

*Niezamierzone Konsekwencje:
Polityka Narkotykowa i Prawa Człowieka*

*Niezamierzone Konsekwencje:
Polityka Narkotykowa
i Prawa Człowieka*

Redakcja: Kasia Malinowska-Sempruch

Warszawa 2005

Tytuł oryginału: **War on drugs, HIV/AIDS and human rights** / edited
by Kasia Malinowska-Sempruch and Sarah Gallagher

Korekta: Michał Ziółkowski

Redakcja techniczna: Krzysztof Wilamowski

Tłumaczenie z angielskiego: Anna Szadkowska

Tłumaczenie z rosyjskiego: Aleksandra Skonieczna

© Copyright 2004 by International Debate Education Association

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być
kopiowana, przechowywana w systemie danych odzyskiwalnych, albo
przenoszona w jakiegokolwiek innej formie lub przy użyciu jakichkolwiek
innych środków, bez zgody wydawcy.

Wydawca:

The International Debate Education Association
400 West 59th Street
New York, NY 10019
USA

Skład: Nadhi

Druk: Roband

Warszawa 2005

ISBN 1-932716-16-5

Spis treści

❖ Wstęp	7
❖ Część I: Wojna z narkotykami i rozprzestrzenianie się wirusa HIV	19.
1. Prawo wobec narkotyków i narkomanii <i>Krzysztof Krajewski</i>	24
2. Zdroworozsądkowa polityka narkotykowa <i>Ethan Nadelmann</i>	64
3. Rosyjska polityka narkotykowa: czas zmian <i>Lev Levinson</i>	85
4. Rola i skuteczność prawa oraz jego egzekwowania w ograniczaniu szkód IDU oraz HIV i AIDS <i>Hans-Jörg Albrecht</i>	95
5. „Jastrzębie”, „gołębie” i „sowy” <i>Aleksander Zeliczenko</i>	113
6. HR2: Harm Reduction and Human Rights – Redukcja Szkód i Prawa Człowieka <i>Robert Newman</i>	122
❖ Część II: Poglądy na temat zdrowia publicznego i praw człowieka	131
7. Prawa osób uzależnionych i używających narkotyki <i>Wiktor Osiatyński</i>	135
8. Ocena wpływu na prawa człowieka przy tworzeniu i ewaluacji polityki zdrowia publicznego <i>Larry Gostin, Jonathan Mann</i>	152
9. Rozumienie i reagowanie na zażywanie substancji przez młodzież <i>Sofia Gruskin, Karen Plafker, Allison Smith-Estelle</i>	180

10. Testowanie uczniów w szkole na obecność narkotyków – za i przeciw <i>Bogusława Bukowska</i>	211
11. Zdrowie, zakażenie HIV, prawa człowieka i iniecyjne zażywanie narkotyków <i>Alex Wodak</i>	219
12. Alchemia nierówności <i>Daniel Wolfe</i>	239

❖ Część III: Kontekst praw człowieka oraz HIV i AIDS 275

13. Prawa osób zażywających narkotyki w dobie HIV i AIDS <i>Aryeh Neier</i>	279
14. Niezamierzone konsekwencje: napędzanie epidemii HIV/AIDS w Rosji i na Ukrainie przez politykę narkotykową <i>Kasia Malinowska-Sempruch, Jeff Hoover, Anna Aleksandrowa</i>	285
15. Śmiertelne naruszenia: pogwałcenia praw osób zażywających iniecyjnie narkotyki w erze HIV/AIDS <i>Joanne Csete, Jonathan Cohen</i>	305
16. Ryzykowne zachowania w więzieniu w oczach osób zażywających narkotyki teraz i w przeszłości <i>Jennifer G. Clarke, Michael D. Stein, Lucy Hanna, Mindy Sobota, Josiah D. Rich</i>	322
17. Birma i Kambodża: niepokoje społeczne, prawa człowieka i rozprzestrzenianie się wirusa HIV <i>Chris Beyrer</i>	336

❖ Część IV: Prawa człowieka w projektowaniu polityki i programów redukcji szkód 351

18. Refleksje o Sonagachi <i>Peter A. Newman</i>	354
19. Igły, strzykawki i prawa człowieka <i>Grzegorz Wodowski</i>	370
20. Uzależnienie i metadon z punktu widzenia Amerykanina <i>Robert Newman</i>	388
21. Organizowanie społeczności osób zażywających narkotyki w redukcji szkód i wojnie z narkotykami <i>Matthew Curtis</i>	401

