



# Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 1 (15) 2001



## KONFERENCJA MINISTERIALNA PAŃSTW CZŁONKOWSKICH GRUPY POMPIDOU

W dniach 12–13 października 2000 roku w Sintra w Portugalii odbyła się Konferencja zorganizowana przez Grupę Pompidou Rady Europy. Założeniem działalności Grupy Pompidou jest promowanie i wspomaganie w poszczególnych państwach krajowej polityki w zakresie walki z narkotykami i narkomanią, a także umacnianie międzynarodowej współpracy mając na względzie multidyscyplinarne podejście do zapobiegania i zwalczania problemów narkomanii, bowiem od końca lat 80. na całym świecie coraz powszechniejsze staje się przekonanie o potrzebie zintegrowanej, wyważonej i całościowej polityki przeciwdziałania narkomanii. Takie podejście propagowane jest przez kraje Grupy Pompidou od momentu jej założenia w 1971 roku.

Podczas poprzedniej konferencji, która odbyła się w Tromsø w maju 1997 roku, ministerialna sesja Grupy Pompidou oraz spotkanie paneuropejskie zostały połączone w jedną konferencję. Decyzję tę podjęto uznając, że rozwiązywanie problemów związanych z narkotykami powinno stać się wspólnym przed-

sięwzięciem wszystkich krajów kontynentu. Inicjatywa ta została powtórzona także w tym roku i zaproszenie na konferencję otrzymały kraje członkowskie Rady Europy oraz kraje kandydujące, a także kraje pozaeuropejskie posiadające status obserwatora.

Spotkania z udziałem Ministrów odbywają się co trzy lata i mają za zadanie podsumowanie okresu ubiegłego i wytyczenie celów i priorytetów na lata następne. Przygotowania do spotkania w Sintra poprzedziła szczególnie burzliwa debata. W wielu krajach Europy, podobnie jak w Polsce, trwa dyskusja nad zasadami prowadzenia skutecznej polityki przeciwdziałania narkotykom i narkomanii. Wiele państw decyduje się na podjęcie nowych, często kontrowersyjnych dla innych krajów rozwiązań. W ostatnim okresie, w ramach Grupy Pompidou, wiele uwagi poświęcono zagadnieniom ograniczania ryzyka używania narkotyków. Niektóre kraje zdecydowały się na rozpoczęcie działań mających na celu zmniejszenie ryzyka zakażeń HIV w grupie osób przyjmujących narkotyki dożylnie, które nie osiągnęły sukcesu w programach nastawionych na

abstynencję. Pozytywna ocena podejmowanych działań, jak np. leczenie substytucyjne, programy wymiany igieł i strzykawek, programy socjalne - świadczy o korzyściach prowadzenia tego rodzaju strategii na rzecz redukcji ryzyka. Wraz z upływem czasu takie podejście do problemu staje się coraz powszechniejsze. Stopniowo zaczyna się stosować rozwiązania mające na celu zapobieganie negatywnym konsekwencjom uzależnienia od narkotyków grożącym zarówno osobom uzależnionym, jak i całemu społeczeństwu, w przypadku, gdy osoby uzależnione nie odchodziły od nałogu pomimo programów na rzecz abstynencji narkotykowej.



*Krzysztof Tronczyński przewodniczył polskiej delegacji i przemawiał w jej imieniu podczas Konferencji*

Przemiany tego rodzaju dokonują się w różnym tempie w zależności od kraju i przyjmują różne formy w zależności od lokalnego kontekstu kulturowego, od warunków i postaw charakterystycznych dla danego regionu. Często towarzyszą im kontrowersje dotyczące skuteczności i motywów podejmowanych działań. Doświadczenie uzyskane przez część krajów w trakcie realizacji strategii ograniczania ryzyka używania narkotyków oraz wypracowane metody ich ewaluacji pozwalają na prezentację wniosków i podejmowanie krytycznych dyskusji odnośnie ich skuteczności.

Konferencja ministerialna w Sintra, oprócz oficjalnych rozmów dotyczących działania Grupy Pompidou, przebiegała pod hasłem: **Redukcja ryzyka jako element całościowego i multidyscyplinarnego podejścia do problemu narkomanii.**

Konferencja dawała szansę uczestniczącym w niej ministrom przeanalizowania programów oraz dowodów naukowych świadczących o korzyściach różnego rodzaju strategii na rzecz redukcji ryzyka w świetle rezultatów, jakie przynoszą oraz problemów, jakie pojawiają się podczas ich realizacji, szczególnie w odniesieniu do współpracy między poszczególnymi sektorami.

Odbyły się dwie równoległe sesje. Jedna dotyczyła polityki zdrowotnej i społecznej, natomiast druga skupiła się na kwestiach prawnych, możliwościach i sposobach ich wdrażania, ze szczególnym zwróceniem uwagi na kompatybilność przepisów prawnych z konwencjami międzynarodowymi.

Podczas sesji plenarnej kończącej konferencję przyjęto program działania Grupy Pompidou na kolejne trzy lata, a końcowym dokumentem była Deklaracja Polityczna, która zo-

stała zaakceptowana przez wszystkich uczestników konferencji.

Polskę na Konferencji w Sintra reprezentowali:

- Krzysztof Tronczyński – Podsekretarz Stanu w MZ
- Piotr Jabłoński – Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
- Janusz Sierosławski – Instytut Psychiatrii i Neurologii
- Piotr Rakowski – Specjalista w Departamencie Integracji Europejskiej i Współpracy Międzynarodowej MSWiA
- Wojciech Wróblewski – Doradca Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji

Polska należy do grupy krajów, które poszukują nowego podejścia do form zapobiegania narkomanii. Tocząca się również w naszym kraju dyskusja nad systemem polityki przeciwdziałania narkomanii wpisuje się w dyskusję międzynarodową, w której obecne są zarówno kraje stosujące rozwiązania restrykcyjne, jak i liberalne oraz państwa poszukujące rozwiązań kompromisowych. Prezentowane w niniejszym numerze Serwisu materiały obrazują tę dyskusję i stanowią bazę do analizy i twórczej refleksji nad polskimi wzorcami i drogami ich doskonalenia.

**Piotr Jabłoński**

*Dyrektor Krajowego Biura ds.  
Przeciwdziałania Narkomanii*

## SPIS TREŚCI

Konferencja ministerialna państw członkowskich Grupy Pompidou ..... 1

Deklaracja Polityczna ..... 4

Ogólny zarys programu pracy Grupy Pompidou na lata 2000-2003 ... 8

Redukcja ryzyka jako element całościowego i multidyscyplinarnego podejścia do problemu narkomanii ... 12

Podstawy prawne i mechanizmy kontroli w odniesieniu do strategii redukcji ryzyka ..... 40

Odwiedź stronę internetową  
Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

[www.medianet.pl/~bdsnark](http://www.medianet.pl/~bdsnark)

i sprawdź czy jesteś już  
w ogólnopolskim INFORMATORZE  
na temat placówek udzielających  
pomocy osobom z problemem  
narkotykowym.

Zapraszamy wszystkie placówki i instytucje świadczące pomoc osobom z problemem narkotykowym do współpracy w tworzeniu i aktualizowaniu internetowego Informatora. Aby zaistnieć w Informatorze, należy ze stron Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pobrać kwestionariusz zgłoszeniowy, poprawnie wypełnić go i przesłać na nasz adres.

## DEKLARACJA POLITYCZNA

Narkomania, zarówno ze względu na zasięg zjawiska, jak i jego konsekwencje, jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia i dobrobytu nie tylko w przypadku osób zażywających narkotyki, ale także dla całego społeczeństwa; stanowi zagrożenie dla rozwoju i niezależności młodych ludzi; odziera życie z godności i pozbawia je sensu prowadząc do wyrzucenia narkomanów poza nawias społeczeństwa. Produkcja narkotyków, ich dystrybucja i związane z nią zjawisko prania brudnych pieniędzy oraz inne nielegalne praktyki na tym polu powodują wzrost poczucia zagrożenia i napięcie społecznych, przyczyniają się do wzrostu przestępczości i wywierają negatywny wpływ na gospodarkę.

**Ministrowie, przedstawiciele władz państwowych oraz przedstawiciele Komisji Europejskiej uczestniczący w Konferencji Ministerialnej w Sintra dotyczącej współpracy na polu zwalczania narkomanii i nielegalnego handlu narkotykami;**

Świadomi, że prowadzenie wspólnej polityki w zakresie koordynacji strategii na skalę europejską w ogromnym stopniu przyczynia się do podniesienia skuteczności działań podejmowanych na szczeblu krajowym, a także do poprawy sytuacji na całym świecie;

Uznający priorytetowe znaczenie celów i zasad współodpowiedzialności i partnerstwa, przyjętych podczas XX Specjalnej Sesji Organizacji Narodów Zjednoczonych na temat Narkotyków, która odbyła się w czerwcu 1998 roku;

Popierając cele i środki ustanowione w Planie Działania na rzecz Redukcji Popytu, przy-

jętym w załączeniu do deklaracji podpisanej na Specjalnej Sesji, który nakłada na rządy obowiązków ich realizacji poprzez programy i działania na rzecz redukcji popytu, takie jak kampanie informacyjne, działania prewencyjne, ocena i redukcja ryzyka oraz negatywnych konsekwencji narkomanii zarówno w przypadku jednostek, jak i całych społeczeństw;

Odnosząc osiągnięty ostatnio na szczeblu krajowym postęp na polu redukcji popytu, w zgodzie z Rezolucją ECOSOC 1999/29 oraz Planem Strategii i Działania Unii Europejskiej o Środkach Odurzających 2000/2004;

Uznając wagę i znaczenie współpracy międzynarodowej i regionalnej oraz dokonań organizacji międzynarodowych, regionalnych i pozarządowych, a także osób zaangażowanych w pracę na tym polu;

Doceniając znaczenie rezultatów, jakie w przeciągu ostatniej dekady osiągnięto na polu zacieśniania współpracy krajów środkowo- i wschodnioeuropejskich z pozostałymi krajami Europy w zakresie zwalczania problemu narkotykowego oraz uznając wkład Grupy Pompidou w ten proces;

W pełni przekonani, że Grupa Pompidou i Rada Europy są regionalnym forum dyskusyjnym, na którym dochodzi nie tylko do wymiany doświadczeń, ale dzięki któremu możliwa staje się autentyczna współpraca i szkolenie kadr;

Podkreślając znaczenie subregionalnej współpracy pomiędzy krajami sąsiadującymi – jak ma to miejsce w przypadku współpracy grupy krajów nordyckich i nowo utworzonej Sieci Śródziemnomorskiej – mającej na celu upo-

wszechnianie wiedzy na temat aktualnej sytuacji i wdrażanych programów, budowanie naukowego podejścia do problematyki narkomanii oraz wymianę doświadczeń i wzajemne informowanie się o skuteczności podjętych przedsięwzięć w regionie;

Dążąc do wprowadzenia zintegrowanego, wyważonego i multidyscyplinarnego podejścia do problemu narkomanii na całym świecie, koncentrującego się na wszystkich jej aspektach; redukcji popytu i podaży, problemach społecznych i zdrowotnych, kontroli prekursorów, handlu i praniu pieniędzy oraz środkach podejmowanych przy zwalczaniu przestępczości związanej z narkotykami;

Zdając sobie sprawę z faktu, że narkomania przyczynia się do powstawania problemów zdrowotnych i społecznych, które mogą jej towarzyszyć (w szczególności dotyczy to przyjmowania różnych środków odurzających jednocześnie, chorób psychicznych i zakaźnych, uwięzienia oraz wykluczenia ze społeczeństwa);

Rozumiejac, że narkomanie często łączy się z grupami i jednostkami pozostającymi na marginesie społecznym, i że zjawisko to oznacza potrzebę poszerzenia naszej wiedzy na temat przyczyn narkomanii i szukania odpowiedzi strukturalnych oraz podejmowania bardziej jednoznacznych działań;

Biorąc pod uwagę społeczne konsekwencje narkomanii, w szczególności koszty, jakie w jej następstwie ponosi społeczeństwo oraz konsekwencje zachowań ryzykownych;

Zwracając uwagę na fakt, że konsumpcja narkotyków w poszczególnych grupach społecznych stanowi zagrożenie dla ich społecznej integracji;

Zwracając uwagę na problem zachowań ryzykownych i uzależnienia w szerokim kontekście, w tym używania dopuszczonych praw-

nie substancji psychoaktywnych, które mogą przyczyniać się do powstawania poważnych problemów społecznych i zdrowotnych;

Odnotowując ze szczególnym zainteresowaniem innowacyjne podejście do problematyki redukcji ryzyka przyjęte przez niektóre państwa europejskie, będące tematem niniejszej konferencji, oraz pozytywne rezultaty, jakie te działania odnoszą w procesie leczenia osób uzależnionych oraz ich rehabilitacji, a także dostrzegając inicjatywy na rzecz wypracowania konkretnych narzędzi służących naukowej ocenie tego nowego podejścia;

Świadomi, że pojawienie się nowego kontekstu zażywania narkotyków, szczególnie w grupie ludzi młodych, oraz wzrost popularności nowych syntetycznych narkotyków wydaje się być odzwierciedleniem przeświadczenia o nieszkodliwości takiej konsumpcji, a także, że za upowszechnianiem takich wzorców stoją najnowsze metody komunikacji elektronicznej;

**Potwierdzamy nasze zaangażowanie w działalność na tym polu w zgodzie z zasadami, które przyświecały twórcom Grupy Pompidou, i w oparciu o które Grupa Pompidou funkcjonuje, mające na celu kontynuowanie i umacnianie współpracy pan-europejskiej w zakresie zwalczania narkomanii i wszelkich form związanej z nią nielegalnej działalności stosując całościową, multidyscyplinarną strategię, w szczególności:**

- i. Potwierdzamy nasze poparcie dla postanowień Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych z 1961, 1971 i 1998 roku, jako podstawy międzynarodowych działań na rzecz kontroli spożycia i handlu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami chemicznymi oraz z całą mocą podkreślamy, że po-

- wyższe dokumenty, a także środki prawne i środki kontroli, dopuszczone na mocy ich postanowień powinny dotyczyć także nowych narkotyków syntetycznych, tak jak ma to miejsce w przypadku stymulantów typu amfetaminowego;
- ii. Uznajemy wagę i potrzebę rozwijania międzynarodowej i regionalnej współpracy na polu walki z problemem narkotykowym na całym świecie, w oparciu o zasady ustanowione na XX Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych oraz podkreślamy wagę i potrzebę promowania działań na rzecz redukcji popytu na szczeblu krajowym w zgodzie z tymi zasadami;
- iii. Zachęcamy poszczególne państwa oraz instytucje międzynarodowe do wdrożenia mechanizmów umożliwiających dokonywanie multidyscyplinarnej oceny ryzyka, jakie niesie ze sobą używanie substancji psychoaktywnych w celu stworzenia polityki antynarkotykowej uwzględniającej rzeczywistą sytuację, której celem będzie zarówno kontrola rynku narkotykowego, jak też działania prewencyjne i realizowanie programów terapeutycznych;
- iv. Potwierdzamy, że Grupa Pompidou pełni funkcję multidyscyplinarnego forum na rzecz współpracy w zwalczaniu narkomanii oraz nielegalnego handlu narkotykami i zachęcamy wszystkie kraje, aby włączyły publiczną służbę zdrowia oraz instytucje zaangażowane w realizację polityki społecznej, zwalczanie przestępczości oraz egzekwowanie prawa w rozwój państwowej polityki zapobiegania i reagowania na problemy narkomanii oraz związanego z nią odrzucenia społecznego narkomanów; jednocześnie czujemy się politycznie odpowiedzialni za sytuację w tym zakresie na całym kontynencie europejskim;
- v. Popieramy budowanie mechanizmów na rzecz współpracy z organizacjami i instytucjami działającymi na tym samym polu w celu uniknięcia dublowania badań i działań na tym polu, oraz dla skoncentrowania się na analizie baz danych i zwiększaniu współpracy w dziedzinie badań naukowych; podkreślamy znaczenie, jakie ma wymiana doświadczeń i dzielenie się wiedzą przez różne instytucje pracujące na szczeblu europejskim;
- vi. Zachęcamy państwa członkowskie do wspierania innych organizacji międzynarodowych i regionalnych, a także instytucji w taki sposób, aby mogły one skutecznie przeciwdziałać negatywnym konsekwencjom zdrowotnym i społecznym wynikającym z zażywania narkotyków;
- vii. Po raz kolejny podkreślamy znaczenie działań prewencyjnych, szczególnie w szkołach, w domu rodzinnym, w mediach oraz skierowanych do konkretnych grup docelowych, pozwalających na zachowanie abstynencji lub redukcję zażywania narkotyków oraz przyczyniających się do podjęcia leczenia przez osoby zażywające lub uzależnione od narkotyków, zwracając uwagę na potrzebę prowadzenia takich działań i wdrażania programów prewencyjnych w miejscach pracy;
- viii. Podkreślamy znaczenie wykorzystywania nowych technologii, takich jak Internet, do działań prewencyjnych, informacyjnych i monitoringu oraz dla zacieśniania współpracy w rozwiązywaniu problemów związanych z narkotykami, jak również potrzebę przeciwstawiania się wykorzystywaniu

- tych technologii w celu propagowania używania narkotyków;
- ix. Uznajemy znaczenie badań na polu innowacyjnego podejścia w zakresie działań prewencyjnych, leczenia, opieki i rehabilitacji narkomanów, a także deklarujemy, że będziemy działać na rzecz uznania tych badań za priorytetowe przez specjalistów oraz administrację publiczną;
- x. Przypominamy, jak ważne jest dotarcie do osób zażywających narkotyki na jak najwcześniejszym etapie ich „narkotykowej kariery” i umożliwienie im kontaktu ze służbą zdrowia oraz właściwymi instytucjami, dostępnymi i oferującymi zróżnicowane usługi, w których osoby uzależnione mogą uzyskać pomoc nawet wtedy, gdy nie wyrażają chęci natychmiastowego i całkowitego zerwania z nałogiem;
- xi. Zachęcamy poszczególne państwa do przedsięwzięcia środków na rzecz redukcji ryzyka, zarówno w odniesieniu do jednostek, jak i całego społeczeństwa w oparciu o wiedzę na temat lokalnej sceny narkotykowej i z uwzględnieniem powiązania z nią kontekstu kulturowego;
- xii. Zwracamy uwagę na powiązane z problemem narkomanii kwestie zdrowia publicznego i podkreślamy potrzebę podejmowania działań na polu promocji zdrowego trybu życia, działań prewencyjnych oraz wdrażania programów redukcji ryzyka mających na celu ograniczanie epidemii HIV, żółtaczk i innych chorób zakaźnych;
- xiii. Doceniamy znaczenie instytucji i organizacji pozarządowych w udzielaniu pomocy i opieki narkomanom, oraz ogromną wagę prowadzonych przez nie działań prewencyjnych; będziemy wspierać ich działalność, poszukiwać sposobów doskonalenia ich współpracy z odpowiednimi władzami oraz w dalszym ciągu angażować je w działania Grupy Pompidou na rzecz wymiany doświadczeń, informacji i skutecznych rozwiązań praktycznych;
- xiv. Podkreślamy potrzebę wzmocnienia współpracy sądowniczej w walce ze zorganizowaną przestępczością, w tym z nielegalnym handlem narkotykami i procederem prania brudnych pieniędzy, oraz powtarzamy, że niezbędna jest współpraca systemu sadowniczego, policji i służb celnych, a także budowanie skutecznych struktur rządowych i przepisów prawnych;
- xv. W pełni doceniamy fundamentalną rolę Financial Action Task Force (FATF) i zachęcamy państwa członkowskie do wdrażania jej rekomendacji oraz do ratyfikacji i realizacji postanowień Europejskiej Konwencji o Praniu, Poszukiwaniu, Zatrzymywaniu i Konfiskacie Dochodów Pochodzących z Działalności Przestępczej i, jeżeli to możliwe, Europejskiego Porozumienia na rzecz Zwalczenia Nielegalnego Handlu Morskiego;
- xvi. Wspieramy wszelkie działania mające na celu walkę ze zorganizowaną przestępczością oraz korupcją i uznajemy potrzebę wypracowania wspólnego podejścia i zbudowania wspólnych mechanizmów dla rozwiązywania tych problemów, przy jednoczesnym poszanowaniu niezawisłości i suwerenności każdego z zaangażowanych państw;
- xvii. Powtarzamy po raz kolejny, że powinniśmy wykorzystywać wszelkie mechanizmy współpracy w sposób zdecydowany i elastyczny propagując, jeżeli to konieczne, nowe metody rozwiązywania wspólnych problemów;

- xviii. Zachęcamy do podjęcia współpracy z przemysłem chemicznym, specjalistycznymi organizacjami oraz władzami i pracownikami przedsiębiorstw w celu zwalczania nielegalnej produkcji narkotyków, apelując do nich o szczególną czujność w przypadku transakcji handlowych dotyczących prekursorów oraz chemikaliów i o informowanie władz w przypadku podejrzanych zamówień;
- xix. Zachęcamy władze państwowe do przeciwdziałania nielegalnemu handlowi substancjami psychotropowymi, do nadzorowania recept i stosowania tych medykamentów oraz do uświadamiania pracowników służby zdrowia roli, jaką odgrywają w redukcji potencjalnego nadużywania tych środków;
- xx. Podkreślamy potrzebę nawiązania ściślejszej współpracy pomiędzy krajowymi, regionalnymi i lokalnymi placówkami opieki zdrowotnej, socjalnej i placówkami oświatowymi a systemem sądowniczym;
- xxi. Popieramy wszelkie wysiłki mające na celu umocnienie kohezji społecznej oraz umożliwiające narkomanom prowadzenie w miarę normalnego życia w społeczeństwie, w dalszym ciągu także będziemy dzielić się informacjami na temat działań, dzięki którym udaje się skutecznie promować społeczną integrację osób dotkniętych problemem narkomanii.

## **OGÓLNY ZARYS PROGRAMU PRACY GRUPY POMPIDOU NA LATA 2000-2003**

### **WPROWADZENIE**

Celem Grupy Pompidou jest działanie na rzecz budowania multidyscyplinarnej, wyważonej, skutecznej i innowacyjnej polityki w zakresie przeciwdziałania narkomanii we wszystkich krajach członkowskich poprzez wymianę informacji i opinii o wdrażanych programach antynarkotykowych, dzielenie się wiedzą na temat problemów związanych z popytem i podażą narkotyków, oraz informowanie o trendach pojawiających się na tym polu. Nadrzędnym zadaniem Grupy Pompidou jest udzielanie rzeczowego wsparcia twórcom polityki oraz

osobom zawodowo zaangażowanym w działalność na rzecz przeciwdziałania narkomanii.

Największą siłą Grupy Pompidou jest jej elastyczność oraz to, że jej działania dotyczą bardzo wielu dziedzin, dzięki czemu możliwe staje się budowanie autentycznego porozumienia pomiędzy decydentami i praktykami oraz korelacja działań na poziomie lokalnym i ogólnokrajowym. W Programie Pracy Grupy Pompidou szczególny nacisk kładzie się na współpracę specjalistów z różnych dziedzin, a także na zrównoważenie działań na polu popytu i podaży narkotyków oraz na zaspokojenie potrzeb zarówno tych krajów, które od dawna wchodzą

w jej skład, jak i tych, które dopiero niedawno zostały jej członkami. Działania prowadzone w różnych dziedzinach wzajemnie się uzupełniają. Szczególnie istotne są tu działania na polu szkoleniowym, ekonomicznym, budowania sieci usług oraz współpracy regionalnej.

We wszystkich działaniach zapisanych w programie kładzie się nacisk na etyczną stronę walki z narkomanią w zgodzie z ideałami i zasadami Rady Europy.

