalaczy zwiększa zagrożenia w obszarze zdrowia publicznego w Polsce. Prawo przewiduje odpowiedzialność karną tak za posiadanie, jak i za handel dopalaczami, jednak nie przewiduje przymusu leczenia osób nadużywających dopalaczy i osób uzależnionych. Materiałem, który posłużył jako punkt wyjścia do oceny omawianej problematyki, były dane dotyczące spożycia „dopalaczy” w Polsce w latach 2015–2017, w tym liczby zgonów spowodowanych ich używaniem. Dokonano analizy danych zawartych w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Ostrych Zatruc Instytutu Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi, w związku ze spożyciem nowych substancji psychoaktywnych, a także analizy regulacji prawnych, odwołując się do doktryny prawa i aktualnej linii orzeczniczej. Zasadność wprowadzenia prawnego przymusu leczenia osób powracających do stosowania dopalaczy wskazuje na tendencję do ich cyklicznego stosowania przez pacjentów Oddziału Ostrych Zatruc IMP w Łodzi. W związku z dużą liczbą przypadków zatruc dopalaczami w Polsce, konieczne jest wprowadzenie prawnych algorytmów postępowania w zakresie obowiązku leczenia osób nadużywających dopalaczy oraz osób od nich uzależnionych.

Słowa kluczowe: dopalacze, niezdolność do prowadzenia pojazdów mechanicznych, leczenie przymusowe, nowe substancje psychoaktywne, zatrucia dopalaczami, ochrona zdrowia publicznego

## LEGAL REGULATIONS AS A FACTOR IN MINIMISING THE RISK OF A RETURN TO USING NEW PSYCHOACTIVE DRUGS

## Summary

The use of legal highs increases risks in the area of public health in Poland. The law provides for criminal liability for possession as well as the trade of NSP, however, it does not provide for the compulsion of treatment for addicts. The material used as a starting point for a practical presentation of the discussed issues was statistical data on the intake of "legal highs" in Poland in the years 2015–2017, including the number of deaths caused by their use. The authors also conducted a study in the form of analysis of data contained in individual medical records of patients hospitalized in the Acute Poisoning Department of J. Nofer Institute of Occupational Medicine in Lodz due to the consumption of new psychoactive substances. The paper uses the method of analysis of the existing legal regulations, referring at the same time to the doctrine of law and the emerging line of jurisprudence. The analysis of the legitimacy of the introduction of compulsory treatment mechanisms for people returning to the use of designer drugs shows the tendency of their cyclical use by patients of the acute poisoning department IMP in Lodz. In connection with the number of legal highs poisonings in Poland, it is necessary to introduce legal algorithms of conduct concerning the obligation to treat persons using designer drugs harmfully and persons addicted to them. Legal highs, compulsory treatment, new psychoactive substances, legal highs poisoning, protection of public health.

Keywords: designer drugs, inability to drive vehicles, compulsory treatment, new psychoactive drugs, intoxication with designer drugs, public health protection

## Cytuj jako:

Sieradzka M., Król-Całkowska J., *Regulacje prawne jako czynnik minimalizujący ryzyko powrotu do używania nowych substancji psychoaktywnych*, „Ius Novum” 2022 (16) nr 4, s. 116–133. DOI: 10.26399/iusnovum.v16.4.2022.40/m.sieradzka/j.krol-calkowska

## Cite as:

Sieradzka M., Król-Całkowska J. (2022), 'Legal regulations as a factor in minimising the risk of a return to using new psychoactive drugs', *Ius Novum* (Vol. 16) 4, 116–133. DOI: 10.26399/iusnovum.v16.4.2022.40/m.sieradzka/j.krol-calkowska