Wstęp

W ciągu 20 lat zmagania z epidemią AIDS na całym świecie odnotowano prawie 40 milionów zakażeń wirusem HIV. Według szacunkowych danych, w samym 2004 roku doszło do 5 milionów infekcji¹. Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. AIDS (UNAIDS) prognozuje, że do 2020 roku w krajach najbardziej dotkniętych tą chorobą aż 68 milionów ludzi umrze przedwcześnie na AIDS². Od samego początku epidemii jej skutki najdotkliwiej odczuwają społeczności ubogie, funkcjonujące na marginesie, w tym między innymi osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki³. Ten sposób przyjmowania środków odurzających jest jedną z podstawowych dróg transmisji wirusa HIV: z doniesień UNAIDS wynika, że należy mu przypisywać 10 % wszystkich nowych zakażeń na całym świecie. Odsetek ten wzrasta do 30 % po wyłączeniu państw afrykańskich. Aż 114 krajów donosi o infekcjach HIV wśród osób zażywających narkotyki drogą iniekcyjną. Co najmniej w 41 krajach częstotliwość zakażeń wśród osób wstrzykujących sobie środki odurzające przekracza 5 %. W Kanadzie i Stanach Zjednoczonych około 25 % nowych przypadków należy przypisać temu sposobowi używania narkotyków. Szacuje się, że w Rosji żyje milion osób zakażonych wirusem HIV, z czego 75 % to osoby zażywające te substancje dożylnie. Równie dramatyczna sytuacja panuje na Ukrainie, gdzie wirusem zainfekowany jest 1 % populacji, z czego większość stanowią osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki. Także w Polsce 56 % wszystkich przypadków zakażeń nastąpiło w związku z używaniem narkotyków tą drogą⁴.

Lawinowe rozprzestrzenianie się wirusa HIV wśród osób zażywających narkotyki jest bezpośrednią konsekwencją międzynarodowej polityki kontroli narkotyków. Jak pisze Krzysztof Krajewski, „panujące obecnie na świecie podejście do środków odurzających i substancji

psychotropowych określa się mianem podejścia prohibicyjnego. Oznacza to, iż narkotyki stanowią substancje nielegalne: obrót nimi i ich używanie są przez prawo zakazane, a na straży przestrzegania owego zakazu stoją, bardzo niejednokrotnie surowe, sankcje karne⁵. Skuteczność tej polityki jest coraz szerzej poddawana w wątpliwość: nie tylko nie przynosi ona zakładanego ograniczenia handlu i spożycia nielegalnych środków odurzających, powstawała i jest prowadzona w całkowitym oderwaniu od teorii i praktyki zdrowia publicznego, powoduje niezliczone naruszenia i pogwałcenia praw człowieka, lecz również – w coraz większym stopniu – jest przyczyną rozprzestrzeniania się HIV i AIDS na całym świecie.

Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa a prawa człowieka to zbiór artykułów na temat coraz bardziej ścisłego związku między gwałtownym wzrostem zakażeń HIV, iniekcyjnym zażywaniem narkotyków i polityką ich kryminalizacji (w Stanach Zjednoczonych nazywanej również „polityką zera tolerancji”). Pokazują one, że polityka ta przyczynia się do rozprzestrzeniania się wirusa, dowodząc niezbicie, że – co paradoksalne – podejście oparte na filozofii zera tolerancji naraża na niebezpieczeństwo zdrowie publiczne, które w założeniu miało przeciwić chronić. Lektura tych tekstów przekonuje, że postępową, szanującą prawa człowieka polityka narkotykowa oparta na koncepcji redukcji szkód, stoi na straży bezpieczeństwa i zdrowia całego społeczeństwa, nie tylko najbardziej podatnych na szkody zdrowotne grup społecznych.