W swoim programie Grupa Pompidou przywiązuje szczególną wagę do działań innowacyjnych, do wdrażania praktycznych rozwiązań, prowadzenia aktywnej polityki, badań naukowych oraz budowania mostów pomiędzy krajami Europy Środkowej i Wschodniej. Jednocześnie członkowie Grupy Pompidou będą dążyć do jak najefektywniejszego wykorzystania zdobytego doświadczenia poprzez upowszechnianie osiągniętych rezultatów, organizowanie szkoleń oraz, jeżeli to konieczne, opracowywanie standardów opartych na ich wynikach.

Jak poprzednio, działania Grupy Pompidou koncentrują się na problemie zażywania narkotyków, ale zwraca się uwagę na nowe trendy w konsumpcji narkotyków, w szczególności na jednoczesne przyjmowanie różnego rodzaju substancji psychotropowych. Bardziej realistyczne podejście do rozróżnienia pomiędzy użyciem, nadużywaniem i uzależnieniem pozwoliłoby lepiej reagować na pojawiające się trendy konsumpcyjne. Program Pracy odzwierciedla te założenia wyznaczając nowy kierunek działania dla Grupy.

Twórcy Programu dążą do skorelowania zakreślonego w nim planu działania z postanowieniami Strategii Antynarkotykowej Unii Europejskiej (EU Drug Strategy) oraz Planu Działania 2000–2004 (Action Plan) i celami ustanowionymi na XX-tej Specjalnej Sesji Organi-

zacji Narodów Zjednoczonych na temat Narkotyków, która odbyła się w czerwcu 1998 roku.

Przedmiotem szczególnej troski Grupy Pompidou jest ścisła współpraca z innymi organizacjami, zarówno międzyrządowymi, jak i pozarządowymi, zajmującymi się problematyką narkotyków w celu uniknięcia dublowania podejmowanych działań oraz jak najlepszego wykorzystania mocnych stron każdej z tych organizacji. Planuje się wspólne przedsięwzięcia, tak jak miało to niedawno miejsce w przypadku współdziałania z Programem Narodów Zjednoczonych ds. Międzynarodowej Kontroli Narkotyków (UNDCP), Międzynarodową Radą ds. Kontroli Środków Odurzających (INCB), Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). W dalszym ciągu będzie się dążyć do prowadzenia takich wspólnych i skoordynowanych działań.

Stali Korespondenci będą decydować o podjęciu odpowiednich działań służących realizacji postanowień Programu w oparciu o następujące kryteria: prawdopodobieństwo, że odniosą one znaczący sukces; dostępność środków oraz wiedzy niezbędnej do realizacji wyznaczonych celów; współczynnik strat i zysków. Szczególnie cenne jest tutaj wspieranie przez kraje członkowskie poszczególnych działań poprzez dobrowolne wpłaty do budżetu.

## **Badania, epidemiologia**

Najbardziej skutecznym programem badań epidemiologicznych stosowanym od wielu lat okazał się program oparty na wskaźnikach wygenerowanych podczas badań prowadzonych równoległe w całej sieci ośrodków miejskich. EMCDDA wykorzystało ten program do stworzenia systemu danych o zasięgu krajowym w krajach Unii

Europejskiej, Grupa Pomidou – do utworzenia bazy danych dla ośrodków miejskich w kilku krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Dalsze badania prowadzone na szczeblu lokalnym będą uzupełnieniem dla analiz krajowej bazy danych. Decydenci polityczni powinni niezwłocznie dostarczyć informacji, które uzupełnią dane zebrane poprzez agencyjne systemy monitorowania, szczególnie w zakresie badań jakościowych, badań dotyczących środków przeznaczanych na programy antynarkotykowe oraz wskaźników opisujących społeczne oddziaływanie narkomanii oraz polityki w zakresie jej przeciwdziałania. Część działań tego typu została już zainicjowana przez Grupę Pomidou, np. pilotażowe badanie dotyczące kosztów społecznych.

#### **Podstawowe cele na lata 2000-2003:**

1. Zdefiniować i przetestować protokół multidyscyplinarnego monitoringu problemu narkotyków na szczeblu lokalnym w celu wspierania polityki antynarkotykowej.

- w oparciu o doświadczenia projektu „multicity” stworzyć metodologię dla monitoringu na szczeblu lokalnym dla dużych i średnich miast, biorąc pod uwagę dane potrzebne lokalnym władzom, strukturę usług oraz dostępność danych,
- stworzyć standardy,
- stworzyć kryteria jakościowe.

2. Wspierać tworzenie baz danych, przeprowadzanie analiz naukowych oraz inicjatyw szkoleniowych opartych na osiągnięciach w zakresie prac post-epidemiologicznych:

- wspierać badania szkolne prowadzone przez ESPAD,
- przeprowadzić retrospektywną analizę danych zebranych podczas projektu „multicity” w różnych okresach czasu

3. Promować tworzenie nowych wskaźników opisujących społeczne oddziaływanie narkomanii, dostępności usług oraz potrzeby monitoringu prowadzonej polityki:

- a) Zorganizować Konferencję Europejską przy udziale organizacji partnerskich oraz ekspertów krajowych, której strategicznymi celami długofalowymi będą:
  - rozpoznanie potrzeb na polu badań,
  - nawiązanie współpracy regionalnej i subregionalnej,
  - dalszy rozwój wspólnej europejskiej metodologii informatycznej,
- b) ukończyć testowanie społecznych kosztów metodologii,
- c) podjąć prace nad limitowaną liczbą wskaźników o charakterze priorytetowym.

### **Prewencja, edukacja, szkolenia**

Prowadzone w ostatnim czasie działania prewencyjne zaowocowały powstaniem podręcznika dla osób pracujących na tym polu oraz wytycznych dla osób pracujących z grupami ryzyka na ulicy. Ich wstępna ocena wypadła pozytywnie, wobec czego będą kontynuowane prace nad stworzeniem podobnych instrumentów dla poszczególnych zagadnień oraz zostaną rozpoczęte szkolenia w tym zakresie.

#### **Podstawowe cele na lata 2000 – 2003:**

1. Ulepszyć oraz wzmocnić zdecentralizowane działania prewencyjne dla różnych grup docelowych oraz ich integrację ze społecznością lokalną.

- przeanalizować strategie prewencyjne dla społeczności lokalnych oraz rolę wolontariatu,
- stworzyć wytyczne dla interwencji policji i władz lokalnych w dyskotekach i w innych centrach rekreacji,

- ocenić wkład sił policyjnych w działania prewencyjne.
2. Ocenic i zaadaptować konkretne instrumenty wykorzystywane do działań prewencyjnych.
    - ocenić i uzupełnić, jeżeli to konieczne, podręcznik Grupy Pompidou dotyczący działań prewencyjnych,
    - przeanalizować podejście wobec rodziny, grup ryzyka itd.
  3. Promować i rozwijać system szkoleń.
    - a) zaproponować szkolenia w zakresie:
      - metodologii epidemiologicznych dla krajów Europy Środkowej i Wschodniej oraz sieci Śródziemnomorskiej,
      - redukcji popytu i prewencji pierwszego rzędu, w pierwszej kolejności przeznaczone dla realizatorów programu i szkoleniowców,
    - b) stworzyć krajowy program szkoleń w ramach DRSTP,
    - c) wymieniać informacje na temat różnych modeli szkoleń krajowych,
    - d) utrzymywać model współpracy w zakresie stypendiów szkoleniowych stworzonych przez Grupę Pompidou.

### **Leczenie, rehabilitacja oraz społeczne aspekty narkomanii**

Działalność Grupy Pompidou w tej dziedzinie koncentrowała się w ostatnim czasie głównie na jakości usług i ich skuteczności, na dostosowywaniu rodzaju interwencji do konkretnych potrzeb, na ich związku z nowym modelem konsumpcji oraz ich integracji w struktury lokalne. Co więcej, Grupa Pompidou wypracowała wiele skutecznych metod szkoleniowych poprzez DRSTP oraz dzięki programowi stypendiów. Społeczne aspekty systemu opieki odgrywają coraz większą rolę w proce-

sie budowania systemu skutecznych interwencji, a redukcja negatywnych skutków społecznych narkomanii jest bardzo ważnym elementem całościowej polityki przeciwdziałania narkomanii.

#### **Podstawowe cele na lata 2000 – 2003:**

1. Podnieść jakość leczenia i opieki dla poszczególnych grup.
  - dostosować metody leczenia do nowych modeli konsumpcji oraz nowych substancji,
  - przeanalizować psychospołeczne aspekty leczenia,
  - przeanalizować sposób funkcjonowania systemu opieki oraz promować tworzenie sieci profesjonalistów w regionie Śródziemnomorskim.
2. Dokonać oceny interwencji na rzecz redukcji ryzyka oraz działań redukujących szkody społeczne.
  - przeanalizować rezultaty długoterminowe, jakie osiągnięto przy pomocy różnych środków, w tym społecznych oraz interwencji wobec osób przyjmujących różnego rodzaju substancje, inne niż heroina.
3. Doprowadzić do większej integracji programów dotyczących leczenia, opieki, redukcji ryzyka oraz rehabilitacji.
  - ułatwiać dostosowywanie rodzaju usług do konkretnych potrzeb klientów,
  - wzmacniać programy rehabilitacyjne oraz ich kontynuację poprzez opiekę i leczenie, w tym programy leczenia substytucyjnego,
  - uczestniczyć w podejmowaniu decyzji przez wykonawców programów.

### **Aspekty prawne, karne, regulacja i kontrola**

Już od dawna przedmiotem szczególnej troski Grupy Pompidou jest koordynacja dzia-

łań policji i wymiaru sprawiedliwości z działaniami podejmowanymi przez pracowników służby zdrowia i opieki społecznej, zwłaszcza w zakresie rozwiązań alternatywnych dla kary więzienia, a także programów w więzieniach oraz ich kontynuacji po zwolnieniu. Zwalczenie handlu narkotykami koncentruje się na wyszczególnionych obszarach ryzyka, które zostały pominięte przez międzynarodowe organa ścigania, a których współpraca jest niezbędna. Seria konferencji przeprowadzonych wspólnie z INCB oraz innymi partnerami pozwoliła zapoznać się z rozwiązaniami, jakie zastosowano dla wdrożenia postanowień konwencji ONZ-owskich w Europie.

#### **Podstawowe cele na lata 2000 – 2003:**

1. Udoskonalić metody działania wymiaru sprawiedliwości wobec przestępców zażywających narkotyki.

- stworzyć skuteczne programy w więzieniach oraz alternatywne wobec uwięzienia,
- przeanalizować innowacyjne metody działania policji oraz strategię wymierzania kar.

2. Zwiększyć wysiłki na rzecz walki z handlem narkotykami w konkretnych środowiskach lub miejscach.

- utrzymywać system współpracy między lotniskami,
- stworzyć instrumenty dla kontroli handlu przy wykorzystaniu niedużych samolotów i helikopterów.

3 Ulepszyć podstawy prawne i system regulacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii

- ocenić system regulacji dotyczący benzodiazepin,
- przeanalizować sytuację prawną oraz praktyczne problemy związane z wdrażaniem programów na rzecz redukcji ryzyka oraz działaniami o charakterze społecznym mającymi na celu przeciwdziałanie narkomanii.

4. Propagować wiedzę zawartą w raporcie na temat związku narkomanii z bezpieczeństwem na drogach oraz stworzyć programy dotyczące tego problemu

- oszacować postępy osiągnięte od czasu seminarium z 1999 roku.

## **REDUKCJA RYZYKA** jako element całościowego i multidyscyplinarnego podejścia do problemu narkomanii\*

### **STRESZCZENIE**

I. Redukcja ryzyka jest terminem ogólnym oznaczającym redukcję wszystkich rodzajów

szkod powodowanych zarówno przez zachowanie się jednostek, jak przez interwencje o charakterze społecznym i/lub medycznym. Na polu narkotyków i narkomanii oznacza on

\* Odpowiedzialność za zawartość poniższego opracowania ponosi wyłącznie jego autor. Celem napisania tego artykułu było zachęcenie do dyskusji i w żadnym razie nie jest ono oficjalnym stanowiskiem Grupy Pompidou.

przede wszystkim zmniejszenie ryzyka infekcji lub innego rodzaju chorób wśród osób stale zażywających narkotyki. Termin ten w pewnym sensie pokrywa się z terminem „redukcja szkód”, chociaż ten ostatni oznacza redukcję szkód związanych z zażywaniem narkotyków, a nie redukcję samego zjawiska. Termin ten wiąże się także z przekonaniem, że szkody są w większym stopniu powodowane przez próby zapobiegania używaniu narkotyków, niż przez samo ich używanie.

- II. Bardzo trudno jest przeprowadzić wyraźne rozgraniczenie pomiędzy programami na rzecz redukcji ryzyka i redukcji szkód. Możemy wyróżnić cztery różne podejścia do problemu. Substytucyjna terapia opiatowa (przez podawanie metadonu, buprenorfiny, LAAM, oraz w niektórych przypadkach – kodeiny oraz morfiny o przedłużonym działaniu) mająca na celu neutralizację adaptacji w centralnym ośrodku nerwowym tak, aby osoba uzależniona mogła prowadzić życie niezdominowane przez problem uzależnienia pozostając jednocześnie uzależniona od opiatów. Kontrowersje wzbudza w tym przypadku przepisywanie przez lekarzy heroiny osobom, które nie wyrażają zgody na przyjmowanie opiatów zazwyczaj stosowanych w terapii substytucyjnej. Równie kontrowersyjne jest przepisywanie metadonu przyjmowanego dożylnie. W ten sposób próbuje się dotrzeć do tych osób, które odmawiają przyjmowania metadonu doustnie. Projekty „wysokiego progu” (*high threshold project*) to takie, które stawiają przed jednostką wymagania oraz mają na celu jej społeczną rehabilitację. Projekty „niskiego progu” (*low threshold projects*) mają na celu redukcję szkód, a wymagania, jakie stawia się osobom objętym tymi programami, są bar-

dzo niskie lub nie ma ich wcale. Ryzyko związane z używaniem narkotyków redukuje się poprzez dystrybucję jednorazowych igieł i strzykawek, uczenie osób dożylnie przyjmujących narkotyki, jak sterylizować igły i strzykawki, poprzez program szczepień, uczenie mniej ryzykownych sposobów przyjmowania narkotyków oraz umożliwianie konsumentom kontroli jakości i składu narkotyków. Zmiany w podejściu do problemu ze strony pracowników służby zdrowia oraz realizacja programów „dalekiego zasięgu” (*outreach programmes*) mają na celu ograniczenie wskaźnika zachorowań i zgonów wśród osób uzależnionych, np. osobom uzależnionym wymagającym hospitalizacji zapewnia się możliwość przyjmowania środków substytucyjnych w trakcie leczenia. Realizuje się specjalne projekty mające umożliwić dotarcie do grup pozostających na marginesie społecznym, jak również programy na rzecz redukcji ryzyka w więzieniach. Najbardziej kontrowersyjnym pomysłem jest tworzenie tzw. *injection rooms*, czyli specjalnych pomieszczeń, w których osoby dożylnie przyjmujące narkotyki mogą je sobie wstrzykiwać pod opieką przeszkolonego personelu. Zmniejszanie rozmiarów szkód społecznych jest najważniejszym celem strategii redukcji szkód. Dąży się do tego poprzez dekryminalizację zjawiska, oddzielenie narkotyków twardych od miękkich oraz tworzenie enklaw, w których konsumpcja narkotyków nie przeszkadza otoczeniu.

- III. Redukcję ryzyka i redukcję szkód można określić jako pragmatyczne podejście do problemu w porównaniu z koncepcją wojny z narkotykami czy postulatem ich całkowitej legalizacji, przy czym redukcję szkód odróżnia od redukcji ryzyka uznanie

narkomanii za zjawisko trwałe i niemożliwe do całkowitego wyeliminowania. Strategie te zostały zaakceptowane w niektórych krajach uznających zapobieganie narkomanii za główny cel polityki antynarkotykowej. Większość z nich ewoluuje w kierunku pragmatyzmu, podkreślając rolę ewaluacji. Obecny stan badań przemawia za zaniechaniem rozwiązań ekstremalnych. Najlepszym rozwiązaniem byłoby przyjęcie metod programów redukcji szkód i redukcji ryzyka na polu redukcji popytu i podaży. Kilka, jeżeli nie wszystkie programy, powinny łączyć obydwie te strategie. Celem powinno stać się znalezienie „złotego środka” skupiającego elementy różnych opcji. Ogólnie rzecz biorąc, redukcja ryzyka powinna stać się integralną częścią programów terapeutycznych oraz działań na rzecz redukcji popytu i podaży, a nie osobnym programem.

IV. Realizacja kilku z wyżej wymienionych programów napotyka na przeszkody natury praktycznej. Większość z nich można przezwyciężyć, ale potrzebne są właściwe strategie. Szczególnie istotne jest tu stworzenie odpowiednich przepisów w zakresie ich finansowania.

## I. TERMINOLOGIA

**Redukcja ryzyka – czasem określana jako minimalizacja ryzyka** – jest terminem używanym w medycynie prewencyjnej oraz terapeutycznej, a także w związku z innego rodzaju interwencjami społecznymi i biologicznymi. Ryzyko, które należy zredukować może mieć związek z zachowaniem, chorobą lub interwencją, mającą na celu zapobieżenie problemowi, albo

jego rozwiązanie. Terminu tego nie używa się zazwyczaj podczas dyskusji nad założeniami polityki antynarkotykowej, jednak w przypadku, gdy trzeba dokonać wyboru pomiędzy dwoma rodzajami interwencji, z których obie są tak samo skuteczne, jednak związane z nimi ryzyko nie jest jednakowe. Redukcja ryzyka jest także przedmiotem polityki społecznej mającej na celu zmniejszenie ryzyka szkód, jakie mogą stać się udziałem całej społeczności.

Terminem często stosowanym podczas dyskusji na temat problemu narkomanii i polityki antynarkotykowej jest termin „niebezpieczny” – niebezpieczny seks, niebezpieczny sposób przyjmowania narkotyków, oznaczając takie zachowanie, którego skutkiem może stać się zakażenie chorobą, taką jak HIV lub wirusowe zapalenie wątroby. Innym terminem jest „wysokie ryzyko” oraz „grupy wysokiego ryzyka”, którym określa się grupy, w obrębie których przypadki zakażeń lub szkody innego rodzaju występują częściej niż w innych. „Ryzykowne zachowanie” oznacza zachowanie, w wyniku którego jednostka jest o wiele bardziej narażona na ryzyko zakażeń lub innych szkód.

**Redukcja szkód – czasem minimalizacja szkód** – jest pojęciem bardziej kontrowersyjnym, w dużej mierze z powodów historycznych. Z perspektywy polityki antynarkotykowej jest ona postrzegana jako koncepcja sprzeciwiająca się amerykańskiej polityce „wojny z narkotykami” oraz północnoeuropejskiej koncepcji „społeczeństwa wolnego od narkotyków”. Na polu prewencji oraz terapii termin ten kojarzony jest bardziej z działaniami na rzecz redukcji lub zapobiegania szkodom związanym z używaniem narkotyków, niż z redukcją samego zjawiska. Może być postrzegany jako pojęcie kontrowersyjne, albo jako jedno z podstawowych założeń polityki.

Terminy „redukcja ryzyka” i „redukcja szkód” bardzo często używane są wymiennie. Szczególnie pojęcie „redukcji szkód” może być rozumiane na wiele różnych sposobów. Niektórym wydaje się, że najlepszym sposobem zmniejszenia spowodowanych narkomanią szkód w społeczeństwie jest ograniczenie spożycia narkotyków. Inni używają tego terminu mając na myśli politykę akceptacji zjawiska narkomanii w społeczeństwie, uważając że „normalizacja” narkotyków jest najlepszym sposobem zminimalizowania szkód powodowanych przez to zjawisko. Ale jak zostało to wykazane przez J. Strang (1993) redukcja szkód sama w sobie nie jest ani pro-, ani antynarkotykowa. Z góry przyjęte założenia nie mają znaczenia, jako że decydującym elementem jest zaistniała lub przewidywana szkoda. Działania podjęte na rzecz redukcji szkód nie są także same w sobie pozytywne lub negatywne, a jedynym wyznacznikiem ich wartości jest ich wpływ na ograniczenie szkód. Według Stranga najważniejszym elementem koncepcji minimalizacji szkód jest zwrócenie uwagi na wpływ, jaki leczenie i polityka antynarkotykowa wywierają na jednostki i całe społeczeństwa.

Członkowie krajowego zespołu pracujący w Kanadyjskim Centrum ds. Narkomanii (CSSA) podkreślają potrzebę uściślenia terminu „redukcja szkód”, ponieważ bardzo często jest on używany na oznaczenie różnych zjawisk. Proponują następującą definicję redukcji szkód: „Polityka lub program, którego celem jest zmniejszenie rozmiarów szkód zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych, powstałych na skutek używania narkotyków, bez wymogu abstynencji narkotykowej.” Podobną definicję podaje E. Single (1996). „Redukcją szkód jest polityka lub program, którego celem jest zmniejszenie rozmiarów szkód

zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych, powstałych na skutek używania narkotyków, podczas gdy osoba używająca narkotyki robi to w dalszym ciągu.” „Redukcja szkód obejmuje swoim znaczeniem także abstynencję jako pożądaną cel, ale gdy nie jest ona możliwa, uznaje się, że z etycznego punktu widzenia nie wolno odrzucić innych rozwiązań, dzięki którym można ulżyć ludzkiemu cierpieniu” (Gunn, White & Srinivasan 1998). Chociaż w ramach tej koncepcji nie wysuwa się postulatu legalizacji, niektórzy jej zwolennicy mogą optować za takim rozwiązaniem.

Programy polityczne stawiające na pierwszym miejscu potrzebę zredukowania zjawiska narkomanii w społeczeństwie niekoniecznie stoją w opozycji do programów na rzecz redukcji ryzyka związanego z używaniem narkotyków, ale z pewnością odbija się w nich zupełnie inne podejście do problemu redukcji szkód, niż wynikające z definicji CSSA. Podstawowa różnica to uznanie, że zmniejszenie poziomu szkód nierozzerwalnie wiąże się z ograniczeniem narkomanii, a nie ryzykownych zachowań z nią związanych. W przypadku, gdy redukcja ryzyka prowadzi do wzrostu konsumpcji narkotyków, rezultat takich działań może okazać się negatywny.

Nie ulega wątpliwości, że niektóre działania na rzecz redukcji ryzyka mogą budzić kontrowersje. Przedstawione poniżej programy i strategie mają na celu zmniejszenie ryzyka i/lub szkód. Zestawienie zawiera zarówno projekty kontrowersyjne, jak i te, które zostały powszechnie zaakceptowane.

## II. PROGRAMY I STRATEGIE

Podstawowym założeniem koncepcji redukcji ryzyka jest, jak to już zdefiniowano w tym raporcie, dążenie do zmiany zachowań

związanych z używaniem narkotyków w taki sposób, aby stały się one mniej ryzykowne w przypadku, gdy niemożliwe jest zapobieżenie narkomanii lub doprowadzenie do abstynencji narkotykowej. W zakres tych działań wchodzi zarówno edukacja dotycząca mniej lub bardziej ryzykownych wzorców zachowań związanych z używaniem narkotyków, jak i wysiłki na rzecz zapewnienia opieki i wsparcia osobom uzależnionym, które są chore lub znalazły się na marginesie życia społecznego. Poza definicją pozostają wszystkie działania na rzecz dekryminalizacji, legalizacji narkomanii w obrębie specjalnie do tego przeznaczonych placówek oraz w szczególności „normalizacji używania”, czyli działań na rzecz uznania narkomanii za jeden z wielu normalnych przejawów życia społecznego. Podczas, gdy zwolennicy redukcji szkód mogą postrzegać działania tego typu jako istotne elementy strategii na rzecz ich zminimalizowania, mogą one budzić niepokój tych osób, które uważają, że jakakolwiek akceptacja narkotyków i ich udostępnianie powodują wzrost poziomu używania narkotyków w ogóle. Programy na rzecz redukcji ryzyka bardzo często mają na celu propagowanie bezpiecznych zachowań seksualnych poprzez edukację oraz dystrybucję prezerwatyw. Ponieważ ten raport koncentruje się na problemach redukcji ryzyka związanego z używaniem narkotyków, problem zachowań seksualnych został w nim pominięty.

