

Bruksela, 16 września 2015 r.
(OR. en)

11985/15

CORDROGUE 70
SAN 279

NOTA

Od:	Sekretariat Generalny Rady
Do:	Delegacje
Nr poprz. dok.:	DS 10371/1/15 REV 1
Dotyczy:	Konkluzje Rady w sprawie realizacji planu działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016 pod kątem minimalnych standardów jakościowych w ograniczaniu popytu na środki odurzające w Unii Europejskiej

Delegacje otrzymują w załączeniu wyżej wymienione konkluzje Rady zatwierdzone przez Radę do Spraw Ogólnych na posiedzeniu 14 września 2015 r.

Konkluzje Rady w sprawie realizacji planu działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016 pod kątem minimalnych standardów jakościowych w ograniczaniu popytu na środki odurzające w Unii Europejskiej

RADA UNII EUROPEJSKIEJ

ODNOTOWUJĄC:

- że między państwami członkowskimi istnieją różnice, jeśli chodzi o jakość interwencji i usług ograniczających popyt na środki odurzające, i że należy ustalić w UE minimalne standardy jakościowe w tym zakresie, po to by wyeliminować brak spójności między stosowanymi praktykami i podnieść ogólną jakość;
- że Europa po latach doświadczeń i badań zgromadziła wystarczające dane na temat stopnia skuteczności różnych interwencji ograniczających popyt na środki odurzające, dzięki czemu można uzgodnić minimalne standardy jakościowe na szczeblu unijnym;
- że wdrożenie tych standardów może ulepszyć skuteczność i efektywność programów profilaktyki narkotykowej, usług związanych z redukcją szkód, leczenia uzależnień od narkotyków, a także rehabilitacji osób uzależnionych;
- że obecna sytuacja budżetowa zmusza decydentów do zapewnienia zrównoważoności opieki zdrowotnej, a jednocześnie do zadbania o to, by działania ograniczające popyt na środki odurzające były szeroko dostępne, miały duży zasięg i wysoką jakość, a zarazem były skuteczne i zróżnicowane;
- że celem niniejszych konkluzji jest wspieranie państw członkowskich w stosowaniu podejść opartych na koordynacji, najlepszych praktykach i jakości w zakresie ograniczania popytu na środki odurzające; konkluzje te nie są apelem o nowe przepisy unijne.

PRZYPOMINAJĄC:

- że zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii należy zapewniać wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego; działanie Unii, które ma uzupełniać polityki krajowe, powinno być nakierowane na poprawę zdrowia publicznego, ma także zachęcać do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia publicznego oraz, jeśli to konieczne, wspierać ich działania, czyniąc to z pełnym poszanowaniem obowiązków państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej;
- o strategii antynarkotykowej UE na lata 2013–2020, w której zaapelowano o opracowanie i wprowadzenie w życie standardów jakościowych w odniesieniu do profilaktyki (środowiskowej, uniwersalnej, selektywnej i wskazującej), wczesnego wykrywania i wczesnej interwencji, ograniczania ryzyka i szkód, leczenia, rehabilitacji, reintegracji społecznej i wyjścia z nałogu;
- o działaniu 9 określonym w planie działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016, które nawiązuje do podobnego działania określonego w planie działania UE w zakresie narkotyków na lata 2009–2012 i które musi zostać podjęte przez Radę, Horyzontalną Grupę Roboczą ds. Narkotyków, państwa członkowskie, Komisję Europejską i Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA); działanie to polega na „uzgodnieniu i rozpoczęciu wdrażania minimalnych, unijnych standardów jakościowych, które pomagają zbudować pomost między nauką a praktyką w zakresie: a) środowiskowych, ogólnych, selektywnych i wskazanych środków prewencyjnych; b) środków wczesnego wykrywania i interwencji; c) środków zmniejszania ryzyka i szkód oraz d) środków na rzecz terapii, rehabilitacji, integracji społecznej i powrotu do zdrowia”;
- o zaleceniach z grudnia 2014 r., w których Europejskie Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. Narkotyków apeluje o przyjęcie europejskich minimalnych standardów jakościowych i stopniowe wdrażanie wspierane wystarczającymi środkami finansowymi;
- o wynikach projektów takich jak analiza rozwoju unijnych ram dotyczących minimalnych standardów jakościowych i kryteriów w ograniczaniu popytu na środki odurzające (EQUS) czy europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków (EDPQS), oraz praktycznym doświadczeniach i danych zgromadzonych na portalu najlepszych praktyk EMCDDA;

- o rezultatach konferencji na temat minimalnych standardów jakościowych zorganizowanej przez Komisję Europejską w lipcu 2011 r. oraz publicznych konsultacji w sprawie komunikatu Komisji „Na rzecz bardziej zdecydowanej reakcji Europy na problem narkotyków”, popierających ustanowienie europejskich minimalnych standardów jakościowych.