Współczesne podejścia rządów

Podstawą obecnie dominującego na świecie podejścia do narkotyków są trzy konwencje Narodów Zjednoczonych: Jednolita konwencja o środkach odurzających (1961), Konwencja o substancjach psychotropowych (1971) i Konwencja o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi (1988). Dwie pierwsze powstały jeszcze przed wybuchem światowej epidemii AIDS, dlatego w żaden sposób nie są w stanie sprostać złożoności aktualnej sytuacji narkotykowej. Mimo to konwencje te nakładają na sygnatariuszy obowiązek podejmowania wszelkich prób całkowitego wyeliminowania

spożycia i handlu narkotykami. Choć nie precyzują dokładnie, w jaki sposób cel ten ma być osiągnięty, obawa przed naruszeniem ich zapisów, presja międzynarodowa i brak świadomości istnienia humanitarnych i skutecznych sposobów podejścia do problemu, skłaniają rządy większości krajów do kryminalizacji posiadania narkotyków, sprzętu do ich spożywania oraz wszelkiej aktywności związanej z tymi środkami. Pokutuje też przekonanie, że mniej represyjna polityka wywołałaby gwałtowny wzrost spożycia nielegalnych substancji narkotykowych.

W ciągu dziesięcioleci trwania prohibicji nie zdołano doprowadzić do wyeliminowania narkotyków z obiegu, podobnie jak eksperyment z początku dwudziestego wieku z całkowitym zakazem obrotu i spożywania alkoholu nie wpłynął w znaczący sposób na trzeźwość Amerykanów. Na ironię zakrawa fakt, że jedynymi namacalnymi rezultatami polityki zera tolerancji są: naruszanie praw człowieka oraz rozprzestrzenianie się wirusa HIV i innych szkód wśród osób zażywających narkotyki na całym świecie. Dlatego właśnie przeciwnicy podejścia prohibicyjnego uważają wojnę z narkotykami za całkowitą porażkę, argumentując, że ostatecznym celem polityki narkotykowej nie może być wyeliminowanie substancji psychoaktywnych ze społeczeństwa (co jest niemożliwe do osiągnięcia), lecz raczej ograniczanie indywidualnych i społecznych szkód spowodowanych ich zażywaniem. Jak pisze Ethan Nadelmann w *Zdroworozsądkowej polityce narkotykowej*, sukces polityki należy mierzyć nie tylko spadkiem poziomu konsumowania narkotyków, lecz również wpływem, jaki wywiera ona na prawa człowieka, odsetek zgonów, chorób, przestępczości i cierpienia związanego z użytkowaniem nielegalnych substancji⁶. Weźmy za przykład Stany Zjednoczone, największego orędownika bezwzględnej wojny z narkotykami. Wprawdzie spożycie narkotyków w tym kraju w latach 1979-1992 spadło niemal o połowę (do poziomu 12 milionów), to jednak w kolejnym dziesięcioleciu liczba obywateli zażywających te środki wzrosła aż do 16 milionów⁷. Przykład ten pokazuje jednoznacznie, że surowe egzekwowanie prawa karnego nie przyczynia się w żaden sposób do pełnego triumfu w wojnie z narkotykami. Tymczasem bezwzględna krucjata, na którą przeznaczają się rocznie miliardy dolarów, pochłania coraz więcej ofiar. Dzieje się tak, ponieważ kryminalizacja narkotyków

promuje rozprzestrzenianie się wirusa HIV. Po pierwsze, prawo karne uderza głównie w osoby zażywające zakazane substancje. Po drugie – jak pokazuje H. J. Albrecht w artykule pt. *Rola i skuteczność prawa oraz jego egzekwowania w redukcji szkód IDU i HIV/AIDS* – podejście oparte na egzekwowaniu prawa torpeduje, a często wręcz uniemożliwia, prowadzenie programów redukcji szkód i programów profilaktycznych, które są niezbędne w ograniczaniu transmisji HIV⁸. Kryminalizacja samego zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych powoduje natomiast znaczne ograniczenia dla sprawdzonych metod, takich jak terapia metadonowa, pomieszczenia do bezpieczniejszego wstrzykiwania narkotyków czy stowarzyszanie się osób zażywających te substancje. Trzecim sposobem napędzania wzrostu wskaźników HIV przez prawo narkotykowe jest zamykanie osób zażywających narkotyki w więzieniach. Według Jennifer G. Clarke i współautorów tekstu *Ryzykowne zachowania w więzieniu w oczach osób zażywających narkotyki teraz i w przeszłości*, „od 1990 roku liczba osób skazanych na karę więzienia wzrosła o 72 %, zaś około 23 % dorosłych więźniów znajduje się w więzieniach za przestępstwa narkotykowe”⁹. Przeprowadzone przez autorów badania wykazały, że większość osób iniekcynnie zażywających narkotyki w którymś momencie swojego życia trafi do więzienia, zaś wiele z nich kontynuuje tam przyjmowanie środków odurzających. 31 % osób zażywających narkotyki dożyłnie, które odbywały karę więzienia w przeszłości, donosi o stosowaniu nielegalnych substancji podczas pobytu w zakładzie karnym”¹⁰. Kara więzienia nie powstrzymuje ludzi od zażywania narkotyków. Powoduje raczej, że zażywa się je w znacznie mniej bezpieczny sposób. Choć ponad wszelką wątpliwość dzielenie się sprzętem do iniekcji jest w więzieniach zjawiskiem o wiele bardziej powszechnym niż poza ich murami, zdaje sobie z tego sprawę znikomy ułamek pracowników służb więziennych. Usługi profilaktyczne i programy redukcji szkód na terenie zakładów karnych należą do rzadkości. Po czwarte wreszcie, osoby zażywające narkotyki są wyraźnie piętnowane przez organy państwowe, instytucje opieki społecznej, personel medyczny i populację ogólną. Często odmawia się im podstawowych usług, przynależnych każdemu obywatelowi. Alienacja,