Działania na rzecz prewencji bardzo często zawierają elementy z zakresu leczenia chorób oraz rozwiązywania problemów, które są skutkiem zachowań powiązanych z używaniem narkotyków. Terapie substytucyjne, a szczególnie terapia metadonowa, są kamieniem węgielnym leczenia w większości krajów. Są one również centralnym elementem koncepcji re-

dukcji szkód. Co więcej, tylko nieliczne programy substytucyjne nie uznają redukcji ryzyka zakażeniem HIV czy wirusowym zapaleniem wątroby typu C przeciwnie, uważają ich wprowadzenie za swój nadrzędny cel i argument. Panuje powszechne przekonanie co do tego, że taka terapia przyczynia się do redukcji ryzyka zachorowań, zmniejszenia śmiertelności oraz złagodzenia negatywnych reperkusji społecznych. Dlatego też została ona uznana w tym raporcie za bardzo ważny element koncepcji redukcji ryzyka.

### **Substytucyjna terapia opiatowa**

W byłych koloniach brytyjskich i holenderskich opium było używane dość powszechnie, a obydwa kraje, jako imperia kolonialne, mają za sobą długą tradycję w dostarczaniu opium osobom uzależnionym (Berringe 1999, Wewer 1999). W modelu brytyjskim od dziesięcioleci praktykuje się wypisywanie recept na opiaty od kodeiny i morfiny do heroiny włącznie. Podstawą jest w tym przypadku traktowanie osoby uzależnionej jak chorego, któremu potrzebne jest lekarstwo, aby mógł normalnie żyć. Obecnie stosowane terapie substytucyjne mają swoje źródło w modelu amerykańskim, który został stworzony przez Dole'a i Nyswander'a w połowie lat 60-tych. Zaobserwowano, że pacjenci przyjmujący metadon, który jest syntetycznym opiatem, przystosowywali się do stałej dawki, przyjmowanej raz dziennie.

Na początku stosowania tej terapii porównywano ją do podawania cukrzykom insuliny argumentując, że organizm osoby uzależnionej od heroiny nie produkuje jakiegoś bliżej nieokreślonego enzymu, który może zostać zastąpiony metadonem. Wiedza, którą dysponujemy obecnie, kieruje naszą uwagę na rolę endorfin w cen-

tralnym systemie nerwowym. Organizm ludzki samodzielnie produkuje opiaty, wychwytywane przez wyspecjalizowane sensory, które z kolei regulują funkcjonowanie pewnego typu komórek nerwowych. Używanie heroiny (oraz innych opiatów) prowadzi do neuroadaptacji, co z kolei zaburza funkcjonowanie własnego systemu regulacji organizmu. W rezultacie organizm nie produkuje wystarczającej ilości opiatów i pacjent odczuwa ich ciągły brak nawet po ustąpieniu pierwotnych reakcji wywołanych abstynencją. Terapia opiatowa opiera się na podawaniu pacjentowi „odpowiednich środków substytucyjnych” – narkotyków, które mają taki sam skutek biologiczny, ale nie wpływają negatywnie na zachowanie jednostki i nie powodują zatrucia organizmu. W oparciu o badania medyczne dopuszczono do użycia trzy rodzaje tych środków: metadon, buprenorfinę (Subutex) oraz 1-alfa-Acetylmefadol (LAAM). W terapii substytucyjnej stosuje się również kodeinę oraz siarczan morfiny (morfina o przedłużonym działaniu). Kontrowersje wzbudza przepisywanie pacjentom heroiny. Bez względu na rodzaj stosowanej substancji należy zdawać sobie sprawę z faktu, że terapia ta nie ma na celu uwolnienia pacjenta od uzależnienia. Dąży się natomiast do zneutralizowania zaburzeń powstałych w centralnym układzie nerwowym przy wykorzystaniu leków działających podobnie do narkotyku, który do tych zaburzeń doprowadził. Efekt terapii utrzymuje się tak długo, jak długo pacjent przyjmuje przepisane leki. Pozostaje on wprawdzie uzależniony, ale leczenie umożliwia mu prowadzenie normalnego życia oraz zmniejsza ryzyko szkód, do jakich prowadzi nielegalne używanie narkotyków. Jeżeli natomiast pacjent w dalszym ciągu przyjmuje narkotyki, przeważnie dzięki terapii robi to w sposób mniej ryzykowny i lepiej kontrolowany.

### **Terapia metadonowa**

Metadon przetwarzany jest w organizmie dość wolno (rozpad połowiczny trwa od 24 do 36 godzin), w związku z czym wystarczy, żeby pacjent przyjmował lek raz dziennie. Zapotrzebowanie na narkotyk wyraźnie się zmniejsza i oddziaływanie heroiny jest niewielkie. Metadon jest wchłaniany do organizmu również przez ścianki jelit i może być przyjmowany doustnie, dzięki czemu jego stosowanie nie jest kłopotliwe. Analiza moczu pozwala ustalić czy pacjent przyjmuje heroinę lub inne opiaty, czy metadon. Zazwyczaj podaje się pacjentowi coraz większe dawki metadonu aż do momentu „zaspokojenia” receptorów a poprzez analizy sprawdza się czy pacjent nie przyjmuje innych narkotyków. Jednocześnie obejmuje się pacjenta opieką psychologiczną mającą na celu jego rehabilitację i powrót do społeczeństwa.

Terapia metadonowa wzbudzała kontrowersje w wielu krajach ze względu na „zaniechanie” dążenia do abstynencji narkotykowej. Obecnie prawie wszędzie jest ona uznawana za podstawowy element w terapii stosowanej wobec osób uzależnionych od heroiny. Amerykański Instytut Medycyny, ośrodek działający w kraju, w którym ukuto termin „wojna z narkotykami”, uznaje tę terapię za właściwą z naukowego punktu widzenia i przyznaje jej naczelne miejsce we wszystkich programach terapeutycznych. Jednakże nie należy zapominać o tym, że rezultatem tej terapii jest utrzymywanie w organizmie stałej ilości narkotyku. Brak też dowodów na to, że może ona z upływem czasu prowadzić do zmniejszenia dawek lub do abstynencji narkotykowej. Przyjmowanie metadonu owocuje redukcją dawek heroiny i zmniejszeniem częstotliwości jej wstrzykiwania, przyczynia się do spadku liczby zachorowań oraz zgonów, a także zwiększa skutecz-

ność terapii psychospołecznej. Spada przestępczość oraz zmniejszają się szkody społeczne powodowane narkomanią. W dużo mniejszym stopniu terapia ta przyczynia się do zaniechania przyjmowania innych narkotyków przez osoby uzależnione. Metadon przynosi efekty w przypadku uzależnienia od opiatów, ale pacjenci są przeważnie uzależnieni od wielu różnych narkotyków. Nawet jeżeli terapia metadonowa doprowadzi do zmniejszenia przyjmowanych dawek, używanie innych rodzajów narkotyków niż opiaty będzie nadal przynosić efekty oczekiwane przez osoby uzależnione. Należy także pamiętać, że podczas gdy w leczeniu narkomanii dąży się do osiągnięcia coraz lepszych rezultatów w miarę upływu czasu, w przypadku terapii metadonowej jej rezultaty zależą bezpośrednio od tego czy pacjent cały czas przyjmuje metadon. Odstawienie metadonu oznacza powrót do punktu wyjścia. Jedynie niecałe 10% pacjentów poddających się tej terapii nie powraca do nałogu (Eklund, Melin, Hiltunen i Borg 1994).

Obecnie nie dyskutuje się już nad zasadnością stosowania terapii metadonowej, ale nad jej celami oraz ogólnym podejściem do problemu. Badania dowodzące skuteczności terapii metadonowej dotyczą głównie tzw. programów „wysokiej dawki i wysokiego progu”. Dawka metadonu jest tak dobrana, aby „blokowała” zapotrzebowanie na heroinę oraz euforyczne skutki jej działania. Osoba uzależniona musi zaakceptować pewien stopień kontroli oraz w mniejszym lub większym stopniu poddać się terapii psychospołecznej. Celem programu jest poprawa warunków oraz jakości życia osoby uzależnionej, a także jego funkcjonowania w społeczeństwie. Programy „niskiego progu” stawiają przed pacjentem minimalne lub żadne wymagania. Pacjenci otrzymują metadon przez

się ambulatoriów, przy czym nikt nie sprawdzi czy nadal używają innych narkotyków, i czy przyjmują metadon we właściwych dawkach. Porad udziela się tylko tym pacjentom, którzy o nie poproszą. Czasem program taki nie przewiduje żadnej pomocy psychologicznej.

Celem programów niskiego progu jest nawiązanie kontaktu z osobą uzależnioną, zmniejszenie społecznych szkód narkomanii, redukcja ryzyka infekcji oraz objęcie osoby uzależnionej leczeniem. Obraz, jakiego w tym przypadku dostarczają badania naukowe, nie jest jednoznaczny. Wydaje się, że programy niskiego progu owocują spadkiem przestępczości oraz zmniejszeniem liczby przypadków naruszania porządku społecznego, ale niektóre raporty kwestionują te wyniki. Reijneveld i Plomp (1993) ustalili, że osoby, które zrezygnowały z uczestniczenia w programie niskiego progu w Amsterdamie, radziły sobie lepiej, niż te, które go kontynuowały. Według Van Ameijden i innych (1999) programy niskiego progu przyczyniają się do spadku śmiertelności, chociaż nie w takim stopniu jak programy wysokiego progu. Można spodziewać się, że dalsze badania dowiodą skuteczności tych programów w zakresie poprawy relacji pomiędzy osobami uzależnionymi oraz służbą zdrowia i opieką społeczną. Programy metadonowe niskiego progu są podstawowym elementem leczenia w „modelu holenderskim”. W ocenie rządowej przyczyniają się one do utrzymania na niskim i możliwym do zaakceptowania poziomie rozmiarów szkód wynikających z używania heroiny w Amsterdamie i innych miastach Holandii (Buning & van Brussel 1995, Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej oraz Sportu 1995, także Waal 1998). Obecnie programy niskiego progu są najważniejszym elementem polityki przeciwdziałania narkomanii

w Szwajcarii (Klingemann 1996), Wielkiej Brytanii (Franey i inni 1993) oraz Niemczech (Fischer 1995). Marlatt (1996) analizuje rozwój strategii na rzecz redukcji szkód oraz wskazuje na programy niskiego progu jako na jej podstawowy element. Twierdzi on, że jest to skutek inicjatywy oddolnej i w większym stopniu wynika ze zrozumienia sytuacji osób uzależnionych niż z teoretycznych założeń osób zawodowo zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii.

### **Buprenorfina (Subutex)**

Buprenorfina jest syntetycznym opiatem działającym jak tzw. środek częściowo substytucyjny. Oznacza to, że powyżej pewnego poziomu dalsze zwiększanie dawki przynosi bardzo mały efekt, lub też nie przynosi go wcale. Przez dwadzieścia lat buprenorfina była stosowana jako środek przeciwbólowy (Tamgesic). Raporty z całego świata donoszą o nadużywaniu tego środka oraz o jego właściwościach uzależniających (Bachs, Bramness & Waal 1999).

Od końca lat 70-tych prowadzi się w Stanach Zjednoczonych badania dotyczące stosowania buprenorfiny w leczeniu uzależnienia od heroiny. Właściwa dawka w tym przypadku jest 20-40-krotnie wyższa od dawki uśmierzającej ból zawartej w Tamgesic'u. Pomimo dość krótkiego czasu metabolizmu tej substancji (rozpad połowiczny trwa od 2 do 3 godzin) efekty jej działania są znacznie dłuższe i mogą trwać, przy właściwie dobranej dawce 48 godzin lub nawet dłużej, ponieważ buprenorfina bardzo skutecznie wiąże się z receptorami. Dlatego można podawać ją osobom uzależnionym od heroiny raz dziennie, albo raz na dwa dni i uzyskiwać pożądaną efekt stabilizujący. Kilka badań przeprowadzonych pod kątem porównania terapii metadonowej oraz buprenorfinowej do-

wiodło, że zbliżone dawki obu substancji przynoszą podobne rezultaty. Skutki uboczne obu terapii są także do siebie zbliżone. Buprenorfina jest jednak mniej toksyczna niż metadon, a efekty przerwania terapii są mniej dramatyczne. Z drugiej strony buprenorfina nie jest wchłaniana do organizmu poprzez ścianki jelit i dlatego nie można jej połykać. W związku z tym musi być przyjmowana w postaci pastylek rozpuszczanych pod językiem i dlatego też kontrolowanie jej przyjmowania jest trudniejsze niż w przypadku metadonu. Buprenorfina łatwo rozpuszcza się w wodzie i może być przyjmowana w formie zastrzyków.

Subutex (zawierający wysoką dawkę buprenorfiny) jest dzisiaj stosowany w wielu krajach jako środek uzupełniający w terapii metadonowej lub zamiast metadonu. Szczególnie rozpowszechniony jest we Francji. W 1996 roku został zarejestrowany w tym kraju jako lek powszechnie dostępny. W okresie 1996–1998 przyjmowało go 60 000 osób (Bouchet & Vigneau 1998, Lert 1998). Od 1994/1995 we Francji odnotowano spadek liczby przypadków przedawkowania heroiny. Ponieważ wprowadzenie Subutexu do powszechnego użytku przypada na okres zmniejszania się liczby przedawkowań, można uznać, że po części jest to jego zasługą. W 1994 roku we Francji wprowadzony został zakrojony na szeroką skalę program redukcji szkód. Jego rezultaty są bardzo obiecujące, chociaż z drugiej strony bardzo wysoki procent osób dożyłnie przyjmujących narkotyki wstrzykuje sobie obecnie Subutex.

Obecnie Subutex uznawany jest za lek o wysokiej skuteczności, który powinien być stosowany jako specyfik alternatywny w terapiach substytucyjnych. Badania porównawcze w stosunku do metadonu nie zostały jeszcze zakończone. Niektórzy rekomendują jego sto-

sowanie kosztem metadonu, tak jak ma to miejsce we Francji. Inni zalecają jego stosowanie tylko wtedy, gdy z różnych powodów nie można stosować metadonu wskazując na problemy związane z jego dystrybucją, nadużywaniem oraz mniejszym oddziaływaniem w przypadku ciężkich przypadków uzależnienia. Jeszcze inni uważają, że to sama osoba uzależniona powinna decydować, który lek chce przyjmować.

### **LAAM (l-alfa-Acetylmetadol)**

LAAM rozpada się w organizmie na dwie substancje o działaniu substytucyjnym metabolizowane w różnym tempie, dlatego efekt jego oddziaływania odczuwany jest 2 do 4 godzin po jego przyjęciu, a następnie jest podtrzymywany przez 72 godziny. LAAM (albo ORLAM) przyjmowany jest doustnie w formie płynu i może być przyjmowany co drugi, a nawet co trzeci dzień – zazwyczaj trzy razy w tygodniu.

Właściwie każda z dwóch substancji wchodzących w skład LAAM działa podobnie jak metadon, a pacjent może wymiennie stosować oba leki. Większość badań dowodzi jednakowej skuteczności LAAM i metadonu, ale pacjenci wydają się być bardziej usatysfakcjonowani terapią metadonową (Kosten 1990). Pacjenci z chorobami serca powinni szczególnie uważać przy przyjmowaniu LAAM-u. Co więcej, przedłużone działanie tej substancji może okazać się bardzo niekorzystne w przypadku zatrucia.

Obecnie LAAM jest używany przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, a także w niektórych krajach europejskich. Zaleca się go zazwyczaj pacjentom ustabilizowanym, którzy wolą przyjmować lek rzadziej oraz pacjentom, dla których przyjmowanie leku w weekendy jest z różnych przyczyn kłopotliwe.

### **Kodeina i siarczan morfiny**

Zarówno kodeina, jak i siarczan morfiny mogą być przyjmowane doustnie 2-3 razy dziennie gwarantując relatywną stabilność pacjenta. Kodeiny używa się w Niemczech, podczas gdy siarczan morfiny jest częściej stosowany we Francji. Obydwa leki przepisywane są w formie tabletek, które pacjent zażywa w domu, jako że ich działanie nie jest wystarczająco długie, aby można je przyjmować tylko raz dziennie.

Istnieją opracowania, z których wynika, że pacjenci są raczej zadowoleni z tej terapii oraz jedno opracowanie Krausz'a i innych (1998) zwracające uwagę na pozytywne rezultaty terapii kodeinowej na polu rehabilitacji. Ogólnie rzecz biorąc skuteczność tej terapii w zakresie stabilizacji życia osób uzależnionych wydaje się mniejsza, niż w przypadku terapii z wykorzystaniem metadonu, buprenorfiny lub LAAM-u.

Przepisywane tabletki kodeiny i siarczanu morfiny bardzo często kruszy się i rozpuszcza, a następnie przyjmuje dożylnie.

### **Przepisywanie heroiny, dożylnego metadonu oraz chlorku morfiny z przyczyn medycznych**

Wypisywanie recept na heroinę oraz inne opiaty przyjmowane dożylnie ma długą tradycję w Wielkiej Brytanii, ale ma znaczenie marginalne. Uważa się, że pacjent powinien otrzymywać taki rodzaj leku, jaki najlepiej mu odpowiada, tak jak ma to miejsce w przypadku choroby. Według osób oceniających skuteczność terapii metadon przyjmowany doustnie pozostaje optymalnym rozwiązaniem. Jedno badanie wykazało, że stosowanie heroiny w terapii substytucyjnej zwiększyło się kosztem metadonu, ale obydwa rodzaje terapii miały pewne zalety (Hartnol i inni 1980). Ogólnie rzecz biorąc metadon jest łatwiejszy w użyciu i

powinno się go preferować, albo decydować się na terapię przy użyciu buprenorfiny lub LAAM.

W niektórych krajach, szczególnie w Szwajcarii oraz w Holandii zaproponowano terapię heroinową w przypadku tych osób, które nie chcą walczyć z uzależnieniem, i które naruszają porządek społeczny. Wyczerpująco opisane zostały próby przepisywania heroiny pacjentom w Szwajcarii (Uchtenhagen i inni 1997, oraz 1999), wzbudzające obecnie zainteresowanie w wielu innych krajach (patrz Kinnunen & Nilson 1999). Przypadek Szwajcarii wykazał, że można dostarczyć osobom uzależnionym potrzebną im dawkę narkotyku, jeżeli trzy razy dziennie będą przychodzić do specjalnych placówek, gdzie otrzymują zastrzyki z heroiny. Niektóre osoby uzależnione, które nie chciały poddać się terapii metadonowej, zaakceptowały ten program, w następstwie czego mogły lepiej funkcjonować w społeczeństwie. Inne wnioski pozostają dyskusyjne, a pytanie o to czy powinno się potraktować tego typu rozwiązanie, jako element całościowego systemu terapeutycznego pozostaje nadal pytaniem otwartym. Z drugiej strony, całkowite odrzucenie tego typu terapii może doprowadzić do „wylania dziecka z kąpielą.” Względnie bezstronnemu obserwatorowi wydawać się może, że wszystkie te projekty budzą przesadne nadzieje, które trudno zrozumieć. Jednym z powodów, dla którego tak się dzieje jest fakt, że projekty te przemawiają przede wszystkim do tych osób, które uważają, że powinno istnieć społeczne przyzwolenie na swobodny dostęp osobom uzależnionych do narkotyków. Trudno zrozumieć również postulaty całkowitej i bezwzględnej prohibicji, z wyjątkiem tych, które odrzucają możliwość podawania heroiny komukolwiek z przyczyn moralnych. Dalsze badania powinny umożliwić nam znalezienie od-

powiedzi na cały szereg palących pytań, ale już teraz możemy założyć, że niektóre z nich wynikają ze światopoglądu, i dlatego też wyniki żadnych badań nie będą tutaj miarodajne. Odpowiedzi na inne pytania prawdopodobnie nie da się w ogóle znaleźć. W przypadku niektórych krajów optymalnym rozwiązaniem byłoby stworzenie systemu terapii opartego na substancjach, których dystrybucję można łatwo kontrolować.

### **Leczenie osób uzależnionych od innych substancji niż opiaty przy wykorzystaniu środków substytucyjnych**

Zbawienny efekt terapii opiatowej osiąga się dzięki dostępności opiatów o przedłużonym działaniu, dzięki którym poziom tych substancji we krwi utrzymuje się przez odpowiednio długi czas. Tego typu terapia może być również stosowana w przypadku innych substancji uzależniających. Osoby uzależnione od nikotyny mogą otrzymywać stabilizujące dawki dzięki nasyconym nikotyną plastrom, gumie do żucia itp. Osoby uzależnione od benzodiazepin również mogą zostać poddane terapii stabilizującej przy użyciu substancji o przedłużonym działaniu.

Niektórzy zwolennicy redukcji szkód wydają się mieć nadzieję, że terapię przy wykorzystaniu środków substytucyjnych można zastosować w przypadku większości uzależnień. W ramach kilku programów terapeutycznych zastosowano podawanie Ritalinu osobom uzależnionym od kokainy i amfetaminy, a w programach terapeutycznych w Szwecji i Wielkiej Brytanii próbowano również podawania amfetaminy. Program szwedzki przeprowadzony trzydzieści lat temu został oparty na bardzo wątpliwym projekcie badawczym (Lenke & Olsson 1998), a jego rezultaty nie są niestety obiecują-

ce. Wynika to przede wszystkim z przyczyn o charakterze neurobiologicznym. Sposób oddziaływania tych substancji na komórki nie sprzyja terapii substytucyjnej. Na dzień dzisiejszy nie dysponujemy wynikami badań, które pozwoliłyby mieć nadzieję, że wkrótce uda się znaleźć skuteczne rozwiązanie tego problemu.

### **Konkluzje dotyczące terapii substytucyjnych**

Terapie wykorzystujące środki substytucyjne, czyli opiaty o przedłużonym działaniu, których celem jest neutralizacja neuroadaptacji u osób uzależnionych, mają podstawy naukowe, ale ich stosowanie jest uzasadnione jedynie w przypadku uzależnienia od opiatów. Brak odpowiednich substancji stabilizujących nie pozwala stosować terapii substytucyjnej w przypadku osób uzależnionych od innego rodzaju narkotyków. Wyniki badań przemawiają na korzyść programów „wysokiej dawki, wysokiego progu” przy wykorzystaniu metadonu, buprenorfiny oraz LAAM. Terapia nie prowadzi do wyleczenia i pacjent w dalszym ciągu pozostaje uzależniony. Osoby uzależnione w różnym stopniu nadal przyjmują narkotyki, ale w sposób mniej ryzykowny. Towarzystwem terapii adaptacja społeczna jest wynikiem samodzielnej pracy pacjenta ustabilizowanego dzięki terapii substytucyjnej lub interwencji psychospołecznej. Model redukcji szkód powinien przede wszystkim mieć na celu odciążenie osób uzależnionych od nielegalnych i niebezpiecznych źródeł podaży.

Dzięki terapii metadonowej niskiego progu można dotrzeć do większej liczby osób uzależnionych, ale nie jest ona tak skuteczna, jak terapia wysokiego progu (przypadki zakażenia HIV, Langendam i inni 1999). Badania dotyczące skuteczności terapii niskiego progu nie są jeszcze na tyle zaawansowane, aby można wyciągnąć z nich ostateczne wnioski. Wskaź-

nik przestępczości jest niski w krajach restrykcyjnych, takich jak Szwecja czy Norwegia. Wydaje się, że zależy on przede wszystkim od czynników kulturowych oraz poziomu opieki społecznej. Celem niektórych programów wydaje się być przede wszystkim legalne i społecznie akceptowane zaopatrywanie osób uzależnionych w taki rodzaj narkotyków, jakiego potrzebują. Takie podejście może wydawać się słuszne z punktu widzenia zwolenników redukcji szkód, ale staje się mniej lub bardziej kontrowersyjne, jeżeli bierzemy pod uwagę postulat redukcji podaży i popytu. Rezultaty długofalowe terapii substytucyjnych mogą być kwestionowane.