WYZNACZA poniższe unijne minimalne standardy jakościowe w ograniczaniu popytu na środki odurzające w obszarze profilaktyki, redukcji ryzyka i szkód oraz leczenia i rehabilitacji, chcąc w ten sposób wesprzeć i propagować jakościowe podejście stosowane w interwencjach ograniczających popyt na środki odurzające w UE:

I. Profilaktyka

- a. Interwencje z zakresu profilaktyki (środowiskowej, uniwersalnej, selektywnej i wskazującej) są skierowane do ogółu społeczeństwa, grup narażonych na ryzyko uzależnienia się lub do grup/osób, u których stwierdzono ten problem. Celem takich działań może być zapobieganie używaniu środków odurzających, ich upowszechnianiu się lub ich negatywnym skutkom, a także opóźnianie i ograniczanie tych zjawisk; działania te są oparte na ocenie i dostosowane do potrzeb grupy ludności, która jest ich adresem;
- b. Osoby przygotowujące interwencje z zakresu profilaktyki są kompetentne i doświadczone, jeśli chodzi o zasady, teorię i praktykę w tym obszarze; są to przeszkoleni lub wyspecjalizowani profesjonaliści wspierani przez publiczne instytucje (oświatowe, zdrowotne i społeczne) lub pracujący dla licencjonowanych lub uznanych instytucji albo organizacji pozarządowych;
- c. Osoby prowadzące interwencje z zakresu profilaktyki mogą korzystać z programów lub stosować kryteria jakościowe dostępne na szczeblu lokalnym, krajowym lub międzynarodowym; mogą także oprzeć swoje działania na tych programach i kryteriach;
- d. Interwencje z zakresu profilaktyki stanowią część spójnego, długofalowego programu profilaktycznego, są odpowiednio na bieżąco monitorowane, co pozwala na niezbędne dostosowania, i podlegają ocenie; ich rezultaty są upowszechniane, by można było korzystać z nowych doświadczeń.

II. Redukcja ryzyka i szkód

- a. Środki redukcji ryzyka i szkód, wśród których są środki związane z chorobami zakaźnymi i zgonami spowodowanymi zażywaniem narkotyków, są realistyczne, jeśli chodzi o ich cele, są szeroko dostępne i dostosowane do potrzeb grup ludności, do których je skierowano;
- b. Odpowiednie interwencje, informowanie i kierowanie do leczenia są uzależnione od indywidualnych cech i potrzeb osób korzystających z tych usług, a nie od charakteru ich leczenia;
- c. Interwencje mogą dotyczyć wszystkich potrzebujących, także w sytuacjach i miejscach, w których ryzyko jest podwyższone;
- d. Interwencje są oparte na dostępnych dowodach i doświadczeniu naukowym, a prowadzi je wykwalifikowany lub przeszkolony personel (także wolontariusze), który stale rozwija się pod kątem zawodowym.

III. Leczenie, integracja społeczna i rehabilitacja

- a. Odpowiednie leczenie oparte na wiedzy naukowej jest dostosowane do indywidualnych cech i potrzeb osób z niego korzystających; prowadzone jest z poszanowaniem godności danej osoby, jej odpowiedzialności i gotowości do zmiany;
- b. Leczenie jest dostępne dla wszystkich potrzebujących na ich prośbę; nie ograniczają tego ani okoliczności, ani cechy osobowe lub społeczne, ani brak zasobów finansowych u osób korzystających z tych usług. Leczenie następuje w odpowiednim terminie i przy zapewnieniu ciągłości opieki;
- c. W interwencjach w zakresie leczenia i integracji społecznej cele ustala się stopniowo i okresowo weryfikuje, a w razie pogorszenia podejmuje się stosowne działania;

- d. Podstawą usług i interwencji w zakresie leczenia i integracji społecznej jest świadoma zgoda pacjenta; są one także nakierowane na pacjenta i wspierają jego upodmiotowienie;
- e. Leczenie prowadzą wykwalifikowani specjaliści oraz przeszkolony personel, który stale rozwija się pod kątem zawodowym;
- f. Usługi i interwencje w zakresie leczenia stanowią element stałej opieki, która obejmuje w stosownych przypadkach usługi wsparcia socjalnego (edukację, zapewnienie mieszkania, szkolenie zawodowe, opiekę społeczną) służące integracji społecznej danej osoby;
- g. Usługi w zakresie leczenia obejmują dobrowolną kontrolę pod kątem chorób zakaźnych przenoszonych przez krew, doradztwo na temat zachowań ryzykownych i pomoc w walce z chorobą;
- h. Usługi w zakresie leczenia są monitorowane, a działania i rezultaty podlegają regularnej wewnętrznej lub zewnętrznej ocenie.