która na ogół jest udziałem tej grupy społecznej, zniechęca jej przedstawicieli do korzystania z jakichkolwiek instytucjonalnych form pomocy, czego konsekwencją jest między innymi niepoddawanie się testowaniu medycznemu.

W wielu krajach, m. in. w Stanach Zjednoczonych, na Ukrainie, a także w Rosji (pomimo niedawnej zmiany prawa¹¹) sztywne konwencje o kontroli narkotyków ONZ uniemożliwiają prowadzenie kompleksowych działań profilaktycznych i zniechęcają władze do wprowadzania skutecznych, pragmatycznych i przede wszystkim humanitarnych przepisów opartych na najlepszych praktykach w obszarze zdrowia publicznego¹². Ignorowanie konsekwencji zdrowotnych, jakie niesie za sobą tak rozpowszechnione spożycie narkotyków spowodowało, że w krajach tych ilość zakażeń HIV osiągnęła niespotykany dotąd poziom. UNAIDS od kilku już lat informuje, że w Europie Wschodniej i krajach byłego Związku Radzieckiego HIV rozprzestrzenia się szybciej, niż gdziekolwiek na świecie. W Rosji jest obecnie ponad 300.000 oficjalnie zarejestrowanych przypadków zakażeń wirusem, zaś 75 % spośród nich stanowią osoby zażywające narkotyki drogą iniekcyjną. Ten sposób przyjmowania środków odurzających w krajach Europy Wschodniej i Azji Środkowej osiąga wręcz katastrofalne rozmiary na skutek dramatycznej sytuacji ekonomicznej, narastającego rozwarstwienia społecznego i łatwego dostępu do heroiny i innych opiatów. Znajdujące się na marginesie społeczeństwa osoby dożylnie zażywające narkotyki zaznają bardzo niewiele współczucia ze strony społeczeństwa. Ciągłe pokutuje przeświadczenie, że są one w jakiś sposób odrębną, wyizolowaną grupą społeczną, a choroby i śmierć siejące spustoszenie w jej obrębie nie mają żadnego wpływu na „zdrową” resztę¹³. Tymczasem docierają do nas zatrważające doniesienia o rodzicach dzieci z Azji Środkowej, którzy zmuszeni byli przyglądać się, jak ich pociechy umierały z przedawkowania, gdyż strach przed policją i prześladowaniami całej rodziny nie pozwolił im odwiedzić ich do szpitala. Taka obawa i spowodowane nią milczenie napędza rozprzestrzenianie się wirusa HIV i jest dowodem na to, jak blisko polityka narkotykowa związana jest z polityką wobec AIDS¹⁴.