### **Zachowania wysokiego ryzyka związane z używaniem narkotyków**

Ryzyko związane z używaniem narkotyków nie jest jednakowe we wszystkich przypadkach i zależy od sposobu ich przyjmowania, od czystości samej substancji i od wiedzy osoby ich używającej na temat składu substancji, którą przyjmuje. Nielegalne używanie narkotyków może przyczyniać się do zwiększenia ryzyka infekcji oraz szkód powstałych w wyniku używania substancji o różnej i nieznannej zawartości i czystości, jak również niewiedzy o niebezpieczeństwach związanych z używaniem narkotyków. Używanie narkotyków może się także łączyć z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi oraz niehigienicznym trybem życia. W poniższym omówieniu nie będziemy zajmować się tymi ostatnimi zagadnieniami.

### **Zapobieganie infekcji**

Epidemia HIV doprowadziła do wielu zmian na scenie narkotykowej. Wirus rozprzestrzenił się drogą płciową, dlatego też propa-

guje się używanie prezerwatyw przy każdym stosunku. Ponieważ zakażenie HIV następuje również w wyniku używania niewysterylizowanych strzykawek i igieł, ważnym elementem programów ograniczającym rozprzestrzenianie się HIV jest dystrybucja czystych strzykawek i igieł. W kilku krajach restrykcje dotyczące sprzedaży zastąpiono strategią dystrybucji, co z kolei wywołało sprzeciw wśród osób postrzegających tę praktykę jako „przekazywanie niewłaściwej informacji”. Obawiano się, że psychiczne i praktyczne bariery przed używaniem narkotyków mogą zostać zredukowane do takiego stopnia, że zwiększy się poziom konsumpcji narkotyków, co doprowadzi do wzrostu, a nie spadku wynikających z niej szkód. Obecnie w większości krajów debatę tę uważa się za zakończoną a wniosek, jaki z niej wyciągnięto, to przeświadczenie, że osoba dożylnie przyjmująca narkotyki powinna mieć dostęp do czystych strzykawek i igieł, nawet jeżeli odradza się taką formę przyjmowania narkotyków.

Kolejnym niebezpieczeństwem jest rozprzestrzenianie się innych wirusów. Wspólne korzystanie z tych samych igieł i strzykawek przyczynia się do rozprzestrzeniania się wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. Ponieważ organizm ludzki nie produkuje przeciwciał zwalczających wirus typu C, zarażenie nim prowadzi do chronicznego schorzenia, w wyniku którego uszkodzona zostaje wątroba, a podejrzewa się, że jest ono również przyczyną powstawania raka wątroby. HTLV może również prowadzić do białaczki.

Podstawową metodą minimalizowania ryzyka jest informowanie o zagrożeniu: nieodpłatne, powszechnie dostępne i najlepiej anonimowe testy; informowanie o sposobach sterylizacji igieł i strzykawek, jeżeli to możliwe powią-

zane z dystrybucją środków dezynfekujących oraz rozdawnictwo sterylnych strzykawek i igieł. Inną metodą jest program szczepień.

### **Informacja o zagrożeniach**

- różnego typu darmowe informatory i ulotki;
- kampanie informacyjne;
- udzielanie informacji w centrach terapeutycznych;
- propagowanie wiedzy poprzez grupy rówieśnicze (wśród prostytutek i osób uzależnionych).

### **Darmowe, dobrowolne i najlepiej anonimowe testy**

Wirus HIV, wirusowe zapalenie wątroby oraz inne niebezpieczne choroby zakaźne można wykryć przy pomocy testów. Na początku epidemii HIV spierano się o to czy testy powinny być przeprowadzane bez zgody pacjenta. W niektórych krajach sugerowano, aby osoby seropozytywne były poddawane przymusowemu leczeniu, objęte zakazem swobodnego poruszania się, aby informowano o tym ich najbliższych itp.

Testy są obecnie uważane za jedną z najważniejszych metod wywierania wpływu na zachowanie osób uzależnionych, zarówno zakażonych, jak i niezakażonych. Istnieje powszechna zgoda co do tego, że najlepsze rezultaty, najwyższą frekwencję oraz współpracę osiąga się wtedy, gdy test jest całkowicie dobrowolny i może być przeprowadzony anonimowo.

### **Metody sterylizacji igieł i strzykawek**

- woda z mydłem
- soda kaustyczna

### **Metody dystrybucji igieł i strzykawek**

- sprzedaż bez recepty sterylnych igieł i strzykawek w aptekach;

- automaty do dystrybucji, czasem tak skonstruowane, aby można bezpłatnie lub za niewielką opłatą wymienić zużyty sprzęt na nowy;
- darmowa dystrybucja sterylnych igieł i strzykawek lub wymiana zużytych poprzez centra terapeutyczne;
- karetki rozwożące sterylne strzykawki i igły lub dystrybucja przez pracowników ambulatoriów;
- sprzedaż igieł i strzykawek w pomieszczeniach przeznaczonych dla osób dożylnie przyjmujących narkotyki (*injection rooms*).

Do tej pory pojawiło się zaledwie kilka doniesień o negatywnych skutkach dystrybucji (Paine i inni 1999). Przeważnie skargi napływają ze strony sąsiadów, którzy narzekają na zużyte igły porzucane w okolicy oraz na przejawy wandalizmu (niszczenie maszyn do dystrybucji). Zarejestrowano również pogłoski o dzieciach lub przechodniach, którzy przez nieuwagę ukłuli się taką igłą. Zweryfikowanych doniesień o zakażeniach jest bardzo niewiele. Prawdopodobnie większe niebezpieczeństwo łączy się z wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C, ponieważ wirus HIV staje się nieaktywny w takiej sytuacji. Przeprowadzone ostatnio badania dowiodły, że w najgorszym przypadku zdolny do namnażania się wirus HIV może zostać odzyskany ze strzykawek przechowywanych w temperaturze pokojowej przez ponad cztery tygodnie (Abdala i inni 1999). Jest to argument przemawiający zarówno na korzyść programów wymiany igieł, jak również ostrzeżenie, że wyrzucane byle gdzie zużyte igły i strzykawki mogą stanowić istotne zagrożenie.

Ocena rezultatów programów dystrybucji igieł i strzykawek wykazuje ich skuteczność w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz

powstrzymywania rozprzestrzeniania się epidemii. W raporcie złożonym u Głównego Chirurga Stanów Zjednoczonych (Surgeon General 1998) czytamy co następuje:

- Badania laboratoryjne wykazują, że wirus HIV może przetrwać na igłach przez okres dłuższy niż miesiąc, co stanowi argument za wycofaniem z obiegu zużytego sprzętu wykorzystywanego do wstrzykiwania narkotyków.
- Programy wymiany igieł i strzykawek (SEP) przyciągają coraz więcej osób z grup najbardziej narażonych na zakażenie wirusem HIV oraz przyczyniają się do tego, że osoby uzależnione decydują się na detoksykację oraz udział w programach leczenia uzależnień.
- Odsetek osób objętych programami SEP, które wycofują się z programów leczenia uzależnień nie jest większy, niż odsetek osób wycofujących się z leczenia, które trafiły tam w inny sposób, chociaż w przypadku tych pierwszych mamy do czynienia z uzależnieniem od cięższego rodzaju narkotyku oraz z wysoce ryzykownym stylem życia.
- Uczestnictwo w programach SEP prowadzi do zmian zachowań osób w nich uczestniczących, m.in. coraz rzadsze używanie zanieczyszczonych igieł i strzykawek oraz odchodzenie od wspólnego użytkowania tego samego sprzętu.
- Według zebranych danych uczestnictwo w programach SEP nie powoduje zwiększenia częstotliwości wstrzykiwania narkotyku przez osoby nim objęte, a w wielu przypadkach odnotowano spadek tej częstotliwości.
- Dystrybucja sterylnych igieł i strzykawek poprzez apteki oraz programy SEP pozwala oszczędzić publiczne pieniądze; można zapobiec infekcji HIV za 1/3 kosztów opieki medycznej, którą w przypadku zakażenia trzeba będzie objąć pacjenta.

- W świetle zgromadzonych dowodów naukowych władze krajów i regionów, w których epidemia HIV rozprzestrzeniła się głównie przez dożylną przyjmowanie narkotyków powinny rozważyć wdrożenie programu SEP jako narzędzia identyfikacji osób przyjmujących narkotyki w ten sposób i zbadanie ich stosunku do takiej formy pomocy, przy czym program powinien się wpisywać w całościowy plan zapobiegania HIV.

Pomimo wielu lat kampanii informacyjnych oraz dystrybucji sterylnych igieł i strzykawek nie udało się całkowicie wyeliminować zachowań ryzykownych, szczególnie w grupach podwyższonego ryzyka. Wyniki badań świadczą o tym, że jedynie w bardzo niewielkim stopniu udało się ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusowego zapalenia wątroby typu C. Niektórzy autorzy (Hagan 1999) twierdzą, że usiłowania te zakończyły się kompletnym fiaskiem. Dane epidemiologiczne świadczą o utrzymującym się wysokim poziomie zakażeń wszędzie. W niektórych krajach, takich jak Szwecja, w których nie prowadzi się dystrybucji strzykawek i igieł, szczególnie w Sztokholmie, odnotowuje się wysoki poziom zakażeń HIV. W Oslo, w którym dopiero niedawno rozpoczęto zakrojony na szeroką skalę program metadonowy, liczba osób zakażonych HIV jest raczej niewielka. Wydaje się, że najważniejszym czynnikiem jest tutaj zachowanie się osób uzależnionych (Waal 1998). Jeżeli taka osoba zna swój status immunologiczny i uważa, że jej choroba stanowi zagrożenie dla innych, przeważnie stara się zachowywać w sposób odpowiedzialny. Problem polega na tym, że wirusowego zapalenia wątroby typu C nie postrzega się jako infekcji tak groźnej jak HIV. Aby to zmienić, należy rozpocząć wśród osób uzależnionych zakrojo-

ną na szeroką skalę kampanię informacyjną, uświadamiającą, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest tak samo niebezpieczne jak HIV.

### Szczepienia

Dysponujemy szczepionkami przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B. W niektórych centrach terapeutycznych są one dostępne bezpłatnie. Na dzień dzisiejszy nie istnieje szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C, ani przeciwko HIV. Trwają prace nad szczepionką przeciwko HIV, ale jak na razie brak przekonujących dowodów o jej skuteczności. Program szczepień w przypadku istniejących szczepionek powinien zostać przyjęty powszechnie i nie powinien wzbudzać żadnych kontrowersji.

### Sposób używania

Doustne przyjmowanie narkotyków można w dużej mierze skuteczniej kontrolować niż ich wstrzykiwanie. Ryzyko przedawkowania jest większe w miejscach odosobnionych, a także gdy narkotyki łączone są z alkoholem i innego rodzaju substancjami. Dlatego bardzo ważne staje się informowanie osób uzależnionych o mniej ryzykownych sposobach przyjmowania narkotyków. Hasło „Po prostu powiedz NIE” jest uzupełniane o informacje, dzięki którym osoba, która nie jest w stanie lub nie chce zachować abstynencji narkotykowej będzie wiedziała, w jaki sposób zminimalizować ryzyko związane z używaniem narkotyków. Przekaz zbudowany jest w następujący sposób:

1. Jedynym bezpiecznym rozwiązaniem jest nie zażywać narkotyków.
2. Jeżeli nie możesz nie zażywać, nie wstrzykuj. Jeżeli wstrzykujesz, miej pewność, że używasz czystego sprętu.

3. Upewnij się czy wiesz, co zażywasz.
4. Nie bierz żadnych narkotyków od osób, których nie znasz.
5. Bądź szczególnie ostrożny, jeżeli nie jesteś trzeźwy.
6. Nie zażywaj narkotyków w sytuacji, gdy nie ma koło ciebie nikogo, kto mógłby ci pomóc w razie wypadku.

Tego typu informacja rozpowszechniana jest w kilku krajach (np. w Wielkiej Brytanii, Holandii, Szwajcarii i Hiszpanii). Argumentem za jest fakt, że narkotyki brane są wszędzie i przekonanie, że dzięki propagowaniu wiedzy można zredukować potencjalne szkody. Przeciwnicy tej idei argumentują, że jej rezultatem jest wzrost konsumpcji, ponieważ kampanie informacyjne prowadzą do wzrostu akceptacji brania oraz sprawiają, że potencjalni biorcy nabierają przekonania, że potrafią „brać bezpiecznie”. Jak dotychczas brak badań, dzięki którym możliwe stałoby się udzielenie jednoznacznej odpowiedzi w tym zakresie.

### **Testy dostępne „na miejscu” („On-the-spot”) – testy anonimowe**

Heroina sprzedawana na ulicach nie jest jednakowa pod względem czystości i stężenia. Bardzo często przedawkowanie i następujący w jego wyniku zgon spowodowane są błędną oceną stężenia narkotyku i niewłaściwym dobraniem dawki. Narkotyk może być również zainfekowany, co prowadzi do zakażenia osoby, która go sobie wstrzyknęła. Zwolennicy legalizacji heroiny oraz dopuszczenia do jej sprzedaży na recepty argumentują, że pozwoliłoby to zapobiegać takim sytuacjom. Problem stał się ostatnio jeszcze bardziej palący ze względu na pojawienie się „narkotyków projektowanych” oraz „narkotyków imprezo-

wych” w większości krajów europejskich. Coraz częściej młodzież uczestnicząca w masowych imprezach sięga po ecstasy (czyli MDMA), gammahydroxybutyrat (GHB) oraz ketaminę. Narkotyki te dość łatwo wyprodukować i dlatego bardzo często wytwarzane są metodą chałupniczą, w wyniku czego ich skład ciągle się zmienia oraz często wzrasta jego toksyczność.

Aby zmniejszyć ryzyko związane z używaniem tych narkotyków, oraz aby wpłynąć na zmianę ryzykownych zachowań młodzieży w dyskotekach, na koncertach oraz na innych imprezach masowych, lokalne władze w kilku krajach zdecydowały się na utworzenie punktów testowania składu narkotyków dostępnych „na miejscu”. Dostarczając próbkę narkotyku klient otrzymuje informację na temat jego zawartości oraz stężenia środków aktywnych. Zazwyczaj nie wymaga się od niego żadnych danych osobowych.

Argumenty za i przeciw są takie same, jak w przypadku kampanii informacyjnych na rzecz redukcji ryzyka. Również w tym przypadku brak wystarczających badań.

### **Redukcja wskaźnika śmiertelności i zachorowań**

Wskaźnik śmiertelności i zachorowań wśród osób uzależnionych poddających się terapii opiatowej spada zdecydowanie bardziej, jeżeli uczestniczą one w programach wysokiego progu, ale programy niskiego progu zostają zaakceptowane przez większą część populacji narkomanów. Programy mające na celu redukcję ryzyka infekcji również przyczyniają się do spadku liczby zachorowań, a w niektórych przypadkach okazują się pierwszym krokiem na drodze do podjęcia terapii.

W dalszym ciągu jednak używanie narkotyków i narkomania są przyczyną zgonów i problemów zdrowotnych zarówno wśród osób objętych tego typu programami, jak i pozostających poza ich zasięgiem. Do zgonów dochodzi w wyniku przedawkowania, samobójstwa, wypadku lub przemocy. Osoby używające narkotyków cierpią z powodu wrzodów, skrzepów, posocznicy, zapalenia wsierdza oraz innych dolegliwości wywoływanych częstym wykonywaniem zastrzyków. Dystrybucja igieł i strzykawek niewiele może tutaj pomóc, szczególnie w przypadku, gdy u osoby uzależnionej dochodzi do powstania zrostów w żyłach wywołanych regularnym tworzeniem się skrzepów. Coraz poważniejszym problemem staje się także gruźlica oraz inne choroby niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem zastrzyków. Częstym zjawiskiem są okaleczenia oraz urazy, nieleczenie się, jak również niedożywienie.

W niektórych krajach koszty opieki medycznej stają się barierą uniemożliwiającą korzystanie ze świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym niedysponującym wystarczającymi środkami finansowymi. W innych, stosunek służby zdrowia do osób uzależnionych jest na tyle negatywny, że skutecznie zniechęca je do korzystania z jej usług. W jeszcze innych, wstępnym warunkiem rozpoczęcia leczenia jest natychmiastowa abstynencja narkotykowa. Ta sytuacja jest dość powszechna w przypadku instytutów psychiatrycznych i innych placówek zajmujących się leczeniem zaburzeń psychicznych.

Tego typu problemy można rozwiązać poprzez tworzenie funduszy docelowych, zmianę nastawienia osób pracujących w służbie zdrowia, poprzez włączenie opieki zdrowotnej w programy na rzecz terapii substytucyjnych i projekty na rzecz dotarcia do osób uzależnionych oraz poprzez tworzenie programów socjal-

nych dla grup docelowych. Procedury związane z tworzeniem funduszy docelowych zależą w dużej mierze od specyfiki danego kraju i nie będą szczegółowo opisywane w poniższym opracowaniu.

### **Zmiana nastawienia osób pracujących w służbie zdrowia**

Stosunek do osób uzależnionych po części wynika z przyczyn społecznych, a po części jest rezultatem osobistych doświadczeń oraz konfliktu interesów. Niektóre problemy można rozwiązać poprzez edukację personelu medycznego i destygmatyzację osób uzależnionych, ale równie ważne jest to, aby taka osoba nie stała się dla służby zdrowia dodatkowym, wywołującym stres obciążeniem. Dlatego ważne jest stworzenie odpowiednich procedur i ustalenie priorytetów. Specyficznym problemem związanym z uzależnieniem jest częste domaganie się od personelu medycznego recept na narkotyki, przy braku zainteresowania jakąkolwiek formą leczenia schorzeń somatycznych lub psychicznych powstałych na skutek używania narkotyków.

Wymaganiem minimum jest stworzenie procedur mających umożliwić współpracę placówek medycznych z innymi agencjami i instytucjami działającymi na rzecz przeciwdziałania narkomanii tak, aby zapewnić leczenie także tym osobom, które nie są w stanie dostosować się do reguł szpitalnych.

### **Krótkoterminowa terapia substytucyjna**

Osoby uzależnione nie powinny być zmuszane do natychmiastowej abstynencji narkotykowej na okres leczenia z powodu jakiegokolwiek choroby. Szpitale i ambulatoria powinny wypracować procedury, dzięki którym będzie to możliwe. Ten problem odnosi się także do

instytutów psychiatrycznych, w których pacjent powinien mieć zapewniony dostęp do potrzebnych mu substancji, jeżeli jest to konieczne.

### **Adekwatne usługi medyczne dostępne w ramach leczenia narkomanii**

W skład usług terapeutycznych przeznaczonych dla osób uzależnionych mogą wchodzić różnego rodzaju usługi medyczne, bezpośrednio związane, bądź nie z terapią podtrzymującą. Generalnie oceny są w tym przypadku pozytywne.

### **Usługi „niskiego progu” lub o szerokim zasięgu**

Bardzo często tryb życia osoby uzależnionej sprawia, że nie jest ona w stanie dotrzeć do żadnej placówki medycznej, ponieważ są one dostępne w określonych godzinach, albo znajdują się zbyt daleko. Rozwiązaniem mogą stać się w takim przypadku centra medyczne, które same docierają do pacjentów lub przychodnie w przypadku projektów niskiego progu. W takich klinikach diagnozuje się chorobę i leczą ją bez względu na to czy pacjent w dalszym ciągu używa narkotyków.

### **Projekty dla grup docelowych**

Osoby należące do grup mniejszościowych rzadko ufają otaczającej ich w społeczeństwie większości, albo czują się napiętnowane przez jej przedstawicieli. Osoby uzależnione mogą czuć się podwójnie dyskryminowane, gdy są jednocześnie członkami mniejszości etnicznej, specyficznej grupy społecznej, oraz gdy ich dyskryminacja ma związek z płcią lub orientacją seksualną. Metadonowy program „niskiego progu” w Amsterdamie został pierwotnie zaprojektowany dla narkomanów – emigrantów z Surinamu, (byłej Gujany Holenderskiej), we-

getujących na marginesie społeczeństwa (Buning i inni 1990). Inne projekty mogą zostać stworzone dla prostytutek, dla osób ze środowisk patogennych, nielegalnych imigrantów, chorych umysłowo bezdomnych oraz mniejszości seksualnych. Najistotniejsze jest tutaj zaniechanie wymogu abstynencji narkotykowej na czas leczenia w placówkach służby zdrowia.

### **Osoby uzależnione w więzieniach**

Zarówno w krajach, w których redukcja szkód traktowana jest priorytetowo, jak i w tych, w których realizuje się postanowienia restrykcyjnej polityki antynarkotykowej, wysoki procent więźniów to osoby uzależnione od narkotyków. Odpowiedzią na to stało się zaostrzenie kontroli w więzieniach oraz ograniczanie wizyt, ale mimo to narkotyki przemycane są do więzień, chociaż nie w takich ilościach jak nam się to wydaje. Nadal problemem pozostaje wspólne korzystanie z igieł i strzykawek. Opublikowano kilka raportów dotyczących problemom zakażeń HIV i innymi chorobami wśród więźniów. Przeprowadzona ostatnio w więzieniach w Wielkiej Brytanii anonimowa ankieta ujawniła, że połowa z przebywających w nich więźniów przyjmujących narkotyki dożyłnie, zrobiła to w okresie ostatnich trzydziestu dni. W konkluzji raportu z tego badania czytamy, że rzadko przeprowadzane obowiązkowe badania tego zjawiska nie wykazują rzeczywistego zasięgu problemu. Raport postuluje także objęcie więźniów programami redukcji szkód, w tym szczepieniami przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby oraz udostępnienie im środków dezynfekujących (Bird i inni 1997). Uchtenhagen (1998) zaprezentował zasięg działań z zakresu zapobiegania zakażeniom HIV w więzieniach postulując udostępnianie więźniom sterylnych strzykawek i igieł, środków do dezyn-

fekcji oraz terapii metadonowej jako uzupełnienie programów antynarkotykowych oraz innych programów terapeutycznych.

### ***Injection rooms* – wydzielone pomieszczenia, w których osoby uzależnione mogą wstrzykiwać sobie narkotyki pod nadzorem personelu medycznego**

Pomieszczenia do iniekcji stanowią element programu redukcji szkód we Frankfurcie, dzięki któremu, jak się wydaje, znacznie zmniejszono w tym mieście rozmiary społecznych i zdrowotnych szkód powodowanych używaniem narkotyków (Kemmesies 1995). Takie rozwiązanie znane jest również w Szwajcarii, Holandii i Wielkiej Brytanii. *Injection rooms* są to specjalnie wydzielone pomieszczenia, w których osoby uzależnione mogą wstrzykiwać sobie narkotyk, pozostając pod nadzorem personelu medycznego – przeważnie wymaga się od nich rejestracji. Bardzo często obowiązują także regulacje dotyczące np. wieku. Pomieszczenia takie zapewniają, że wstrzykiwanie narkotyków odbywa się w sposób bardziej bezpieczny, niż ma to miejsce gdzie indziej, a także pozwalają rozładować napięcie społeczne w dzielnicach, w których używanie narkotyków jest dość powszechne.

Obecnie dyskutuje się nad zgodnością tego projektu z przepisami międzynarodowymi.