PODKREŚLA, ŻE:

- unijne minimalne standardy jakościowe w ograniczaniu popytu na środki odurzające muszą być zgodne z zasadami etycznymi, prawami człowieka, zasadą poufności oraz muszą uwzględniać cechy kulturowe i społeczne, w tym problematykę płci społeczno-kulturowej oraz nierówności zdrowotne;
- należy odpowiednio zaplanować oraz należy monitorować i oceniać interwencje wdrażające wspomniane standardy;
- interwencje wdrażające wspomniane standardy powinny opierać się na ocenie potrzeb i należy je dostosować do potrzeb grupy ludności, która jest ich adresatem;
- standardy te powinny być minimalnym kryterium jakości i w związku z tym w miarę możliwości ich wdrażanie nie powinno ograniczać wdrażania wyższych i bardziej dalekosiężnych standardów jakościowych w usługach ograniczających popyt na środki odurzające;

- wdrażanie tych standardów w UE powinno następować stopniowo z naciskiem na skuteczne dostosowywanie istniejących usług, programów i systemów;
- dostosowanie i wdrażanie tych standardów powinno przebiegać z pełnym poszanowaniem faktu, że to państwa członkowskie są odpowiedzialne za formułowanie swojej polityki zdrowotnej oraz organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej; zarazem należy zachęcać do wymiany najlepszych praktyk i wspólnego wdrażania na szczeblu UE;
- żaden ze standardów nie powinien utrudniać wprowadzania innowacyjnych interwencji i programów, a nowo zaprojektowane interwencje należy oprzeć na dostępnej teorii, dowodach, praktyce lub ustandaryzowanych procesach; należy je odpowiednio monitorować i oceniać, a ich rezultaty upowszechniać, by można było korzystać z nowych doświadczeń.

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:

- planowały i wspierały interwencje i programy ograniczające popyt na środki odurzające zgodnie ze wspomnianymi standardami i inwestowały w monitorowanie i ocenę, a także w upowszechnianie rezultatów, by można było korzystać z nowych doświadczeń;
- zapewniały w razie konieczności szkolenia dla praktyków i osób zaangażowanych w ograniczanie popytu na środki odurzające zgodnie ze wspomnianymi standardami;
- nawiązały międzyministerialną współpracę w celu ułatwiania wdrażania tych standardów;
- zaangażowały społeczeństwo obywatelskie we wdrażanie tych standardów, w tym w planowanie, wprowadzanie, monitorowanie i ocenę, a także w upowszechnianie rezultatów, by można było korzystać z nowych doświadczeń.

ZWRACA SIĘ DO KOMISJI, BY:

- rozważyła udzielenie wsparcia finansowego na rzecz projektów i programów w ramach obowiązujących wieloletnich ram finansowych w celu promowania wymiany najlepszych praktyk we wdrażaniu wspomnianych standardów;
- analizowała postępy we wdrażaniu tych standardów w ramach zwykłych przeglądów postępów w realizacji planu działania UE w zakresie środków odurzających, korzystając z informacji przekazanych przez państwa członkowskie i EMCDDA, w tym – jeśli jest to wykonalne i w miarę dostępności – z danych od innych organizacji międzynarodowych, takich jak Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości oraz Światowa Organizacja Zdrowia.

ZWRACA SIĘ DO EMCDDA, BY:

- dalej zbierało dane na temat skutecznych interwencji i usług w zakresie ograniczania popytu na środki odurzające i udzielało państwom członkowskim wsparcia technicznego oraz przekazywało wiedzę fachową na temat wdrażania wspomnianych standardów, zgodnie z dostępnymi zasobami i informacjami udostępnianymi przez państwa członkowskie;
- włączało informacje o unijnych minimalnych standardach jakościowych do corocznych sprawozdań, przy użyciu istniejących narzędzi.

PROSI, by postępy na szczeblu UE w tym obszarze oceniono na podstawie przeglądów dokonywanych przez Komisję i by nastąpiło to na czas przed ostateczną oceną strategii antynarkotkowej UE na lata 2013–2020.

ZASTANAWIA SIĘ nad potrzebą kolejnego doprecyzowania unijnych minimalnych standardów jakościowych, którego można by dokonać po przeprowadzeniu oceny strategii.