Prawa człowieka i HIV

Doświadczenie ostatnich dwudziestu lat nauczyło nas, że związek między poszanowaniem praw człowieka i rozprzestrzenianiem się wirusa HIV jest wprost proporcjonalny: wraz ze wzrostem poziomu dyskryminacji, rośnie ryzyko zakażenia się śmiertelną chorobą. W krajach wysoko uprzemysłowionych tworzą się całe „getta” niezwykle podatnych na infekcję HIV marginalizowanych grup społecznych. Nieproporcjonalnie względem reszty świata, nagły wzrost zakażeń HIV dotyka w coraz większym stopniu kraje rozwijające się. Temu wzajemnemu związkowi zaczęto w ostatnich dziesięciu latach poświęcać coraz więcej uwagi: powstało już kilka międzynarodowych dokumentów, zajmujących się bezpośrednio prawami człowieka w kontekście HIV i AIDS. Na Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat HIV i AIDS (UNGASS) w 2001 roku, za podstawowy czynnik odpowiedzialny za rozprzestrzenianie się wirusa uznano naruszenia praw człowieka. Skuteczność programów redukcji szkód w kontrolowaniu epidemii potwierdzono w Deklaracji Zaangażowania, w której wezwano również do wprowadzania jak najszerzego wachlarza programów profilaktycznych. Zapisy na temat chorób i praw człowieka znaleźć można również w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych, Międzynarodowym Pakcie Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych oraz Międzynarodowych Wytycznych nt. Profilaktyki HIV i AIDS. Nadal jednak niewielką wagę przykładą się do praw człowieka osób zażywających narkotyki i wpływu polityki narkotykowej na wzrost liczby zakażeń HIV. Wyraźny brak spójności i wewnętrzna sprzeczność obowiązującej aktualnie polityki kontroli narkotyków, definiowanej przez dokumenty ONZ (z jednej strony – konwencje narkotykowe, z drugiej - deklaracje praw człowieka), doprowadziły do naruszeń praw jednostek i utrudnień w prowadzeniu działań profilaktycznych w wielu zakątkach świata. Nie da się uniknąć nękania przez policję osób zażywających narkotyki i innych podatnych grup społecznych – takich jak młodzież, osoby świadczące usługi seksualne, Romowie – skoro dominujące podejście opiera się na egzekwowaniu prawa

karnego. Według Aryeha Neiera, prezydenta Open Society Institute, „gorzkie doświadczenia we wszystkich częściach świata nauczyły nas, że niezmiernie trudne jest – a może nawet niemożliwe – egzekwowanie prawa karnego wobec narkotyków bez przekraczającej wszelkie granice korupcji i naruszeń praw człowieka (...) Biorąc pod uwagę umowny charakter handlu narkotykami i łatwość, z jaką można je produkować, trudno wyobrazić sobie skuteczne sposoby egzekwowania prawa karnego, niewykorzystujące takich metod jak arbitralne przesłuchania, więzienie, tworzenie charakterystyki osób podejrzanych o nielegalne działania na podstawie przynależności do określonej grupy etnicznej, naruszanie integralności cielesnej i inne pogwałcenia prywatności (...) W epoce HIV i AIDS, znaczenie problematyki praw człowieka w kontekście narkotyków wyraźnie wzrosło. Ograniczanie prowadzenia programów redukcji szkód, takich jak terapia substytucyjna czy wymiana igieł i strzykawek w imię egzekwowania prawa sprawia, że prawa człowieka stają się sprawą życia i śmierci nie tylko dla osób zażywających narkotyki, ale także milionów innych ludzi, którzy mogą zakazić się wirusem HIV”¹⁵.

Jednak prawa człowieka osób zażywających narkotyki łamane są nie tylko przez organy ścigania. Z założenia, na zasadzie arbitralnie przyjętej perspektywy moralnej, jaką dyktuje międzynarodowe prawo narkotykowe, ograniczana jest również wolność decydowania o własnym życiu i własnym losie osoby przyjmującej środki psychoaktywne. „Dokładniej – pisze Wiktor Osiatyński – byłoby to prawo do decydowania o własnym ciele” (...). Mamy tu do czynienia z konfliktem między wolnością a paternalizmem. Podejście paternalistyczne pozwala na ograniczenie praw w interesie jednostki, nawet wbrew woli tej jednostki.(...) Jak sama nazwa wskazuje, podejście paternalistyczne najlepiej stosuje się wobec dzieci i osób niezdolnych do świadomego decydowania o własnych czynach i ich konsekwencjach”¹⁶. Przejawem takiego podejścia jest przymusowe testowanie na obecność narkotyków, coraz częstsze w Polsce i w wielu innych częściach świata. Co ciekawe, znacznie mniej wątpliwości natury etycznej niż w przypadku młodzieży szkolnej, budzi przymusowe badanie osób dorosłych, a więc zdolnych do świadomego decydowania o własnych czynach. Temu problemowi