## **Redukcja szkód społecznych**

Panuje powszechna zgoda co do tego, że narkomania powoduje szkody społeczne, ale tak jak to opisano w części I, niektórzy przypisują powstawanie większej części tych szkód restrykcyjnym przepisom i zakazom. Inni wskazują na fakt, że substancje legalnie dostępne, takie jak alkohol

i nikotyna, powodują większe szkody społeczne i zdrowotne oraz przyczyniają się do większej liczby zgonów, narastania przemocy i wzrostu przestępczości. Wydaje się, że przecenia się korzyści płynące z ewentualnej legalizacji narkotyków (Waal 1999). Można się również spierać o to czy nastawienie do osób uzależnionych wynikające z uwarunkowań kulturowych jest ważniejsze niż rozwiązania prawne (Odegard 1995). Nie można jednak zaprzeczyć, że zakazy i restrykcyjne przepisy w pewnym stopniu przyczyniają się do powstawania szkód. Możemy wyróżnić następujące szkody społeczne:

- Stygmatyzacja i spychanie osób uzależnionych na margines społeczeństwa ma destrukcyjny wpływ na ich zachowanie i postępowanie. Osoba taka postrzegana jest nie tylko jako uzależniona od środków chemicznych, ale również jako przestępca, przez co utrudniona jest jej integracja społeczna, a co za tym idzie – społeczna kontrola zachowań.
- Odrzucenie osób uzależnionych przez rynek pracy przyczynia się do wzrostu ubóstwa i skazuje jednostkę na wybór pomiędzy wędrowaniem bez środków do życia a rabunkiem.
- Fakt, że narkotyki są nielegalne, powoduje powstawanie i rozrost przestępczości z nimi związanej, konsolidację środowisk przestępczych oraz umieszczanie osób uzależnionych w więzieniach – przynajmniej tak dzieje się w przypadku osób zamieszanych w handel narkotykami.

Niektóre z tych problemów można rozwiązać poprzez dekryminalizację używania i posiadania niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek oraz poprzez obniżenie wysokości wyroków dla osób skazanych za takie przestępstwa. Te kwestie powinny podlegać ocenie w ramach całościowej polityki przeciwdziałania

narkomanii i pozostają poza obszarem zainteresowania niniejszego opracowania. Inne problemy można jednak częściowo rozwiązać poprzez projekty redukcji ryzyka.

### **Terapia metadonowa**

Bez względu na to czy stosowana w ramach programu redukcji ryzyka, czy też jako element specjalistycznej terapii, udokumentowanym rezultatem terapii metadonowej jest spadek przestępczości. Wyniki wielu badań dowodzą także, że sprzyja ona asymilacji społecznej i rehabilitacji zawodowej. Dzieje się tak z dwóch powodów: terapia metadonowa rozwiązuje problem uzależnienia od opiatów oraz obniża koszty związane z pozyskaniem narkotyku. Wzrost akceptacji społecznej nie jest jednakowy we wszystkich przypadkach i zależy od powodzenia strategii na rzecz tolerancji oraz zmiany zachowań na społecznie akceptowane. Kwestią otwartą pozostaje odpowiedź na pytanie, które z programów (wysokiego czy niskiego progu) odgrywają tutaj większą rolę.

### **Podział narkotyków ze względu na stopień zagrożenia, jakie powodują**

Konopie indyjskie oraz „narkotyki imprezowe” bardzo często ocenia się jako mniej niebezpieczne niż heroina i kokaina, a także, że stanowią nieodłączny element młodości. W sytuacji, gdy używanie wszystkich narkotyków objęte jest zakazem, osoba używająca mniej niebezpiecznych substancji automatycznie zostaje narażona na kontakt z substancjami groźniejszymi. Logicznym rozwiązaniem wydaje się w tym przypadku oddzielenie „miękkich” narkotyków od „twardych”, tak jak miało to miejsce w przypadku półoficjalnej akceptacji sprzedaży konopi w holenderskich coffee-

shops. Chociaż w ocenie rządu holenderskiego (Ministerstwo Zdrowia i Sportu 1995) rezultaty tego rozwiązania okazały się pozytywne, jest ono dość powszechnie uważane za kontrowersyjne.

### **Dzielnice, w których używanie narkotyków jest dopuszczalne**

Władze lokalne wydzieliły pewne dzielnice, w których stworzono warunki mieszkalne osobom używającym narkotyków lub uzależnionym od heroiny, nie wymagając od nich zobowiązania się do abstynencji i zerwania z nałogiem. Takie rozwiązanie zastosowano w ramach programu redukcji szkód we Frankfurcie (Kemmesies 1995). Aby stworzyć miejsce, w którym mogliby zamieszkać bezdomni narkomanii zaadoptowano duże opuszczone budynki, które wyposażono w konieczne do zamieszkania urządzenia i sprzęty, a także kawiarnie, tereny rekreacyjne i pracownie. W budynkach znajdują się także pomieszczenia przeznaczone do wstrzykiwania narkotyków oraz kliniki metadonowe. Ocenia się, że jeden taki budynek „zabiera” z ulicy kilkoro narkomanów.

### **Rejony, w których przyjmowanie narkotyków jest dopuszczane**

W niektórych miastach wydzielono rejony, na obszarze których policja nie interweniuje w przypadku używania oraz handlu narkotykami, jeżeli tylko nie wykracza on poza wyznaczony rejon (Bless i inni 1995). Dwoma dobrze znanymi przypadkami są „Platzspitz” w Zurichu i „Park-Anlage” we Frankfurcie. Nawet pomimo zaangażowania pracowników socjalnych oraz personelu medycznego rejony te przyciągnęły tak dużą liczbę narkomanów, że sytuacja wymknęła się spod

kontroli. Niepokoje społeczne, przestępczość i rozprzestrzenianie się chorób doprowadziło do interwencji władz zarówno w postaci represji, jak i programów redukcji szkód. Projekty tego typu realizowane są w różny sposób. W przypadku Kopenhagi mamy do czynienia z aktywnymi i konstruktywnymi działaniami towarzyszącymi, podczas gdy w Amsterdamie rejon takie są elementem większej całości, jak „dzielnice uciech”. W obu tych przypadkach problemy nie wydają się być tak drastyczne.

### **Grupy samopomocy oraz organizacje wspierające**

Życiu osoby uzależnionej towarzyszy bardzo często poczucie bezsilności i społeczna alienacja, co przyczynia się do nasilenia się zachowań destrukcyjnych oraz prowadzi w ślepy zaułek. Mało kto słucha tego, co mają oni do powiedzenia i nikt nie daje im szansy zrobienia czegoś pozytywnego. Zmianę tej sytuacji mają na celu organizacje skupiające osoby uzależnione, a ich działalność oceniana jest pozytywnie.

## **III. ZWIĄZEK Z INNYMI STRATEGIAMI PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII**

Początki polityki narkotykowej sięgają pierwszych dwóch dekad XX wieku. Europa i Stany Zjednoczone zaalarmowane wzrastającą konsumpcją narkotyków, takich jak opiaty, kokaina i w mniejszym stopniu marihuana, stworzyły podstawy polityki przeciwdziałania narkomani uchwalając przepisy prawne dotyczące leków produkowanych w oparciu o narkotyki, detalicznego i hurtowego handlu narkotykami oraz autoryzacji zawodowych i spo-

łecznych organizacji odpowiedzialnych za przeciwdziałanie narkomanii. Jedną z dróg była droga restrykcji i redukcji dostępności tych środków. W Stanach Zjednoczonych *Harrison Act*, przyjęty w 1914 roku oraz suplementy dołączone do niego w późniejszym okresie penalizowały używanie narkotyków i uzyskiwanie ich na drodze pozamedycznej. W Wielkiej Brytanii przyjęty w 1928 roku *Rollerstone Act* podkreślał konieczność definiowania narkomanii jako choroby, uznając, że osoba uzależniona ma prawo do leczenia w ramach systemu służby zdrowia i że opiaty pełnią rolę lekarstwa. W Europie Północnej zdecydowano się na restrykcje i ograniczenie dostępności, ale jednocześnie uznano, że osoba uzależniona powinna mieć prawo do opieki medycznej. Wpływ Stanów Zjednoczonych daje się wyraźnie zauważyć w podejściu do problemu przyjętym w konwencjach międzynarodowych, które uznają, że obowiązkiem każdego państwa jest przeciwdziałać handlowi substancjami określonymi przez te konwencje jako nielegalne oraz nadzorować handel substancjami dopuszczonymi do legalnego obrotu. Jak widać, obydwie postawy mają długą tradycję i pozostają obecne zarówno w ogólnych założeniach polityki antynarkotykowej, jak i strategiach dotyczących poszczególnych jej obszarów.

### **Ogólne założenia polityki antynarkotykowej**

Rozwój polityki antynarkotykowej przeanalizowano pod różnym kątem i z punktu widzenia różnych założeń teoretycznych. Zakłada się, że rozwiązania ustawodawcze powinny powstawać w oparciu o wyniki badań naukowych i mieć na celu dobro ludzi. Z historycznego punktu widzenia decydujące znaczenie może tu odgrywać dominujący w da-

nym kraju system wartości, opinia profesjonalistów i innych zaangażowanych jednostek oraz uwarunkowania kulturowe (Berridge 1996, 1998, 1999). Z punktu widzenia teorii konstruktywizmu społecznego (Cohen 1990) cały problem narkotykowy pojawił się jako skutek opinii osób wywierających wpływ na kształt przyjętych rozwiązań politycznych.

Wzrost konsumpcji nielegalnych substancji w późniejszym okresie doprowadził do zaostrzenia przepisów. W Wielkiej Brytanii komitet Brain'a uznał konieczność zwiększenia restrykcji i zaostrzenie przepisów obowiązujących w brytyjskim systemie prawnym. W Stanach Zjednoczonych restrykcyjna polityka została znacznie zaostrzona przez prezydenta Nixona, a później przez prezydenta Reagana, kiedy to zyskała miano „wojny z narkotykami”. Na północy Europy, zwłaszcza w krajach skandynawskich, forsowano ideę społeczeństwa wolnego od narkotyków. W obydwu przypadkach uznano, że redukcja podaży to najlepszy środek zapobiegania narkomanii, czego konsekwencją stała się penalizacja konsumpcji narkotyków, surowość kodeksów karnych w stosunku do przestępstw narkotykowych, przyznanie policji nadzwyczajnych uprawnień, takich jak działanie w ukryciu oraz zacieśnianie współpracy służb policyjnych i celnych. Kształtowanie postaw wrogich używaniu narkotyków ma służyć, w świetle tej polityki, redukcji popytu. Panuje dość powszechne przekonanie, że można to osiągnąć poprzez utrzymywanie zakazu sprzedaży i używania narkotyków oraz kształtowanie nieprzychylnych wobec tego zjawiska postaw społecznych. Terapia postrzegana jest jako pomoc w zachowaniu abstynencji narkotykowej.

W opinii ekstremistów używanie narkotyków jest tak wielkim złem, że każde, nawet naj-

cięższe środki zapobiegawcze są w tym przypadku uzasadnione. Niejednokrotnie argumentują oni, że osobie, która przyjmuje narkotyki, nie powinno się w żaden sposób ułatwiać życia, ponieważ może to stać się zachętą do dalszego brania, albo też pozbawi osobę uzależnioną motywacji do walki z nałogiem. Powinno się jednak pamiętać, że tego typu podejście nie stanowi inherentnego elementu polityki antynarkotykowej. Jej podstawową cechą nie jest dążenie do stworzenia osobom uzależnionym jak najcięższych warunków życia, ale uznanie, że używanie narkotyków jest samo w sobie zjawiskiem destrukcyjnym, któremu powinno się zapobiegać oraz zmniejszać jego zasięg w takim stopniu, jak tylko jest to możliwe. Powstałe szkody postrzega się jako bezpośredni rezultat używania narkotyków, a sukces – jako ograniczenie ilości przypadków użycia narkotyków.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat ten sposób postrzegania narkomanii bardzo się zmienił. Przedstawiono całą grupę kontrargumentów, a polityka przyjęta w Holandii bardzo często stawiana jest za wzór godny naśladowania (Buning & van Brussel 1995). W 1990 roku przyjęto na Konferencji we Frankfurcie (Konferenz Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels) tzw. deklarację frankfurcką, w której stwierdzono, że polityka nakierowana na wyeliminowanie narkotyków i ich używania okazała się pomyłką. Dlatego też „priorytety polityki antynarkotykowej muszą zostać zmienione.” Sankcje i nadzór policyjny powinny zostać zastąpione przez dekryminalizację używania, podział narkotyków na „twarde”, takie jak heroina i „miękkie”, jak np. konopie oraz przez programy pomocy dla narkomanów.

Obecnie takie podejście jest dość powszechnie uznawane, chociaż istnieje rów-

nież grupa zdecydowanych jego przeciwników, skupionych w organizacji miast europejskich ECAD (Miasta Europejskie przeciwko Narkotykom). Ekstremalni zwolennicy liberalizacji prawa antynarkotykowego twierdzą, że problem narkomanii wynika przede wszystkim z restrykcyjnego prawodawstwa, a nie z samego używania narkotyków. Wskazuje się na fakt, że niektórzy narkomani mogą przyjmować narkotyki w sposób kontrolowany oraz uważa się, wielu wybrałoby takie rozwiązanie, gdyby nie penalizacja zjawiska i społeczne napiętnowanie. Uważa się, że destrukcyjne wzorce używania narkotyków wynikają z ich nielegalnego statusu, który ma właściwości kryminogenne. Narkotyki stają się niebezpieczne, ponieważ są nielegalne, w związku z czym uzyskanie informacji na temat ich zawartości, czystości itp. staje się niemożliwe. Rozwiązaniem jest zalegalizowanie narkotyków i poddanie ich kontroli jakości. Użytkowanie powinno zostać „znormalizowane” i zyskać społeczne przyzwolenie (Nadelman 1990).

Blisko związane z postulatem legalizacji jest liberalne przekonanie, że każdy powinien mieć prawo do decydowania czy chce, czy też nie chce używać narkotyków. Argumentem używanym na poparcie tej tezy jest uznanie wyższości praw jednostki nad pojęciem dobra ogółu oraz, aczkolwiek niekoniecznie, nad pojęciem zdrowia publicznego. Zwolennicy tej tezy obawiają się także powodowanej restrykcjami kryminalizacji zjawiska i stosowania nadzwyczajnych metod śledczych uderzających w prawa człowieka przysługujące każdemu w nowoczesnym społeczeństwie obywatelskim. (Husak 1992, Hamaide 1995, Waal 1999).

Zwolennicy redukcji szkód utworzyli organizację o nazwie Międzynarodowe Stowa-

rzyszenie na rzecz Redukcji Szkód (IHRA), wydającą naukowy periodyk pod tytułem Międzynarodowy Magazyn Polityki Antynarkotykowej (International Journal of Drug Policy). Możemy się z niego dowiedzieć, że bardzo wiele argumentów używanych na poparcie tezy o słuszności idei redukcji szkód wcale nie ma wydźwięku ekstremalnego. Podstawowe argumenty są raczej pragmatyczne. Walka z narkotykami prowadzona we wszystkich krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych nasilająca się w miarę ich rozprzestrzeniania się postrzegana jest jako porażka. Zbyt wiele środków przeznaczają się na ograniczenie konsumpcji, a zbyt mało na redukcję szkód związanych z używaniem narkotyków. Uważa się, że restrykcyjne prawodawstwo przyczynia się do powstawania szkód społecznych oraz szkodzi osobom uzależnionym. Zapobieganie narkomanii poprzez sankcje prawne zagraża skutecznej realizacji projektów skierowanych na redukcję konkretnych szkód, takich jak zgony w wyniku przedawkowania, pogarszanie się stanu zdrowia osoby uzależnionej oraz jej marginalizacja społeczna. Zakazy i restrykcje powodują wzrost ceny narkotyków, a co za tym idzie – wzrost liczby przestępstw służących zdobyciu środków na ich zakup. Jednak bardzo wiele osób stoi na stanowisku, że sprzedaż narkotyków powinna być objęta zakazem, zwłaszcza sprzedaż na dużą skalę i szczególnie gdy chodzi o heroinę i kokainę. Dlatego też całkowita legalizacja narkotyków nie jest celem programu redukcji szkód, chociaż niektórzy zwolennicy tego programu uważają, że powinna zostać wprowadzona.

Tabela nr 1 prezentuje różne sposoby zapamiętania się na problem narkotyków i przyjęte na ich podstawie założenia polityki narkotykowej.

Z tabeli wynika, że redukcja ryzyka i redukcja szkód plasują się pomiędzy polityką restrykcyjną a polityką liberalizacji, które posługują się zupełnie różnymi środkami w realizacji założonych celów. Podczas gdy zwolennicy restrykcji uznają narkotyki i możliwość ich nabycia za najpoważniejszy problem, zwolennicy liberalizacji wskazują restrykcyjny kodeks penalizujący to zjawisko i na zakazy, jako główną przyczynę problemów. Dla jednych osoba uzależniona jest kryminalistą lub w najlepszym razie – ofiarą kryminalistów. Dla drugich jest to konsument, którego prawa ograniczają niczym nieuzasadnione przepisy prawne. Cel do jakiego dążą zwolennicy polityki restrykcyjnej to zapobieganie używaniu narkotyków oraz abstynencja przez terapię, podczas gdy zwolennicy liberalizacji chcieliby przede wszystkim zapewnić bezpieczeństwo konsumentom narkotyków wprowadzając obowiązek informacji o produkcji oraz kontrolę jakości.

Postawy umiarkowane, do których zaliczamy redukcję ryzyka i redukcję szkód, cechuje pragmatyczne podejście do problemu. Tak długo, jak wyznaczone przez nie cele i przyjęte środki nie są sprzeczne z innymi ważnymi celami i środkami, obydwie koncepcje nie budzą kontrowersji. Redukcja ryzyka i redukcja szkód zostały rozgraniczone i odmiennie zdefiniowane w przedstawionej tabeli, podobnie jak w części I niniejszego opracowania, choć jest to rozgraniczenie umowne. Naszym celem było rozgraniczenie koncepcji stawiającej na pierwszym miejscu dążenie do zmniejszenia rozmiarów konsumpcji narkotyków od koncepcji, według której najważniejszym celem jest ograniczenie rozmiarów szkód powodowanych konsumpcją. W rzeczywistości obydwie koncepcje przenikają się wzajemnie i dlatego, niektóre metody i

podjęte środki będą takie same w przypadku redukcji ryzyka, jak i redukcji szkód, a niektórym będzie przypisywane większe lub mniejsze znaczenie.

Ogólnie rzecz biorąc Europa patrzy na ten problem w sposób pragmatyczny. Jako cel najczęściej wymienia się zacieśnianie współpracy pomiędzy różnymi organizacjami i instytucjami oraz działanie w oparciu o udokumentowane i przeanalizowane wyniki badań i analiz. Coraz większą wagę przywiązuje się do biologii, diagnostyki i zróżnicowania metod. Uznaje się, że narkomania jest zjawiskiem, którego nie da się uniknąć, a redukcja szkód stała się istotnym celem w większości państw europejskich. Redukcja ryzyka jest akceptowana prawie wszędzie na świecie.

Czy jest to „trend, ruch lub zmiana paradygmatu”, jak zostało to sformułowane w Europejskim Badaniu Uzależnień przeprowadzonym przez Fuchsa i Degwiza (1995). Autorzy ci, jak większość innych, wskazują na epidemię HIV jako na czynnik, który doprowadził w połowie lat 80. do uznania prewencji za nadrzędny cel. Nie można już było uzależniać rozpoczęcia leczenia od zachowania abstynencji od narkotyków, ponieważ najważniejsze stało się zapobieganie i leczenie infekcji zagrażającej życiu. W późniejszym okresie w centrum uwagi znalazło się zapobieganie zgonom na skutek przedawkowania oraz innym problemom związanym z używaniem narkotyków. Fuchs i Degwitz uznają, że wszystko to doprowadziło do przeobrażeń w polityce antynarkotykowej, oraz że uznanie potrzeby redukcji szkód jest nie tylko przesunięciem akcentu, ale zmianą sposobu podejścia do problemu. „Społeczeństwo wymaga wyraźnego określenia granicy zmian, żeby móc nauczyć się żyć z tym, czego nie można zmienić.” Fuchs i

**Tabela 1. Modele polityki narkotykowej**

<b>Wojna z narkotykami</b>	Pierwszeństwo ma walka z narkotykami. Sprzedawca narkotyków to wróg. Potrzeby osoby uzależnionej są mniej ważne, niż walka z narkotykami. Celem jest ostateczne zwycięstwo nad wrogiem (czyli narkotykami, sprzedawcami i producentami narkotyków).
<b>Społeczeństwo wolne od narkotyków</b>	Pierwszeństwo ma dobro ogółu. Sprzedawca narkotyków jest zagrożeniem dla słabych i dla całej społeczności. Osoba uzależniona jest ofiarą, ale stanowi problem. Celem jest zbudowanie takiego społeczeństwa, w którym dostęp do narkotyków jest bardzo utrudniony, a one same pozostają przedmiotem zainteresowania jedynie nikomej części społeczeństwa. Słabych powinno się chronić.
<b>Polityka zdrowia publicznego</b>	Pierwszeństwo ma zapobieganie i leczenie. Bardzo często działania prewencyjne postrzegane są jako rozwiązanie pozwalające zaoszczędzić na późniejszych kosztach leczenia i dlatego traktowane jest priorytetowo. Sprzedawca jest postrzegany jako osoba niosąca zagrożenie innym, ale również może być ofiarą. Osoba uzależniona jest chora i powinna być leczona. Celem jest ograniczenie konsumpcji. Restrykcje i ograniczenie dostępu do narkotyków są ważne jako środki redukcji konsumpcji i przez to stają się ważniejsze niż sam problem
<b>Redukcja ryzyka</b>	Może być postrzegana jako jeden z elementów polityki zdrowia publicznego. Redukcja konsumpcji może mieć znaczenie priorytetowe, ale celem jest również redukcja ryzyka związanego z konsumpcją. Sprzedawca narkotyków postrzegany jest jako zagrożenie dla ogółu, ale również jako jednostka wystawiona na ryzyko. Akceptuje się informowanie o mniej ryzykownych sposobach postępowania i propagowanie bezpiecznych procedur. Celem jest zmniejszenie rozmiarów konsumpcji, jak również chorób i szkód, które powoduje
<b>Redukcja szkód</b>	Nadrzędne znaczenie ma redukcja szkód spowodowanych używaniem narkotyków. Konsumpcja narkotyków postrzegana jest jako zjawisko negatywne i przyczyniające się do powstawania problemów, ale niemożliwe do uniknięcia w nowoczesnym społeczeństwie. Zapobieganie konsumpcji jest skazane na niepowodzenie i zbyt rygorystyczne do niego dążenie nieuchronnie prowadzi do powstania szkód. Szkody powinno się minimalizować poprzez dekryminalizację zjawiska i uznanie, że osoba uzależniona ma swoje prawa i potrzeby. Konsumpcja powinna być ograniczana i utrzymywana na jak najniższym poziomie. Celem jest ograniczenie szkód do jak najniższego poziomu.
<b>Legalizacja</b>	Pierwszeństwo ma ograniczenie penalizacji zjawiska i jego karania poprzez uwięzienie. Konsumpcja narkotyków może być postrzegana jako zjawisko, które należy ograniczyć, ale nie jako przestępstwo. Restrykcyjne prawo jest rzeczywistą przyczyną destrukcyjnych zachowań i problemów. Narkotyki powinny być dostępne w sposób legalny, np. sprzedawane przez państwowe firmy, na recepty przez apteki lub przez sieć kontrolowanych, prywatnych, licencjonowanych sklepów.
<b>Liberalizacja i orientacja pro-konsumencka</b>	Pierwszeństwo mają prawa i potrzeby jednostki. Restrykcje postrzegane są jako pogwałcenie praw konsumenta, bez względu na to czy stanowi ono zagrożenie dla innych. Osoby używające narkotyków są konsumentami i dlatego mają prawo domagać się kontroli jakości produktu i informacji na jego temat. Narkotyki powinny być dostępne na takich samych zasadach jak inne dobra konsumpcyjne sprzedawane w sklepach i podlegające takim samym prawom rynku, jak inne produkty.

Degwitz uważają, że rozwiązanie problemu narkomanii nie powinno dłużej pozostawać inherentną częścią koncepcji redukcji szkód. Należy nauczyć się żyć z tym zjawiskiem, uznając, że jest to nieodłączny problem nowoczesnego społeczeństwa.

Argumentować by można, że w przypadku innych problemów, które pojawiają się w życiu społeczeństw, przecież staramy się je rozwiązać z większym lub mniejszym sukcesem. Nie łudzimy się, że zanieczyszczenie powietrza, wypadki samochodowe, dyskryminacja i inne plagi naszego wieku znikną bezpowrotnie pewnego dnia, ale mimo to uważamy, że warto podjąć wysiłek, aby z nimi walczyć.

Wszystko to oznacza, że chociaż wydaje się, iż u podłoża sporu leżą niemożliwe do pogodzenia przekonania, najwięcej kontrowersji wywołuje przede wszystkim „retoryka wojny”, a nie teoretyczne założenia programów i polityki narkotykowej (Waal 1998). Opiatowe terapie substytucyjne, dystrybucja i wymiana igieł, szczepienia, większość projektów medycznych „dalekiego zasięgu” oraz metody przeciwdziałania marginalizacji społecznej narkomanów są akceptowane w większości, jeżeli nie we wszystkich, krajach prowadzących restrykcyjną politykę antynarkotykową. Akceptuje się również programy na rzecz redukcji ryzyka oraz terapie opiatowe w więzieniach i w grupach wysokiego ryzyka, nowatorskie metody edukacji oraz projekty mające na celu dotarcie do grup pozostających na marginesie społeczeństwa. Z drugiej strony, jak dotychczas, w żadnym kraju nie zalegalizowano narkotyków, ani też nie rozwiązano problemów społecznych i nie zredukowano szkód dzięki przyzwoleniu na narkotyki. Kraje, w których priorytetem pozostaje redukcja szkód, np. Holandia, uznały potrzebę przeciwdziałania „niepo-

kojom społecznym” przy użyciu środków przymusu oraz pozwoliły policji na stosowanie metod śledczych uznanych w Norwegii i Szwecji za naruszenie praw obywatelskich.

Programy najbardziej kontrowersyjne to te, które mają na celu „normalizację” używania narkotyków i te, które wydają się postulować akceptację społeczną dla narkotyków i ich dostępności. Przykładem są tutaj programy substytucyjne niskiego progu, a w szczególności te projekty, które wydają się nie łączyć terapii przy użyciu środków substytucyjnych z działaniami na rzecz zmiany zachowania osoby uzależnionej. Bardzo często sprzeciw budzą programy, w ramach których dystrybuuje się heroinę oraz takie, które mogą wzbudzać podejrzenia o przyznawanie osobom uzależnionym niezbywalnego prawa do otrzymywania narkotyków, jakich chcą i kiedy chcą. Kontrowersje wzbudzają także projekty mające zapewnić kontrolę jakości narkotyków w dzielnicach uciek lub na masowych imprezach młodzieżowych.

Według opracowania przygotowanego przez Farrel i innych w 1999 roku problemy dotyczące konsumpcji i uzależnienia, bez względu na rodzaj substancji, są i powinny być przedmiotem największej troski każdego nowoczesnego społeczeństwa. Konsumpcja jest tutaj o wiele ważniejszym problemem niż uzależnienie, przynajmniej w przypadku substancji wystarczająco dokładnie przebadanych, takich jak alkohol, czy nikotyna. Głównymi elementami kształtującymi poziom konsumpcji są podaż i popyt. Redukcja szkód jest trzecim elementem, który może wpłynąć zarówno na poziom podaży, jak i popytu. Dlatego oceniając poszczególne metody i środki należy brać pod uwagę nie tylko zmiany, jakie wywołują na polu redukcji szkód, ale także jaki wywierają wpływ na kształtowanie się popytu i podaży.

## Różne rodzaje interwencji – separacja czy integracja

Jednym z istotnych pytań jest pytanie o to, czy redukcja konsumpcji narkotyków (poprzez działania zniechęcające) oraz redukcja szkód powodowanych używaniem, wzajemnie się wykluczają. MacCound z Rand Corporation (1998) przedstawia schemat integracji tych koncepcji i strategii, tak aby się wzajemnie uzupełniały.

Odpowiedź na powyższe pytanie nie jest kwestią błahą. W wielu krajach systemy leczenia zostały podzielone na programy mające na celu abstynencję od narkotyków oraz programy oferujące leczenie substytucyjne i dążące do redukcji szkód. Może to prowadzić do nieporozumień i wrogości, co z kolei może stanowić przeszkodę dla twórców i realizatorów tych programów w korzystaniu z wzajemnych doświadczeń i uniemożliwić wymianę informacji. Na szczęście w coraz większej liczbie krajów dostrzegamy wzrost wzajemnej akceptacji w tym zakresie, ale nieufność trudniej przezwyciężyć w przypadku, gdy twórcy jednego z wyżej wymienionych programów czują się zagrożeni brakiem funduszy na jego realizację.

Institucje zamknięte, takie jak więzienia, mogą okazywać sceptycyzm i niechęć w stosunku do programów redukcji ryzyka. Może się tak dziać z dwóch powodów. Zadania, których realizacji służyć ma zakład karny i cele programu na rzecz redukcji ryzyka mogą być postrzegane jako sprzeczne, ale negatywny wpływ na efektywność tych programów może wywierać także postawa pracowników służby więziennej. Tutaj także najważniejsze cele obydwu programów powinny zostać zachowane; okazuje się, że można to osiągnąć, i że korzyści są obustronne.

Kolejnym drażliwym tematem jest prewencja i edukacja. Programy edukacyjne i

kampanie informacyjne bardzo często mają na celu kształtowanie negatywnej postawy wobec narkotyków, a często wobec osób uzależnionych. Pojawia się pytanie: czy informacja na temat bezpiecznego używania narkotyków może zmniejszyć opór wobec narkotyków i przyczynić się do wzrostu konsumpcji? Brak wystarczających badań dotyczących tego problemu, ale dość powszechnie uważa się, że można połączyć informację o sposobach redukcji ryzyka z przekazem zniechęcającym do konsumpcji. Ogólnie rzecz biorąc, kampanie informacyjne wydają się mieć niewielki wpływ, i że należy udoskonalić zarówno ich ewaluację, jak i metodologię (White & Pitt, 1998). Niektórzy oceniają, że konkretna informacja poparta doświadczeniem lepiej dotrze do odbiorcy. Jednakże oczywiste wydaje się przekonanie, że przekaz nie powinien zachęcać nikogo do eksperymentowania z narkotykami, zapewniając o ich bezpieczeństwie.

## IV. PRAKTYCZNE PROBLEMY POJAWIAJĄCE SIĘ PODCZAS REALIZACJI PROGRAMÓW

Redukcja ryzyka, a w jeszcze większym stopniu redukcja szkód, są częścią bardzo wielu programów i projektów zajmujących się różnymi problemami, dlatego też praktyczne problemy pojawiające się przy ich wdrażaniu nie są jednakowe. Omówimy tutaj jedynie kilka najczęściej spotykanych.

### NIMBY – Nie w moim ogródku

Realizatorzy kilku programów mieli duże kłopoty z protestującymi sąsiadami, szczególnie w okresie przygotowawczym. Jest to zjawisko charakterystyczne nie tylko dla programów redukcji szkód czy ryzyka, ale także dla progra-

mów leczenia chorób umysłowych oraz wszystkich programów mających na celu abstynencję. Bardzo często kłopoty z lokalizacją miały miejsce w przypadku programów substytucyjnej terapii opiatowej i dystrybucji igieł i strzykawek. Czasem jedynym miejscem, gdzie ich zlokalizowanie było możliwe, okazywały się ubogie i niebezpieczne dzielnice, gdzie protestujących było bardzo niewielu. Osoby tworzące takie programy powinny mieć przygotowane strategie przeciwdziałania takim sytuacjom, a czasem nawet powinny zdecydować się na wykorzystanie pojazdów, dzięki czemu możliwe stanie się uniknięcie konfrontacji z osobami z sąsiedztwa.

### **Negatywny wpływ środowiska**

Osoby podejmujące terapię substytucyjną, podczas której przyjmują metadon za pośrednictwem wyznaczonych do tego placówek, bardzo często zbierają się i przesiadują w ich sąsiedztwie. Powoduje to prawdziwe lub tylko wyimaginowane problemy społeczne, w tym wzrost przestępczości i handel narkotykami. Zazwyczaj problemy te udaje się zmniejszyć dzięki np. konstruktywnej współpracy z klientami oraz kierowaniu klientów do różnych placówek.

Problemy tego typu pojawiają się także w sąsiedztwie placówek, w których znajdują się pomieszczenia przeznaczone do wykonywania zastrzyków, ośrodki realizujące programy „dalekiego zasięgu” itp.

Odnotowuje się akty wandalizmu w przypadku automatów do igieł i strzykawek, ale można im zapobiegać ustawiając te maszyny w uczęszczanych miejscach.

### **„Wyciekanie” opiatów**

Jest to poważny problem, szczególnie dla lecznictwa substytucyjnego. Narkotyki są nie

tylko lekiem, ale również towarem. Niektórzy uczestnicy terapii odsprzedają część dawki, którą otrzymują. Aby przeciwdziałać temu zjawisku nadzoruje się przyjmowanie substancji substytucyjnej, ale i tak nie udaje się w pełni zapobiec „wyciekom” opiatów poza placówki terapeutyczne i ich sprzedaży bądź wymianie na heroinę lub kokainę. Jeżeli położy się zbyt duży nacisk na kontrolę może to doprowadzić do wycofania się klientów z programu i zaprzepaszczenie szansy na rehabilitację. Można by powiedzieć, że problem „wyciekania opiatów” nie jest tak poważny, jak się mówi, ponieważ metadon i buprenorfina nie są tak niebezpiecznymi substancjami, jak heroina i przyczyniają się do redukcji szkód. Zdania na ten temat są jednak podzielone.

### **Negatywny stosunek władz lokalnych i kłopoty w znalezieniu pozytywnie nastawionego personelu**

Powodzenie programów bardzo często zależy od współpracy lokalnych władz, organizacji i instytucji. Czasami jednak programy redukcji szkód są sabotowane, np. utrudnia się osobom uzależnionym złożenie wymaganych aplikacji itp. Problemy te powinno się rozwiązywać już na etapie planowania, wypracowując porozumienie i zabezpieczając interesy wszystkich stron.

Czasem kłopoty pojawiają się, gdy realizatorzy programu zaczynają szukać personelu do jego obsługi. Brak chętnych powodowany jest zarówno niskimi płacami, jak i obawą przed stygmatyzacją społeczną. Powinno się temu przeciwdziałać budując pozytywny wizerunek osoby zaangażowanej w program oraz podnosić atrakcyjność takiej pracy poprzez wzrost płac lub innych korzyści.

## **Przepisy prawne oraz oficjalne i nieoficjalne praktyki.**

W niektórych krajach istniejące przepisy prawne dotyczące poszczególnych opiatów utrudniają realizację programów na rzecz leczenia substytucyjnego. W Norwegii obawiano się, że używanie metadonu może podważyć pryncypia polityki antynarkotykowej i dlatego stworzono bardzo surowe przepisy dotyczące jego dystrybucji. We Francji prawo do przepisywania metadonu przyznano ograniczonej liczbie klinik. Takie rozwiązania utrudniają klientom dostęp do środków substytucyjnych. W innych krajach upowszechnieniu programom substytucyjnym sprzeciwiają się pracownicy służby zdrowia oraz innych placówek, obawiając się, że osoby uzależnione mogą przeszkadzać innym pacjentom, co może niekorzystnie odbić się na prowadzonej przez nie praktyce i zmniejszyć ich dochody.

W przypadku programów dystrybucji igieł lub *injection rooms* pojawiają się obawy innego typu. Obecnie debatuje się nad tym czy istnienie pomieszczeń, w których dopuszcza się wstrzykiwanie sobie narkotyków przez osoby uzależnione od heroiny nie jest sprzeczne z postanowieniami konwencji międzynarodowych.

## **Problemy finansowe**

Realizatorzy programów na rzecz redukcji ryzyka bardzo często borykają się z problema-

mi finansowymi. Działania podejmowane w ramach tych programów obejmują zarówno profilaktykę zdrowotną, jak i redukcję szkód społecznych, ale przeważnie wydatków związanych z nimi nie pokrywa ubezpieczenie. Osoby uzależnione zwykle nie dysponują znacznymi środkami finansowymi, a społeczeństwo jest przeciwne wydawaniu publicznych pieniędzy na leczenie osób uzależnionych w przypadku, gdy można by je spożytkować o wiele „lepiej”. Bardzo często redukcja ryzyka jest spychana na margines przez nieprzychylnie jej przepisy. Czasem społeczeństwo i populistyczni politycy domagają się zdecydowanych działań policji i kar więzienia w stosunku do osób używających narkotyków, nie biorąc pod uwagę, że już dawno dowiedziono ich braku skuteczności w rozwiązywaniu problemu narkomanii. Trzeba też dodać, że czasem spotykamy się z opiniami, że zrezygnowanie z takich środków rozwiązałoby problem.

Wszystko to sprawia, że bardzo często programy redukcji ryzyka realizowane są jedynie w wyniku inicjatywy społecznej, i że ich realizatorzy borykają się z problemami finansowymi. Każde państwo powinno stworzyć takie przepisy, które umożliwią realizację programów redukcji ryzyka w oparciu o fundusze przysługujące służbie zdrowia i opiece społecznej.

*prof. Helge Waal*  
*Uniwersytet w Oslo*

## PODSTAWY PRAWNE I MECHANIZMY KONTROLI W ODNIESIENIU DO STRATEGII REDUKCJI RYZYKA\*

### STRESZCZENIE

Poniższy raport analizuje istniejące przepisy prawne oraz mechanizmy kontroli w odniesieniu do strategii redukcji ryzyka, a w szczególności: wymiany i dystrybucji igieł i strzykawek, wydawania heroiny na recepty, metadonowych terapii substytucyjnych, prowadzenia w dyskotekach punktów analizy składu narkotyków oraz kwestii związanych z narkotykami w więzieniach. Celem niniejszego opracowania nie jest przedstawienie listy państw, które wdrożyły takie strategie lub zamierzają to zrobić w najbliższej przyszłości. Ten raport jest wyłącznie studium dotyczącym zgodności przepisów prawnych polityki redukcji ryzyka z postanowieniami i przepisami Konwencji Narodów Zjednoczonych. Intencją autorów nie jest formułowanie zaleceń, ani udzielanie rad władzom jakiegokolwiek państwa.

Po uważnej analizie tekstu trzech Konwencji Narodów Zjednoczonych staje się jasne, że strategii redukcji ryzyka bardzo często kolidują z ich postanowieniami oraz, że są one wynikiem zupełnie innego spojrzenia na sprawę. Nadrzędnym celem Konwencji ONZ jest ochrona i bezpieczeństwo zdrowia publicznego. Jeżeli chodzi o strategii redukcji ryzyka, należy zadać pytanie o to, w jakim stopniu przyczyniają się one do poprawy stanu zdrowia. Odpowiedź będzie różna w przypadku różnych rodzajów strategii.

Chociaż teoretycznie wymiana i dystrybucja igieł i strzykawek jest niezgodna z przepi-

sami prawa międzynarodowego, istnieje możliwość wdrażania rządowych programów tego typu jako elementu strategii na rzecz zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusów przenoszonych przez krew, takich jak wirus nabytego zespołu braku odporności (HIV) oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. Programy te są dozwolone z punktu widzenia zdrowia publicznego, ale mimo wszystko należy ich realizację obwarować pewnymi warunkami, umożliwiającymi zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowia publicznego.

Ponieważ używanie narkotyków i substancji psychotropowych jest dozwolone jedynie „z przyczyn medycznych oraz naukowych”, a definicja ta nie jest w żaden sposób sprecyzowana, trzy Konwencje Narodów Zjednoczonych umożliwiają stosowanie narkotyków, w tym heroiny, z powodów socjo-medycznych. I chociaż Międzynarodowa Rada Kontroli Środków Odurzających (INCB) nie jest zwolennikiem wydawania recept na heroinę, z prawnego punktu widzenia nie może zakazać tego proceduru. Mimo wszystko, wydawanie recept na heroinę w ramach strategii redukcji ryzyka musi jednocześnie podlegać kontroli, dzięki której spełniony zostanie wymóg „przyczyn medycznych i naukowych”. W związku z tym stosowanie terapii substytucyjnej przy użyciu heroiny obwarowane jest konkretnymi warunkami, do których należą: uzależnienie osoby leczonej od narkotyków, nieprowadzenie innych terapii oraz jasne kryteria ad-

\* Wyłącznie odpowiedzialność za treść poniższego opracowania ponosi jego autor. Celem napisania artykułu była zachęta do podjęcia dyskusji i w żaden sposób nie reprezentuje on wspólnego stanowiska Grupy Pompidou.

ministracji i kontroli tej substancji, jak również inne środki, uniemożliwiające „wyciekanie” przepisywanej heroiny na czarny rynek.

Tak samo jak w przypadku heroiny, terapia metadonowa jest dozwolona jedynie „z przyczyn medycznych i naukowych.” W związku z tym stosowanie metadonu wymaga specjalnych środków ostrożności w zakresie jego przepisywania i dystrybucji, podobnie jak w przypadku heroiny. Inaczej niż w przypadku heroiny, INCB zachęca do kontrolowanego administracyjnie wydawania recept na metadon, połączonego z monitoringiem tego rodzaju polityki.

Prawo międzynarodowe nie określa jasno i wyraźnie czy dopuszczalne jest istnienie pomieszczeń iniekcyjnych (*injection rooms*), czyli specjalnych pomieszczeń, w których osoby uzależnione od narkotyków mogą je sobie wstrzykiwać pod nadzorem przeszkolonego personelu. Z jednej strony istnienie tego typu pomieszczeń pozostaje w sprzeczności z niektórymi postanowieniami konwencji międzynarodowych dotyczących używania i posiadania narkotyków, ale z drugiej strony prawo międzynarodowe nie przewiduje kary więzienia za posiadanie narkotyków na własny użytek, a jedynie domaga się przeciwdziałania temu zjawisku. Co więcej, kraje, w których prawo umożliwia odstępianie od wymierzenia kary mogą dopuszczać w swoim prawodawstwie posiadanie narkotyków na własny użytek, ale należy tu podkreślić, że nie mają prawa stosować tej zasady, jeżeli zamierzają postępować niezgodnie z przepisami prawa międzynarodowego. A ponieważ pomieszczenia iniekcyjne są ekstremalną formą strategii redukcji ryzyka, mogą się tutaj pojawić wątpliwości co do tego czy ich istnienie jest zgodne z przepisami konwencji międzynarodowych. Z drugiej strony Europejski Plan Działania na rzecz Walki z Narkotykami powołuje się na Artykuł 152

Porozumienia z Amsterdamu (1997), aby zwrócić uwagę na to, że oprócz tradycyjnej współpracy na rzecz prewencji kraje członkowskie powinny podjąć wspólne działania w zakresie redukcji szkód zdrowotnych wynikających z używania narkotyków. W rezultacie strategię redukcji ryzyka, dopuszczającą istnienie „injection rooms” są w coraz większym stopniu akceptowane. Ale raz jeszcze należy podkreślić, że dopiero konkretne przepisy określą czy tego rodzaju metody mogą być stosowane w ramach strategii redukcji ryzyka.

Zezwolenie na przeprowadzanie analizy składu narkotyków w dyskotekach lub podczas imprez masowych (*on-the-spot drug testing*) może wydawać się pogwałceniem przepisów konwencji międzynarodowych, ponieważ oznacza zgodę na używanie nielegalnych substancji i może być postrzegane jako publiczne namawianie lub nakłanianie do tego procederu. Z drugiej strony, ze względu na brak jasnych definicji określenia „przyczyny medyczne i naukowe”, można argumentować, że analiza składu narkotyków mieści się w jego granicach. Można potraktować ten proceder jako naukowo uzasadnione badanie składu tabletek, w celu dokładnego określenia ich składu, pozwalające ostrzec potencjalnych użytkowników o negatywnych skutkach ich użycia. Nie istnieją jednak żadne przepisy prawne dotyczące tej kontrowersyjnej praktyki, chociaż istnieją duże wątpliwości co do zasadności jej stosowania.

W świetle prawa międzynarodowego oraz w opinii organizacji międzynarodowych państwo jest odpowiedzialne za zdrowie wszystkich swoich obywateli, także tych przebywających w więzieniach. Terapia metadonowa oraz heroinowa, a także wymiana i dystrybucja sterylnych igieł i strzykawek mogą być z powodzeniem stosowane w zakładach penitencjar-

nych, ale i w tym przypadku konieczne są odpowiednie przepisy, podobnie jak w przypadku programów redukcji ryzyka, w których uczestniczą osoby pozostające na wolności.

## **RAPORT DOTYCZĄCY PRZEPISÓW PRAWNYCH I MECHANIZMÓW KONTROLI W ZAKRESIE REDUKCJI RYZYKA**

### **Wprowadzenie**

Opis każdego rodzaju strategii został podzielony na pięć części. Część pierwsza zawiera krótki opis; część druga zawiera pytania pojawiające się w związku z daną strategią oraz związane z nią problemy; w części trzeciej przedstawiono możliwe w świetle przepisów trzech Konwencji Narodów Zjednoczonych zakres stosowania każdej opcji. Omawiane konwencje to podpisana w 1961 roku Konwencja o Środkach Odurzających wraz z Protokołem z 1972 roku z Poprawkami do Konwencji z 1961 roku; Konwencja o Substancjach Psychotropowych z 1971 roku oraz Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych przeciwko Nielegalnemu Handlowi Substancjami Odurzającymi i Psychotropowymi z 1988 roku. W tej części przytaczana jest także opinia Międzynarodowej Rady Kontroli Środków Odurzających (zwanej dalej INCB) dotycząca wdrażania omawianych strategii, ponieważ to INCB ma kontrolować sposób wdrażania postanowień konwencji przez państwa sygnatariuszy. Informacje te pochodzą z najnowszego raportu INCB oraz z oświadczenia wydanego przez Sekretariat INCB w dniu 14-go lipca 2000 roku, dotyczącego różnych strategii redukcji ryzyka omówionych w tym raporcie. Część czwarta zawiera opis istniejących przepisów prawnych dotyczących

„właściwych praktyk medycznych” prowadzonych w ramach poszczególnych programów. W tej części raport podaje także przykłady krajów, w których wprowadzono (pseudo-) regulacje umożliwiające wdrożenie tych strategii na poziomie krajowym. Opisano tylko niektóre kraje, ponieważ poniższy raport, jak to już wcześniej wyjaśniono, nie ma na celu przeglądu prawodawstwa krajowego ani opisu wszystkich stosowanych praktyk. W ostatniej części znajduje się krótkie podsumowanie i konkluzje dotyczące każdej strategii.

### **Wymiana i dystrybucja igieł i strzykawek**

#### **Opis**

W większości krajów rozwiniętych i w wielu krajach rozwijających się powszechnie stosuje się kilka metod zwiększania dostępności sterylnych igieł i strzykawek. Najczęściej prowadzi się dystrybucję poprzez apteki oraz w ramach programów wymiany igieł i strzykawek, polegających na wymianie zużytego sprzętu. Celem tych programów, opartych o zasadę „jeden za jeden” jest wycofanie z obiegu zużytego sprzętu, co jest szczególnie istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Dystrybucja i wymiana igieł i strzykawek może odbywać się w stałych placówkach lub przy wykorzystaniu pojazdów, jak ma to miejsce we Włoszech i w Holandii. W niektórych krajach, np. w Norwegii i Holandii, instaluje się automaty, w których można zakupić sterylne igły i strzykawki lub wymienić używane.

#### **Pytania i problemy**

Pojawia się pytanie czy władze państwowe mają prawo w świetle postanowień Konwencji Narodów Zjednoczonych, do wymieniania uży-

wanego sprzętu oraz dystrybucji sterylnych igieł i strzykawek, i czy osoby uzależnione mają prawo posiadać sprzęt służący do wstrzykiwania narkotyków, a także czy władze podjęły odpowiednie działania na rzecz rozwiązania problemu zużytych igieł i strzykawek. W przeciwnym razie trudno udowodnić, że wymiana i dystrybucja sterylnego sprzętu przyczynia się do redukcji ryzyka związanego z używaniem narkotyków.