przygląda się Bogusława Bukowska w artykule *Testowanie uczniów w szkole na obecność narkotyków – za i przeciw*. Martwi fakt, że antynarkotykowy entuzjazm powoduje przyjmowanie przez pewne instytucje roli pseudo-policji. Szkoła powinna być miejscem, gdzie młodzi ludzie idą z ufnością, że znajdą możliwość przedyskutowania swoich problemów. Testowanie jest nieetyczne w aspekcie nie tylko Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie, ale też z punktu widzenia relacji rodzic – uczeń – nauczyciel¹⁷.

Publikacja niniejszego zbioru zbiega się w czasie z pierwszą poważną publiczną debatą na temat kształtu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce. „Doświadczenia ostatnich dziesięcioleci prowadzą do wniosku, że polityka wobec narkotyków powinna być zróżnicowana” – pisze Wiktor Osiatyński w *Prawach osób uzależnionych i używających narkotyki*. „(...) Potrzebne są zdecentralizowane decyzje, uwzględniające lokalne warunki i potrzeby”¹⁸. Doświadczenia polskie z ostatnich czterech lat pokazują nieskuteczność przedkładania podejścia prawnokarnego nad zasadę „leczyć zamiast karać”. Szczegółowej analizy aktualnie obowiązującej ustawy narkotykowej dokonał Krzysztof Krajewski w artykule *Prawo wobec narkotyków i narkomanii*. Mamy również pod dostatkiem pozytywnych i negatywnych przykładów, z których czas wyciągnąć pomocne nam wnioski: za naszą wschodnią granicą rozgrywa się dramat, którego powstrzymanie wymaga natychmiastowego działania. Niemcy wprowadziły w życie racjonalną politykę przeciwdziałania narkomanii, opartą na założeniu, że uzależnienie od narkotyków traktować należy jako chorobę i leczyć, a nie karać. Nasi zachodni sąsiedzi zdali sobie sprawę z tego, że uzależnienie od środków odurzających jest nie tylko problemem natury zdrowotnej, ale również ekonomicznej, społecznej i prawnej. Niemcy wiedzą jak wiele kosztuje ich gospodarkę rosnąca liczba osób uzależnionych od narkotyków. Mają świadomość, że kompleksowa opieka nad nimi jest jedynym sposobem redukcji negatywnych konsekwencji społecznych. Dlatego od 30 lat rozwijają spójny, szeroko zakrojony system pomocy osobom uzależnionym, obejmujący zarówno ogólnie dostępne leczenie abstynencyjne, jak również programy redukcji szkód takie jak wymiana igieł i strzykawek, leczenie substytucyjne czy kontrowersyjne, ale skuteczne pomiesz-

czenia do bezpieczniejszej iniekcji narkotyków. Już na początku lat dziewięćdziesiątych na dworcu w Berlinie zatrudniano Polaków, których zadaniem było niesienie pomocy prostytutkom z Polski. Ten przykład obrazuje, iż już ponad 10 lat temu Niemcy byli świadomi że to, co dzieje się po drugiej stronie słupków granicznych ma wpływ na sytuację w ich kraju. I że w związku z tym należy działać, dopóki można. Tym samym śladem podąża prawie cała Europa Zachodnia.

Jeśli mamy skutecznie przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się HIV wśród osób zażywających narkotyki, w polityce narkotykowej musimy kierować się pragmatyzmem i empatią. Konieczne jest zapewnianie łatwego dostępu do leczenia, programów redukcji szkód i „odstigmatazowanie” konsumentów środków odurzających¹⁹. Wiktor Osiatyński zwraca uwagę, że przy uchwalaniu polityki wobec narkotyków respektowane powinny być prawa ustawowe osób uzależnionych, uwzględniając m.in. prawo do ochrony zdrowia, w tym także leczenia uzależnień. Za pogwałcenie tego prawa można uważać na przykład brak ośrodków terapii w więzieniach lub nadmiernie długie oczekiwanie na leczenie²⁰. Bardzo mnie cieszy, że po latach obowiązywania jednej z najbardziej restrykcyjnych ustaw narkotykowych w Europie, nadszedł w Polsce moment spokojnego rachunku zysków i strat, który pomoże wybrać naprawdę skuteczne strategie radzenia sobie z problemem narkotykowym. Również na polskim gruncie mamy dobre praktyki – jak choćby programy wymiany igieł i strzykawek, o których pisze Grzegorz Wodowski²¹, a które powinny być wprowadzone w każdym mieście naszego kraju. Jesteśmy na dobrej drodze, bo – cytując Krzysztofa Krajewskiego - „jeśli proponowane przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania miałyby przyjąć kształt obowiązującego prawa, oznaczałoby to, że polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii powróciłoby na tory wyznaczone przez tendencje europejskie”²².

* * *

Wszystkie teksty zebrane w niniejszym zbiorze bazują na doświadczeniu międzynarodowym, które pokazuje niezbicie, że – inaczej, niż dwadzieścia lat temu – **dzisiaj już wiemy, co robić, by skutecznie radzić sobie z problemem HIV na świecie**. Wybór tekstów podyktowany był

chęcią przedstawienia polskiemu czytelnikowi pragmatycznych sposobów rozwijania nowoczesnej, respektującej prawa człowieka, polityki narkotykowej i prezentacji godnych powielania przykładów. Są nimi choćby *Refleksje o Sonagachi – programie profilaktyki HIV dla kobiet oferujących usługi seksualne w Zachodnim Bengalu* autorstwa Petera A. Newmana czy *Krótką historią organizacji zrzeszających osoby zażywające narkotyki* Matthew Curtisa. Z kolei Aleksander Zeliczenko w artykule „Jastrzębie”, „Gołębie” i „Sowy” pokazuje, w jaki sposób udało się zreformować nie tylko kirgiskie prawo, ale również postawy funkcjonariuszy policji. Obecnie Kirgizja jest uważana za kraj bardzo postępowy w dziedzinie redukcji szkód²³. Celem przyjętej przez nas międzynarodowej perspektywy jest ukazanie globalnej rangi omawianego problemu.

Wkraczamy obecnie w trzecią dekadę światowej epidemii AIDS, która pochłonęła już więcej istnień ludzkich, niż którakolwiek z wcześniejszych epidemii, więcej ofiar niż wszystkie wojny stoczone na przestrzeni dziejów. Nie zapowiada się, by ten kryzys w dziedzinie zdrowia publicznego został wkrótce zażegnany. Czy Chiny, Rosja i inne kraje powtórzą doświadczenia najbardziej dotkniętych chorobą państw afrykańskich, gdzie, przyjmując racjonalną politykę, można było ocalić miliony osób? Jeśli wykładnią międzynarodowej i krajowej polityki narkotykowej pozostaną moralistyczne i utopijne założenia, a nie rozsądne interwencje oparte na zdrowiu publicznym i prawach człowieka, okaże się, że dwie dekady żałoby i cierpienia oraz 40 milionów zakażeń niczego nas nie nauczyły.

Kasia Malinowska-Sempruch

Dyrektor

International Harm Reduction Development Program

Open Society Institute

Przypisy

- ¹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, <http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology.asp>
- ² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, „UNAIDS Fact Sheet 2002: The Impact of HIV/AIDS”, www.unaids.org
- ³ Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Genewa 1999
- ⁴ Krajowe Centrum ds. AIDS, www.aids.gov.pl
- ⁵ Krzysztof Krajewski, *Prawo wobec narkotyków i narkomanii*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 24.
- ⁶ Ethan Nadelmann, Challenging the Global Prohibition Regime, „International Journal of Drug Policy” 9 (1998): 85-93
- ⁷ Discussing the Issues in Substance Use, Institute for Behavior and Health, <http://www.ibhinc.org/>
- ⁸ Hans-Jörg Albrecht, The Role and Impact of Law and Enforcement in reducing the harms of IDU and HIV/AIDS, Health Canada, Proceedings Report, 2nd International Polity Dialogue on HIV/AIDS. HIV/AIDS and Injecting Drug Use – And – The Question of Compacency, Warszawa, 12-14 listopada 2003
- ⁹ Jennifer Clarke i in, Active and Former Injection Drug Users Report of HIV Risk Behabviors During Periods of Incarceration, Substance Abuse 22, nr 4 (2001): 210
- ¹⁰ Ibidem
- ¹¹ Lew Lewinson, *Rosyjska polityka narkotykowa: czas zmian*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 92 i n.
- ¹² Kasia Malinowska-Sempruch, Jeff Hoover i Anna Aleksandrowa, *Niezamierzone konsekwencje: napędzanie epidemii HIV/AIDS w Rosji i na Ukrainie przez politykę narkotykową*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 285 i n.
- ¹³ Kasia Malinowska-Sempruch, *From Concern to Action: Harm Reduction as the Key to HIV Prevention and Treatment Efforts in Eastern Europe and the Former Soviet Union* (przemówienie wygłoszone na 14 Światowej Konferencji nt. AIDS, Barcelona, 9 lipca 2002)
- ¹⁴ Ibidem
- ¹⁵ Aryeh Neier, *Focus on Human Rights*, „Harm Reduction News”, wiosna 2003, Vol. 1, nr 1
- ¹⁶ Wiktor Osiatyński, *Prawa osób uzależnionych i używających narkotyki*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 138 i n.
- ¹⁷ Bogusława Bukowska, *Testowanie uczniów w szkole na obecność narkotyków – za i przeciw*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 216 i n.