### **Zgodność z przepisami traktatów międzynarodowych**

Teoretycznie programy, w ramach których dystrybuuje się sterylne igły i strzykawki oraz wymienia zużyte na nowe, stanowią pogwałcenie przepisów prawa międzynarodowego, ponieważ umożliwiają one, a nawet pomagają i przyczyniają się do konsumpcji narkotyków. Wydaje się oczywiste, że jest to niezgodne z postanowieniami Konwencji Narodów Zjednoczonych, które powstały w celu zapobiegania konsumpcji narkotyków. Programy te pozostają w sprzeczności z Artykułem 38 Konwencji z 1961 roku, który mówi, że „strony powinny dokładać wszelkich starań i przedsięwziąć wszelkie środki dla zapobiegania konsumpcji narkotyków”. Jednocześnie działania podejmowane w ramach tych programów mogą zostać potraktowane jako przestępstwo w świetle Artykułu 3, paragraf 1, ppkt c (iii) Konwencji z 1988 roku, jako „publiczne namawianie lub nakłanianie innych [...] do nielegalnej konsumpcji narkotyków lub substancji psychotropowych”.

Z drugiej strony, obok dążenia do zapobiegania i zwalczania konsumpcji i uzależnienia, konwencje dotyczące międzynarodowej kontroli narkotyków wyrażają w swoich preambułach troskę o zdrowie publiczne i dobro ludzkości.

Oznacza to, że władze państwowe mogą postępować niezgodnie z powyższymi artykułami w oparciu o zapis zawarty w preambule. Dlatego też, władze mogą wdrażać programy dystrybucji i wymiany igieł i strzykawek w celu zapobieżenia rozprzestrzenianiu się wirusów przenoszonych przez krew, takich jak wirus nabytego zespołu braku odporności (HIV) oraz wirus zapalenia wątroby typu B i/lub C. Dlatego też organizacje międzynarodowe, w tym Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS, popierają programy wymiany i dystrybucji igieł i strzykawek w krajach rozwiniętych i rozwijających się. INCB również nigdy nie wypowiadała się przeciw tej strategii redukcji ryzyka, stojąc na stanowisku, że rozprzestrzenianie się HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki, a następnie wśród pozostałych członków społeczeństwa stanowi wielkie zagrożenie dla zdrowia publicznego. Można temu zapobiec dystrybuując nowy i wymieniając zużyty sprzęt.

Artykuł 37 Konwencji z 1961 roku mówi, że „każdy narkotyk, substancja lub sprzęt wykorzystywany lub mogący służyć popełnieniu przestępstw opisanych w Artykule 36 podlega zajęciu i konfiskacie.” Artykuł 36 wymienia następujące rodzaje przestępstw: „uprawa, produkcja, wytwarzanie, ekstrakcja, przygotowywanie, posiadanie, oferowanie kupna, dystrybucja, kupno, sprzedaż, dostarczanie, pośredniczenie, wysyłanie, transport, import i eksport narkotyków”. Oznacza to, że strony, które podpisały Konwencję z 1961 roku nie są zobowiązane do zajmowania i konfiskaty sprzętu wykorzystywanego do konsumpcji narkotyków, ponieważ w świetle Artykułu 36 konsumpcja nie jest przestępstwem. Konwencja zabrania

posiadania narkotyków, ale nie zabrania posiadania sprzętu do ich konsumpcji. Mówiąc innymi słowami, prawo międzynarodowe nie zabrania udostępniania sterylnych igieł i strzykawek osobom uzależnionym.

### **Przykładowe rozwiązania legislacyjne**

W praktyce wiele państw utrudnia swoim obywatelom dostęp do sterylnych igieł i strzykawek. Prawodawstwo belgijskie utrudniało dostęp do tego sprzętu, ponieważ igły i strzykawki zostały w nim określone jako medykamenty (produkty sterylne) i jako takie podlegały kontroli jakości. Dlatego też prawo do dystrybucji uzyskały tylko apteki lub – pod pewnymi warunkami - lekarze ogólni.

W 1998 roku sytuacja uległa zmianie, gdy przyjęto ustawę, określającą ramy prawne dla programów wymiany igieł i strzykawek. Ustawa ta określa warunki sprzedaży, handlu detalicznego oraz dostarczania, nawet bezpłatnego, sterylnego sprzętu, środków dezynfekujących oraz sterylnych środków opatrunkowych przez osoby do tego uprawnione. Na mocy Artykułu 2 nieodpłatna jest jedynie wymiana zużytego sprzętu. Ma to na celu wycofanie z obiegu jak największej ilości zużytych igieł i strzykawek oraz uniknięcie sytuacji, w której winą za jakikolwiek wypadek związany z nimi będzie się obarczać programy wymiany igieł i strzykawek. Osoby uzależnione mogą zdecydować się na kupno potrzebnego im sprzętu i w takim przypadku przepisy prawne regulują jedynie sposób jego dystrybucji. W rezultacie nie ma możliwości zabezpieczenia zużytego sprzętu w przypadku, gdy osoba kupująca nowe igły i strzykawki nie jest zobligowana do jego oddania.

Artykuł 3 powyższej ustawy nakazuje załączanie pisemnej informacji o właściwym

sposobie używania zakupionego lub otrzymanego bezpłatnie sprzętu lub o przysługującej tym osobom pomocy socjalnej, psychologicznej, medycznej oraz prawnej. Mówiąc innymi słowami, programy wymiany i dystrybucji igieł i strzykawek w Belgii służą nie tylko zaopatrywaniu potrzebujących w sterylne sprzęt, ale także mają za zadanie propagowanie informacji, pozwalających zmniejszyć ryzyko związane z dożylnym przyjmowaniem narkotyków. W Artykule 4 określono, komu przysługuje prawo dystrybucji igieł i strzykawek. Do tych osób należą aptekarze, lekarze ogólni, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy socjalni i inni. Wszyscy poza aptekarzami i lekarzami ogólnymi muszą być współpracownikami specjalistycznych ośrodków. Dystrybucja igieł i strzykawek jest w ten sposób kontrolowana i regulowana, co oznacza, że nie każdy może to robić. Dodatkowo ustawa zawiera przepisy dotyczące jakości dystrybuowanego sprzętu oraz określające warunki przechowywania zużytych igieł i strzykawek. Środki te mają na celu zapewnienie ochrony osobom zatrudnionym przy realizacji takich programów. Przykładowo: zużyty sprzęt (prawdopodobnie zanieczyszczony) powinien być jak najszybciej niszczone. Artykuł 6 nakłada na osoby odpowiedzialne za dystrybucję obowiązek prowadzenia rejestrów wydawanych i sprzedawanych igieł i strzykawek. Nie wymaga się prowadzenia rejestru osób uzależnionych mając na względzie ich prawo do zachowania anonimowości.

Opisana wyżej ustawa nie zdołała doprowadzić do rozwiązania wszystkich wcześniej istniejących problemów związanych z dystrybucją igieł i strzykawek, a to ze względu na brak wystarczających funduszy. W Holandii natomiast nie istnieją żadne zakazy prawne ani

utrudnienia dotyczące sprzedaży, dystrybucji lub posiadania sprzętu do wykonywania zastrzyków. Igły i strzykawki są dostępne w aptekach i specjalnych sklepach. Posiadanie takiego sprzętu przez osoby uzależnione nigdy nie było tam zakazane.

### Podsumowanie

Chociaż teoretycznie wymiana i dystrybucja igieł i strzykawek jest pogwałceniem przepisów prawa międzynarodowego, władze państwowe mają możliwość realizacji programów wymiany i dystrybucji tego sprzętu w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusów przenoszonych przez krew, takich jak wirus nabytego zespołu braku odporności (HIV) oraz wirus zapalenia wątroby typu B i/lub C. Wdrażanie takich programów jest więc dozwolone z punktu widzenia troski o zdrowie publiczne. Mimo wszystko konieczne są pewne warunki i przepisy, które w większości przypadków mają na celu ochronę zdrowia publicznego.

## Heroina na recepty

### Opis

Przepisywanie recept na heroinę jest kontrolowaną dystrybucją tej substancji (do wstrzykiwania i inhalacji) przeznaczoną dla osób uzależnionych od heroiny lub kilku narkotyków równocześnie, w przypadku których inne metody terapii, np. terapia metadonowa, zakończyły się niepowodzeniem. Przepisywanie heroiny jest elementem całościowego programu obejmującego również opiekę zdrowotną, terapię i pomoc socjalną. W związku z tym „heroinowa terapia substytucyjna” jest lepszym określeniem tej strategii redukcji ryzyka, stosowanej w bardzo niewielu krajach i

traktowanej na razie jako eksperyment naukowy. Najlepszymi przykładami są tutaj Szwajcaria i Holandia.

### Pytania i problemy

W związku ze stosowaniem heroinowej terapii substytucyjnej pojawia się pytanie, czy w świetle przepisów prawa międzynarodowego władze państwowe mają prawo godzić się na przepisywanie heroiny osobom uzależnionym, oraz czy może być to dozwolone nie tylko jako eksperyment medyczno-naukowy. Pojawia się również pytanie, czy osoby uzależnione mają prawo do posiadania heroiny w przypadku tzw. „dawek na wynos” oraz jakie należy przedsięwziąć środki ostrożności w przypadku osób uzależnionych od heroiny oraz od kilku narkotyków jednocześnie.

### Zgodność z przepisami traktatów międzynarodowych

Kilka artykułów Konwencji z 1961 i 1971 roku obliguje władze państwowe do ograniczania konsumpcji i posiadania narkotyków (jak również innych zjawisk związanych z narkotykami) wyłącznie do celów medycznych i naukowych. Według Artykułu 4, ppktu 1 (c) Konwencji z 1961 roku w związku z ppkt. 1 (a) tego samego artykułu, bezpłatne i nieograniczone udostępnianie narkotyków komukolwiek z powodów pozamedycznych jest zabronione. Inaczej mówiąc, Konwencja dopuszcza używanie narkotyków i substancji psychotropowych jedynie „z przyczyn medycznych i naukowych” (w ramach eksperymentu medyczno-naukowego).

Ale ponieważ żadna z międzynarodowych konwencji dotyczących kontroli narkotyków nie zawiera definicji określenia „przyczyny medyczne i naukowe”, ani też osobnych definicji pojęć „medyczne” i „naukowe”, musimy odwołać się

do Konwencji Wiedeńskiej o Prawie Traktatowym. Konwencja ta kodyfikuje zwyczajowe prawo międzynarodowe z różnych dziedzin, w tym z dziedziny interpretacji. W Artykule 31 czytamy, że „przepisy traktatowe należy interpretować w zgodzie z potocznym znaczeniem terminów użytych w traktacie zgodnie z kontekstem, w którym zostały użyte i w świetle celów, jakim miało służyć powstanie dokumentu.” Jednakże ani potoczne znaczenie określenia „przyczyny medyczne i naukowe”, ani kontekst, ani znaczenie tego terminu w świetle celów, jakim miało służyć podpisanie trzech omawianych Konwencji Narodów Zjednoczonych nie pozwala jednoznacznie zdefiniować tego pojęcia. Konwencje nie określają granic jego używania i dlatego też nie nakładają na jej sygnatariuszy ograniczeń w zakresie tworzenia przepisów w tej dziedzinie.

Pomimo tego, że według Artykułu 31 Konwencji Wiedeńskiej, interpretując postanowienia konwencji o kontroli narkotyków należy wziąć pod uwagę związane z nimi porozumienia i dokumenty oraz wynikające z nich rozwiązania praktyczne, nadal nie jesteśmy w stanie precyzyjnie zdefiniować pojęcia „przyczyny medyczne i naukowe”. Brak bowiem jakiegokolwiek porozumienia lub dokumentu związanego z tymi konwencjami, w którym znalazłoby się jakieś odniesienie do używania narkotyków lub substancji psychotropowych z przyczyn medycznych i naukowych. Co więcej, ponieważ działania podejmowane przez poszczególne państwa z przyczyn medycznych i naukowych są bardzo różne, a często nawet sprzeczne, interpretacja pozostaje wewnętrzną sprawą poszczególnych państw.

Konwencje Narodów Zjednoczonych nie precyzują, jakiego rodzaju warunki muszą zostać spełnione w przypadku przyczyn medycznych i naukowych, ani też jakie substancje

mogą być w takim przypadku wykorzystane. W każdym przypadku pozostawiają one furtkę pozwalającą na socjalno-medyczną podaż narkotyków, w tym heroiny. Oznacza to, że władze różnych krajów wyciągają różne wnioski co tego, czym są „dopuszczalne prawnie przyczyny medyczne i naukowe.” Dlatego określenie to może być interpretowane bardzo różnie, np. jako udostępnianie narkotyków (wszystkich rodzajów) osobom uzależnionym lub jako przepisywanie narkotyków osobom uzależnionym, aby zapobiec pojawianiu się symptomów zespołu odstawiennego i/lub aby umożliwić osobom uzależnionym w miarę normalne życie. Przykładem tej interpretacji jest przepisywanie heroiny na receptę, chociaż jest ono dozwolone jedynie w bardzo niewielu krajach.

Pomimo tego, że przepisywanie heroiny osobom uzależnionym od opiatów jest prawnie dopuszczalne, INCB nie zachęca do stosowania tej praktyki, ponieważ badania przeprowadzone w Szwajcarii nie dały jednoznacznych odpowiedzi na pojawiające się pytania oraz ze względu na „bardzo ograniczone właściwości lecznicze” heroiny. W końcu heroina jest wymieniona w Wykazie IV (EMCDDA „Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level, sierpień 2000, str. 2), w którym wyliczono najbardziej niebezpieczne narkotyki o wysokiej szkodliwości oraz o bardzo niewielkich właściwościach leczniczych i terapeutycznych. Pomimo tego INCB nie może zakazać takich eksperymentów medycznych z użyciem heroiny, ponieważ jej zadaniem jest „zagwarantowanie ich dostępności [narkotyków] dla takich celów”, jak czytamy w Artykule 9, paragraf 4 Konwencji z 1961 roku. INCB ma za zadanie zapobiegać nielegalnemu handlowi i nielegalnej konsumpcji narkotyków, a nie prawnie dopuszczalnemu stosowaniu nar-

kotyków z przyczyn medycznych. Utrudnianie wykorzystywania narkotyków z przyczyn medycznych byłoby sprzeczne z intencjami twórców Konwencji z 1961 roku.

### **Przykładowe rozwiązania legislacyjne**

W 1992 roku Rada Federacji Szwajcarskiej autoryzowała trzyletni program badawczy dotyczący przepisywania osobom uzależnionym narkotyków z przyczyn medycznych pod nazwą PROjekt zur VEranschreibung von Betaubungsmitteln (PROVE). Podstawę prawną tego programu stanowi Dekret Rady Federacji dotyczący ewaluacji projektów mających na celu zapobieganie narkomanii oraz poprawę warunków życia osób uzależnionych. Dotyczył on badań naukowych i ich zgodności z Federacyjnym Prawem o Narkotykach. Po kilku adaptacjach i wielu latach doświadczeń Rada Federacji Szwajcarskiej przyjęła ten rodzaj leczenia dla osób uzależnionych w swojej tzw. „polityce czterech filarów”, w oparciu o przepis federalny z 9-go października 1998 roku oraz Dekret o przepisywaniu heroiny z przyczyn medycznych z 8-go marca 1999 roku.

Dekret z 1999 roku określa warunki, jakie muszą być spełnione, aby można przepisać heroinę. Artykuł 4, w nawiązaniu do Artykułu 6, określa kryteria, jakie muszą spełnić osoby uzależnione pragnące uczestniczyć w takim programie. Osoby dopuszczone do heroinowej terapii substytucyjnej muszą wykazać się relatywnie długą historią uzależnienia, prawnie zdefiniowaną jako uzależnienie trwające minimum dwa lata. Dopuszcza się jedynie te osoby, w przypadku których co najmniej dwie innego rodzaju terapie nie przyniosły żadnych rezultatów. Co więcej, heroinę przepisuje się jedynie takim osobom,

u których stwierdzono zaburzenia somatyczne lub psychiczne, lub takim, którym brak dawki narkotyku uniemożliwia normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Oznacza to, że heroiny nie przepisuje się każdej osobie uzależnionej, a jedynie takiej, która cierpi z powodu poważnych schorzeń. Dekret ustanawia także kryteria kontroli i administracji, np. aby zostać objętym substytucyjną terapią heroinową, trzeba mieć ukończone 18 lat, oraz wyrazić zgodę na terapię po uzyskaniu informacji o przebiegu leczenia, przysługujących leczonemu prawach oraz jego obowiązkach i konsekwencjach grożących osobom, które się z nich nie wywiązują, a także oddać do depozytu swoje prawo jazdy.

Dekret określa także metody zapobiegania „wyciekaniu” heroiny na czarny rynek, np. heroina jest podawana w przeznaczonych do tego instytucjach pod nadzorem personelu medycznego. Tak zwane „dawki na wynos” są ograniczone i muszą zostać autoryzowane przez Federalne Biuro Zdrowia Publicznego. Dekret stawia również wysokie wymagania personelowi medycznemu oraz dokładnie precyzuje warunki przechowywania narkotyków.

### **Podsumowanie**

Ponieważ używanie narkotyków i substancji psychotropowych dopuszczalne jest jedynie „z przyczyn medycznych i naukowych”, a określenie to nie zostało jasno sprecyzowane, trzy Konwencje Narodów Zjednoczonych zostawiają furtkę dla podaży narkotyków, w tym heroiny z przyczyn socjo-medycznych. I chociaż INCB nie jest zwolennikiem przepisywania heroiny, nie może tego zabronić z prawnego punktu widzenia. Mimo tego, wypisywanie recept na heroinę, jako strategia redukcji ryzyka, musi podlegać przepisom, dzięki któ-

rym nie wykroczy poza „przyczyny medyczne i naukowe”. W związku z tym substytucyjna terapia heroinowa może być stosowana jedynie w przypadku osób uzależnionych, którym nie udało się pomóc w żaden inny sposób. Jednocześnie należy wprowadzić odpowiednie mechanizmy kontroli i administracji oraz przedsięwziąć środki zapobiegawcze, aby heroina nie „wyciekła” na czarny rynek.

## **Substytucyjna terapia metadonowa**

### **Opis**

Substytucyjna terapia metadonowa to „stałe przepisywanie metadonu przez odpowiednio długi okres czasu.” Celem takiej terapii jest zastąpienie bardziej niebezpiecznej nielegalnej substancji przez przepisywaną z przyczyn medycznych substancję legalną o przedłużonym działaniu. Różne kraje realizują tę strategię redukcji ryzyka w różny sposób, tak więc czas trwania terapii, warunki uczestnictwa w leczeniu oraz procedury administracyjne nie są w tym przypadku jednakowe na całym świecie. Generalnie możemy podzielić programy metadonowe na programy niskiego i wysokiego progu. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z bardzo ograniczoną listą wymagań, jakie stawia się uczestnikom programu: detoksykacja nie jest obowiązkowa, toleruje się jednocześnie przyjmowanie nielegalnych narkotyków, a także rzadko poddaje się osoby uczestniczące w programie badaniom moczu. Programy wysokiego progu mają na celu wymuszenie zmian w postępowaniu osoby uzależnionej, dlatego osoby w nim uczestniczące zobowiązane są do rozmów z terapeutą oraz do poddawania się kontroli moczu.

### **Pytania i problemy**

W przypadku terapii metadonowych pojawiają się te same problemy, co w przypadku opisanej wcześniej terapii heroinowej. Rodzi się pytanie, czy przepisy konwencji międzynarodowych pozwalają na przepisywanie metadonu i kto ma prawo to robić; czy przepisywanie metadonu nie jest działaniem „pielegnującym” uzależnienie; i czy terapia, w czasie której jeden środek zastępuje się drugim nie jest jednocześnie zastępowaniem jednego uzależnienia przez następne. Należy także znaleźć odpowiedź na pytanie, czy osoby uzależnione powinny mieć prawo posiadania metadonu na własny użytek w przypadku tzw. „dawek na wynos”.

### **Zgodność z przepisami traktatów międzynarodowych**

W przypadku terapii metadonowej wątpliwości tłumaczy się tak samo jak w przypadku terapii heroinowej. Jest ona dozwolona „z przyczyn medycznych i naukowych.” INCB zachęca do „nadzorowanej przez personel i placówki medyczne dystrybucji przepisanych narkotyków w zgodzie z wymogami terapii i przepisami międzynarodowych traktatów dotyczących kontroli narkotyków”, ale jednocześnie stoi na stanowisku, że praktyka ta powinna podlegać szczegółowej kontroli.

Konieczność kontroli wynika z postanowień Konwencji Narodów Zjednoczonych, które nakładają „na władze państwowe dwójaki obowiązek kontroli narkotyków: obowiązek zapewnienia dostępności leków na bazie narkotyków, w tym opiatów, niezbędnych z przyczyn medycznych i naukowych oraz jednoczesnego zapobiegania ich nielegalnej produkcji, sprzedaży i konsumpcji.” Dlatego muszą zostać spełnione dwa warunki związane z

wydawaniem narkotyków na recepty. Po pierwsze, recepty mogą przepisywać jedynie osoby do tego uprawnione, np. „osoby posiadające licencję, lub podlegające innej podobnego rodzaju kontroli”, w związku z czym muszą to być osoby kompetentne, które potrafią podjąć właściwą decyzję, co do zasadności zastosowania tego rodzaju terapii. W rezultacie prawo podaży (sprzedaży i dystrybucji), ale również posiadania tego rodzaju medykamentów musi przysługiwać jedynie pewnej kategorii osób. Po drugie, wyrażając zgodę na przepisywanie narkotyków osobom uzależnionym od opiatów, władze muszą jednocześnie zapobiegać przenikaniu tych substancji na czarny rynek. Oznacza to obowiązek ustanowienia odpowiednich prawnych mechanizmów zabezpieczających.

Według literatury przedmiotu istnieje kilka rodzajów terapii metadonowych: z jednej strony nastawionych na abstynencję narkotykową, z drugiej – niekoniecznie dążących do abstynencji. Ponieważ konwencje międzynarodowe nie precyzują długości stosowania terapii, można przyjąć, że nie istnieją żadne ograniczenia co do czasu jej trwania. Jednak INCB stoi na stanowisku, że terapia, której celem nie jest doprowadzenie do abstynencji narkotykowej, jest rozwiązaniem ułomnym. Osoba uzależniona w dalszym ciągu pozostaje zależna od narkotyków; jeden narkotyk zostaje zastąpiony przez inny. INCB twierdzi także, że „leczenie farmakologiczne nie jest panaceum.” Osobie uzależnionej należy zapewnić także pomoc psychologa oraz psycho-terapeuty.

### **Przykładowe rozwiązania legislacyjne.**

Metadon jest stosowany od kilku lat w Belgii. W 1994 roku odbyła się w tym kraju tzw.

„konferencja zgody” (*consensus conference*), na której dyskutowano o stosowaniu terapii metadonowej w przypadku osób uzależnionych od heroiny. Rezultatem stała się tzw. „nota o porozumieniu” (*consensus note*) pomiędzy służbą zdrowia a Ministerstwem Integracji Społecznej, Zdrowia Publicznego i Środowiska. W oparciu o postanowienia tego dokumentu, który powstał w celu zapobiegania niewłaściwemu stosowaniu oraz przenikaniu metadonu na czarny rynek, i którego podstawę stanowi praktyka medyczna, zostaną w najbliższej przyszłości stworzone odpowiednie rozwiązania prawne. Kryteria ustanowione przez powyższy dokument, w oparciu o które praktykuje się substytucyjną terapię metadonową są następujące: leczeniem może zostać objęta osoba, która ukończyła 18 r.ż. i udowodni, że jest uzależniona od heroiny od co najmniej roku. W terapii stosuje się metadon w formie doustnej, zazwyczaj w płynie. Istnieją wyjątki, np. w przypadku „dawek na wynos” metadon wydawany jest w tabletkach (lub w ampułkach, tak jak ma to miejsce w Wielkiej Brytanii, i przyjmowany jest w zastrzykach). Co więcej, kluczową rolę w terapii metadonowej odgrywają działania mające zapewnić osobie uzależnionej wsparcie i poczucie przynależności do wspólnoty. Osoba uzależniona musi leczyć się w placówce multidyscyplinarnej pod okiem lekarza ogólnego lub specjalisty, który musi przyswoić i cały czas uzupełniać niezbędną dla prowadzenia takiej terapii wiedzę.

W nocie o porozumieniu czytamy, że z naukowego punktu widzenia nie istnieje konieczność ograniczania liczby pacjentów uczestniczących w terapii metadonowej, jeżeli tylko spełniają oni powyższe warunki. Dodaje się również, że okazjonalne zażywa-

nie narkotyków nie stanowi powodu dla przerwania terapii lub zmniejszenia stosowanej dawki metadonu. Jak już zaznaczono wcześniej, nie jest to uniwersalny wzór terapii metadonowej, np. w szwedzkich programach wysokiego progu jednocześnie przyjmowanie innych narkotyków jest niedozwolone.

W każdym przypadku muszą istnieć przepisy dotyczące przepisywania i dystrybucji metadonu, tak jak ma to miejsce w przypadku heroiny. Przede wszystkim chodzi o sprecyzowanie, kto ma prawo sprzedawać i dystrybuować metadon, oraz kto ma prawo go posiadać. W Wielkiej Brytanii osoby takie wyszczególnia ustawa, która ściśle reguluje warunki terapii metadonowej.

Nowo przyjęte w Niemczech prawo dotyczące leczenia substytucyjnego wprowadza i opisuje środki zapobiegania niewłaściwemu stosowaniu metadonu, np. anonimowy rejestr substytucyjny został stworzony po to, aby zapobiegać przepisywaniu metadonu jednemu pacjentowi przez kilku lekarzy jednocześnie. Wprowadzono dodatkowe zabezpieczenia: w związku z tzw. „dawkami na wynos” wymaga się tzw. „umów wakacyjnych” (*holiday arrangements*) dla jednostkowych przypadków, aby zapobiec przenikaniu metadonu na czarny rynek.

### Podsumowanie

Tak jak w przypadku terapii heroinowej, terapia metadonowa jest dopuszczalna „z przyczyn medycznych i naukowych”. Dlatego wymaga ona odpowiednich regulacji w zakresie przepisywania metadonu i jego dystrybucji, podobnych do przepisów dotyczących terapii heroinowej. Inaczej niż w przypadku heroiny INCB zachęca do nadzorowanej przez personel medyczny dystrybucji

metadonu, podlegającej jednak na ścisłej kontroli.

## Pomieszczenia iniekcyjne (*Injection rooms*)

### Opis

Pomieszczenia iniekcyjne mają na celu redukcję zdrowotnych i społecznych problemów związanych z nielegalnym (dożylnym) przyjmowaniem narkotyków. Są to pomieszczenia, przeznaczone do konsumpcji heroiny i/lub kokainy przez osoby uzależnione pod nadzorem przeszkolonego personelu. Narkomani otrzymują czyste igły i strzykawki i prezerwatywy oraz udziela się im porad, bada stan ich zdrowia i/lub udziela pomocy socjalnej. *Injection rooms* istnieją w kilku krajach europejskich, m.in. w Niemczech, Szwajcarii, Holandii i Hiszpanii. W najbliższym czasie mają powstać w Luksemburgu i Danii.

### Pytania i problemy

Problemem numer jeden w przypadku pomieszczeń iniekcyjnych jest to, że stanowią one przejaw tolerancji dla konsumpcji narkotyków i z tego względu mogą pozostawać w sprzeczności z postanowieniami konwencji międzynarodowych dotyczących używania i posiadania narkotyków. Rodzi się także pytanie czy nie stanowią one zachęty dla konsumpcji narkotyków i czy taka strategia redukcji ryzyka może zostać usprawiedliwiona przyczynami medycznymi uwarunkowanymi czynnikami psychospołecznymi.

### Zgodność z postanowieniami traktatów międzynarodowych

Według Artykułu 4, podpunktu c Konwencji z 1961 roku, władze państwowe są

zobowiązane do przeciwdziałania handlowi, konsumpcji i posiadaniu narkotyków przy pomocy środków prawnych i administracyjnych. Nie oznacza to jednak, że sygnatariusze Konwencji są zobowiązani do penalizowania tych zjawisk. Działania podlegające karze wymienione są w Artykule 36, który nie nakazuje penalizacji używania narkotyków. Wymagana penalizacja posiadania narkotyków niekoniecznie odnosi się do „posiadania na własny użytek”. Artykuł 36 został napisany z myślą o penalizacji działalności handlowej. Kwestii tej dotyczy także Artykuł 37, który nie obliguje do zajmowania i konfiskaty małych dawek narkotyków przeznaczonych do osobistego użytku.

Penalizacji „posiadania na własny użytek” oraz konfiskaty niewielkich dawek narkotyków domaga się jednak Artykuł 4, podpunkt c, w odniesieniu do Artykułu 33, ale kara wymierzana za tego rodzaju wykroczenie może być minimalna. Nie musi ona oznaczać kary więzienia. Wystarczające jest w tym przypadku upomnienie. Mówiąc innymi słowy, prawo międzynarodowe wymaga przeciwdziałania posiadaniu narkotyków na własny użytek, ale nie domaga się sankcji karnych w tym przypadku.

Według INCB polityka, której przejawem jest istnienie pomieszczeń iniekcyjnych, jest sprzeczna z duchem międzynarodowych konwencji o przeciwdziałaniu handlowi narkotykami. INCB argumentuje, że ponieważ takie pomieszczenia to przejaw tolerancji dla nielegalnej konsumpcji narkotyków, oznaczają one również przyzwolenie na posiadanie narkotyków na własny użytek, co jest sprzeczne z Artykułem 3, paragraf 2 Konwencji z 1988 roku, w którym czytamy, że „każda ze stron [...] uzna w swoim prawodawstwie za prze-

stępstwo [...] posiadanie i kupowanie [...] narkotyków oraz substancji psychotropowych na własny użytek.” Mówiąc innymi słowy, wyrażając zgodę na istnienie pomieszczeń iniekcyjnych i w ten sposób tolerując nielegalną konsumpcję narkotyków, władze państwowe prawdopodobnie łamią postanowienia konwencji międzynarodowych o kontroli narkotyków, ponieważ pozwalają na posiadanie zakazanych substancji na własny użytek, a nawet w tym pomagają. INCB uważa, że *injection rooms* ułatwiają nielegalny handel narkotykami, podczas gdy władze państwowe „są zobowiązane do zwalczania handlu narkotykami we wszystkich jego formach”.

W tym samym Artykule 3, paragraf 2 czytamy, że sygnatariusze Konwencji z 1988 r. są zobowiązani do uznania posiadania narkotyków na własny użytek za przestępstwo kryminalne „z uwzględnieniem obowiązujących zasad konstytucyjnych i podstawowych założeń systemu prawnego danego kraju.” Oznacza to, że traktaty międzynarodowe dopuszczają możliwość odstąpienia od wymierzenia kary, która to zasada pozwoliła w wielu krajach (np. Belgii, Holandii i Francji) uniknąć wymierzania kar więzienia za posiadanie narkotyków na własny użytek. Dlatego też, jeżeli prawodawstwo danego kraju pozwala na odstąpienie od wymierzenia kary, państwo to może zastosować takie rozwiązanie w przypadku pomieszczeń iniekcyjnych w celu uniknięcia oskarżenia o pogwałcenie przepisów prawa międzynarodowego. Innymi słowy, zasada ta pozwala każdemu państwu na tworzenie i prowadzenie własnej polityki antynarkotykowej. Posiadanie narkotyków na własny użytek pozostaje przestępstwem, które państwo toleruje. W oparciu o tę zasadę w ramach polityki „miękkich narkotyków” w Danii to-

leruje się posiadanie niewielkich dawek narkotyków oraz ich kupowanie, a także uprawę konopi na własny użytek.

Konwencje Narodów Zjednoczonych powinny być wdrażane w sposób zgodny z duchem, w jakim powstały, a według INCB przyzwalanie na istnienie pomieszczeń iniekcyjnych z pewnością temu nie służy, ponieważ „międzynarodowe traktaty o kontroli narkotyków powstały wiele dekad temu właśnie po to, aby wyeliminować takie miejsca jak palarnie opium, gdzie można było bezkarnie konsumować narkotyki.” Należy także podkreślić, że władze państwowe nie mają prawa powoływać się na prawo do odstąpienia od wymierzenia kary, jeżeli ich celem jest obchodzenie przepisów prawa międzynarodowego. Ponieważ istnienie *injection rooms* są ekstremalną formą strategii redukcji ryzyka, ich zgodność z postanowieniami traktatów międzynarodowych może budzić poważne wątpliwości.

Z drugiej strony Europejski Plan Działania na rzecz Walki z Narkotykami odwołuje się do Artykułu 152 Traktatu Amsterdamskiego (1997), aby obok tradycyjnych działań prewencyjnych uwypuklić nowy cel współpracy pomiędzy krajami członkowskimi, którym jest redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków. W rezultacie różnego rodzaju strategii redukcji ryzyka, w tym tworzenie pomieszczeń iniekcyjnych, zyskują coraz powszechniejszą akceptację. Ale raz jeszcze należy przypomnieć, że dopiero odpowiednie przepisy wykonawcze pozwolą sprecyzować czy strategii te spełniają wymogi redukcji szkód.

### **Przykładowe rozwiązania legislacyjne**

W końcu lutego 2000 roku rząd niemiecki przyjął ustawę o poprawkach do Ustawy Nar-

kotykowej, która stworzyła jednolite w całym kraju i przejrzyste podstawy prawne dla funkcjonowanie pomieszczeń iniekcyjnych. Ustawa domaga się spełnienia, jako niezbędnego minimum, dziesięciu warunków związanych z kwestiami zdrowia, bezpieczeństwa oraz nadzoru konsumpcji narkotyków przynoszonych do takich placówek.

Odpowiadając na zarzuty INCB w kwestii tworzenia pomieszczeń iniekcyjnych, rząd federalny zdecydował, że przestępstwa kryminalne związane z narkotykami, a przede wszystkim handel oraz pomaganie w ich zdobywaniu i nakłanianie do konsumpcji, popełniane na terenie pomieszczeń iniekcyjnych będą podlegać karze przewidzianej przez kodeks karny. Co więcej, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie takich placówek muszą zapewnić, w kooperacji z władzami, dodatkowe środki zapobiegawcze, gwarantujące, że ani na terenie pomieszczeń iniekcyjnych, ani w ich najbliższym sąsiedztwie nie będzie dochodzić do popełniania przestępstw.

### **Podsumowanie**

Brakuje jednoznacznych przepisów i interpretacji, pozwalających zdecydować czy istnienie pomieszczeń iniekcyjnych jest zgodne, czy nie, z przepisami prawa międzynarodowego. Z jednej strony są one pogwałceniem niektórych przepisów konwencji międzynarodowych o używaniu i posiadaniu narkotyków, ale z drugiej strony prawo międzynarodowe nie obliguje do penalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek, a jedynie domaga się przeciwdziałania temu zjawisku. Co więcej, państwa, w których prawodawstwo dopuszcza możliwość odstąpienia od ukarania, mogą w oparciu o tę zasadę dopuścić posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek,

choć należy podkreślić, że zasady tej nie można stosować jako metody łamania przepisów prawa międzynarodowego.

## **Punkty analizy składu narkotyków w dyskotekach.**

### **Opis**

Punkty analizy toksykologicznej narkotyków umożliwiają osobom kupującym narkotyki uzyskanie informacji dotyczącej bezpieczeństwa danej substancji oferując możliwość przeprowadzenia testu pozwalającego określić stopień jej czystości i składu jeszcze przed użyciem. Ta kontrowersyjna praktyka stosowana jest w bardzo niewielu krajach, np. w Austrii, Niemczech, Portugalii, Francji oraz w Holandii. Grupą docelową jest w tym przypadku młodzież uczestnicząca np. w imprezach techno.

### **Pytania i problemy**

Opisana powyżej strategia redukcji ryzyka może być postrzegana jako publiczne nakłanianie i zachęcanie do nielegalnej konsumpcji narkotyków i z tego powodu jej stosowanie może być traktowane jako przejaw łamania przepisów prawa międzynarodowego.

### **Zgodność z postanowieniami traktatów międzynarodowych**

Istnienie punktów analizy toksykologicznej narkotyków jest przejawem tolerancji dla nielegalnej konsumpcji narkotyków, co jest sprzeczne z postanowieniami konwencji międzynarodowych. Artykuł 38 Konwencji z 1961 roku stanowi, że „sygnatariusze powinni zwracać szczególną uwagę i podejmować wszelkie możliwe działania dla zapobiegania narkomanii.” Podobne brzmienie mają tak-

że: Artykuł 20 Konwencji z 1971 roku oraz Artykuł 14 Konwencji z 1988 roku. Udzielenie informacji oraz porad dotyczących konkretnych narkotyków można uznać za publiczne namawianie i nakłanianie do nielegalnej konsumpcji narkotyków, a to jest zakazane przez Artykuł 3, paragraf 2 Konwencji z 1988 roku, który wymaga, aby władze państwowe uznały tego typu działanie za przestępstwo kryminalne.

Ale jednocześnie kraje, w których praktykuje się odstępianie od wymierzenia kary mogą się na to zdecydować także w tym przypadku. Jednakże zakładając, że celem podpisania konwencji było zapobieganie narkomanii trudno zgodzić się z twierdzeniem, że tworzenie punktów analizy toksykologicznej narkotyków jest „lojalnym wdrażaniem” ich postanowień.

Z drugiej strony, ponieważ nie istnieje precyzyjna definicja pojęcia „przyczyny medyczne i naukowe”, można argumentować, że analiza toksykologiczna narkotyków mieści się w tej definicji, ponieważ jej celem jest ustalenie dokładnego składu danej substancji, co można uznać za cel naukowy. Kolejnym argumentem jest to, że taka analiza umożliwia ostrzeżenie potencjalnego konsumenta o niebezpiecznym działaniu takiej substancji, służąc w ten sposób ochronie zdrowia publicznego. Dlatego też, ponieważ termin „przyczyny medyczne i naukowe” nie został wyraźnie sprecyzowany, rządy państw, które wprowadziły tę strategię redukcji ryzyka, mogą argumentować, że mieści się on w granicach powyższej definicji.

Jednocześnie laboratoria analizujące skład narkotyków można uznać za „regionalne centra badawcze i edukacyjne zwalczające negatywne skutki nielegalnej konsumpcji,” jak czytamy w Artykule 38 bis Konwencji z

1961 roku. Mogą one monitorować szybko zmieniający się rynek narkotykowy oraz prowadzić działalność informacyjną wśród użytkowników narkotyków bywalców klubów i dyskotek.

### **Przykładowe rozwiązania legislacyjne**

Według naszych informacji nie istnieją żadne przepisy prawne dotyczące punktów toksykologicznej analizy narkotyków w dyskotekach, klubach i podczas imprez masowych. Wydaje się, że ta kontrowersyjna praktyka jest zaledwie tolerowana w krajach wymienionych powyżej.

### **Podsumowanie**

Istnienie punktów analizy toksykologicznej narkotyków w dyskotekach i innych miejscach tego typu może być postrzegane jako działanie sprzeczne z postanowieniami konwencji międzynarodowych, ponieważ jest przejawem tolerancji dla nielegalnej konsumpcji narkotyków i może być uznane za publiczne nakłanianie i namawianie do tejże konsumpcji. Z drugiej strony, ze względu na brak jasno sprecyzowanej definicji „przyczyn medycznych i naukowych” można argumentować, że praktyka ta podejmowana jest z takich właśnie przyczyn, ponieważ ma na celu ustalenie dokładnego składu substancji, co może zostać uznane za cel naukowy. Jednocześnie punkty analizy toksykologicznej narkotyków to źródło informacji na temat potencjalnego zagrożenia, jakie niesie ze sobą konsumpcja narkotyków. Według naszych informacji brak jest jakichkolwiek przepisów prawnych regulujących funkcjonowanie takich punktów. Wydaje się, że ta kontrowersyjna praktyka nie zyskuje poparcia i jest zaledwie tolerowana.

## **Narkotyki w zakładach karnych**

### **Opis**

Wzrost liczby więźniów uzależnionych od narkotyków doprowadził do pojawienia się w zakładach penitencjarnych problemu przemytu, handlu i konsumpcji narkotyków, co z kolei skutkuje pojawianiem się problemów natury medycznej lub psychospołecznej, z którymi nie radzi sobie nieprzygotowany do tego personel więzienny. Problemy te próbuje się rozwiązywać przy pomocy różnego rodzaju strategii redukcji ryzyka, np. uzależnieni więźniowie mogą podejmować substytucyjną terapię metadonową, heroinową, a także otrzymywać sterylne igły i strzykawki.

### **Pytania i problemy**

Pytania i problemy dotyczące strategii redukcji ryzyka w więzieniach, bez względu na to czy chodzi o terapię metadonową, heroinową, czy wymianę i dystrybucję igieł i strzykawek, są takie same, jak w przypadku tych strategii stosowanych poza murami zakładów karnych.

### **Zgodność z przepisami traktatów międzynarodowych**

Trzy omawiane konwencje Narodów Zjednoczonych zawierają przepisy umożliwiające władzom państwowym zapewnienie osobom uzależnionym leczenia, edukacji, opieki, rehabilitacji i resocjalizacji jako rozwiązania alternatywnego wobec kary więzienia lub jako jego część. Dlatego też więźniowie mogą zostać objęci programem wymiany i dystrybucji igieł i strzykawek, jak również mogą zostać poddani substytucyjnej terapii metadonowej lub heroinowej. Instytucje międzynarodowe, w tym przede wszystkim WHO, wypowiada-

jąc się na temat epidemii HIV/AIDS i narkomanii w więzieniach, podkreślają potrzebę podejmowania działań na rzecz zapobiegania rozprzestrzenianiu się tej epidemii w zakładach karnych i dlatego zalecają udostępnianie więźniom prezerwatyw, sterylnych igieł i strzykawek oraz substancji do ich sterylizacji. Innymi słowy, w świetle prawa międzynarodowego i w opinii organizacji międzynarodowych odpowiedzialność państwa za zdrowie jego obywateli nie kończy się przed bramą zakładu karnego.

INCB stoi na stanowisku, że po pierwsze nie można dopuszczać do obecności narkotyków w więzieniach, ale przyznaje, że w praktyce jest to niemożliwe, wobec czego uważa, że terapie substytucyjne oraz dystrybucja igieł i strzykawek powinny być stosowane w zakładach karnych, podkreślając jednocześnie, że na tym nie powinna się kończyć pomoc dla uzależnionych więźniów. Należy zapewnić im również pomoc psycho-terapeutyczną.

### **Przykładowe rozwiązania legislacyjne**

Kilka lat temu Szwajcaria rozpoczęła program wymiany i dystrybucji igieł i strzykawek. W 1994 roku w szwajcarskim więzieniu w Hindelbank przeprowadzono pilotażowy program zapobiegania infekcji HIV, obejmujący również wymianę zużytych igieł i strzykawek. Zużyty sprzęt można było wymienić na nowy w specjalnych automatach. W ramach programu prowadzono działania edukacyjne na temat HIV oraz udzielano porad, ale nie stworzono żadnych rozwiązań prawnych dotyczących dystrybucji igieł i strzykawek.

W kilku krajach, takich jak Holandia, Wielka Brytania oraz Belgia, lekarze ogólni

przepisują metadon osobom uzależnionym przebywającym w zakładach karnych. W Holandii i Belgii praktyka ta w większości przypadków dotyczy programów redukcyjnych (detoksykacja), w ramach których stopniowo zmniejsza się dawki metadonu. W więzieniach belgijskich nie stosuje się terapii substytucyjnych, z wyjątkiem kobiet w ciąży i osób chorych na AIDS. Co więcej, lekarze więzienni mają prawo decydować o tym czy podawać danemu więźniowi metadon, czy nie. W Holandii, w przypadku gdy więzień twierdzi, że na wolności był poddany terapii metadonowej, lekarze więzienni są zobowiązani do sprawdzenia czy tak było istotnie, ale uzyskanie potwierdzenia nie oznacza, że więzień automatycznie zostanie poddany tej terapii w zakładzie karnym. O dalszym stosowaniu terapii decyduje wyłącznie lekarz więzienny. W rezultacie, opinie lekarzy więziennych na temat terapii metadonowej są podzielone.

Jednakże holenderscy lekarze więzienni dość zgodnie uważają, że aby zapobiegać handlowi metadonem w zakładach karnych, musi istnieć skuteczny system nadzorowania przebiegu terapii substytucyjnej, oraz że należy sprawdzać czy pacjent zachowuje abstynencję od innych narkotyków, przeprowadzając regularne analizy moczu, przy czym nielegalna konsumpcja narkotyków w trakcie terapii substytucyjnej jest wystarczającym powodem do zaprzestania wydawania więźniowi metadonu.

Dobrym przykładem opisującym terapię heroinową w więzieniach jest program, którego realizacji podjęto się w zakładzie penitencjarnym w Obershongrun. Ogólnie rzecz biorąc warunki uczestnictwa w tym projekcie były takie same w przypadku więźniów, jak i osób pozostających na wolności; pacjent

musiał udowodnić, że jest uzależniony od heroiny od co najmniej dwóch lat, i że żadna inna forma terapii nie przyniosła w jego przypadku pozytywnych rezultatów. Heroina przepisywana jest jedynie tym osobom, które miały kłopoty z integracją społeczną i/lub cierpiały z powodów psychicznych lub somatycznych. Osoba objęta terapią musi mieć ukończone 20 lat (a nie jak w przypadku terapii poza zakładem – 18), a grupa docelowa to więźniowie, którym do końca wyroku pozostało co najmniej 9 miesięcy. Takie zasady stosuje się ze względu na to, że jeżeli substytucyjna terapia heroinowa ma przynieść jakiegokolwiek pozytywne rezultaty, powinna trwać odpowiednio długi czas, a nie ma żadnej gwarancji, że po zwolnieniu osoba uzależniona będzie kontynuować terapię poza murami więzienia. Osoby objęte programem mieszkają i pracują w części więzienia oddzielonej od reszty zakładu. Heroina wydawana jest trzy razy dziennie przez przeszko-

lone pielęgniarki, a jej przyjmowanie nadzorowane jest przez strażników więziennych. Oprócz samego narkotyku leczeni więźniowie otrzymują także pomoc ze strony psychologa.

### Podsumowanie

Według przepisów prawa międzynarodowego i w opinii organizacji międzynarodowych państwo jest zobowiązane do troski o stan zdrowia wszystkich swoich obywateli, także tych, którzy przebywają w więzieniach. Substytucyjna terapia metadonowa lub heroinowa oraz programy wymiany i dystrybucji igieł i strzykawek mogą być wdrażane w zakładach karnych, ale tak jak w przypadku stosowania strategii redukcji ryzyka poza więzieniami, należy obwarować ich przebieg odpowiednimi przepisami.

*prof. Brice DE RUYVER*  
University of Ghent



## Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**  
tel.: 641-15- 01, fax: 641-15-65  
e-mail: bdsnark@medianet.pl  
<http://www.medianet.pl/~bdsnark>  
Pismo jest bezpłatne

**Adres redakcji:**  
**ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa**

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**  
Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**  
Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**  
tel./fax (022) 616 12 58, 617 13 04

### KOLEGIUM REDAKCYJNE:

**Bożenna Kamińska-Buśko** (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej)

**Jacek Morawski** (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

**Jacek Moskalewicz** (Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Janusz Sierosławski** (Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Teresa Wereżyńska** (specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)

**Włodzimierz Ziemia** (Centralne Biuro Śledcze KGP)