- ¹⁸Wiktor Osiatyński, *Prawa osób uzależnionych i używających narkotyki*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 147.
- ¹⁹Kasia Malinowska-Sempruch, *HIV Epidemics Driven by Injecting Drug Users; Observations from the former Soviet Union* (przemówienie wygłoszone na 12 Konferencji nt. Retrowirusów i Infekcji Oportunistycznych, Boston, 22 lutego 2005)
- ²⁰Wiktor Osiatyński, *Prawa osób uzależnionych i używających narkotyki*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 141.
- ²¹Grzegorz Wodowski, *Igły, strzykawki i prawa człowieka*, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red.: Kasia Malinowska-Sempruch, s. 370 i n.
- ²²Krzysztof Krajewski, *Prawo wobec narkotyków...*, s. 61.
- ²³Aleksander Zeliczenko, „Jastrzębie”, „Gołębie” i „Sowcy”. Kilka uwag na temat konieczności zmiany strategii narkotykowych, w: *Niezamierzone konsekwencje: polityka narkotykowa i prawa człowieka*, red. Kasia Malinowska-Sempruch, s. 113 i n.

Część 1

Wojna z narkotykami i rozprzestrzenianie się wirusa HIV

Wstęp

W pierwszej części niniejszego zbioru przedstawiono różne podejścia do polityki narkotykowej oraz ich wpływ na zdrowie publiczne, ze szczególnym uwzględnieniem rozprzestrzeniania się wirusa HIV. Polityka narkotykowa w tradycyjnym jej rozumieniu kryminalizuje narkotyki oraz wszelkie zachowania wiążące się z ich zażywaniem, mając na celu całkowite wyeliminowanie środków odurzających i wywoływanych przez nie skutków. Takie podejście, określane mianem zera tolerancji zakłada, że używanie narkotyków jest jednym z najważniejszych zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. W walce z tak pojętym zagrożeniem wykorzystywane są zatem restrykcje i rygorystyczne zaostrzanie przepisów prawnych, które często naruszają prawa człowieka. Twórcy polityki zera tolerancji nie dostrzegają faktu, na który zwracają uwagę niektórzy z autorów w tym rozdziale: skutkiem naruszania praw człowieka jest szczególna podatność na ryzyko zakażenia wirusem HIV, w związku z czym prowadzenie takiej polityki stanowi zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego.

Przedstawione w tej części książki punkty widzenia dają podstawy do zrozumienia związku między polityką narkotykową, prawami człowieka i rozprzestrzenianiem się HIV i AIDS. Warte szczególnej uwagi są ramy, w jakie autorzy wpisują analizowane zjawiska, ponieważ są one jednocześnie głównymi wątkami toczących się aktualnie debat na temat kształtu polityki narkotykowej. Jednym z najważniejszych tematów dyskusji jest konflikt między prawami jednostki i szeroko rozumianym dobrem publicznym. Kluczowe pytanie, które pada w tej części i obecne jest we wszystkich tekstach niniejszej antologii, to czy te dwa równorzędne cele rzeczywiście pozostają wobec siebie w opozycji, a nawet wykluczają się nawzajem. Zamierzeniem autorów artykułów jest zwrócenie uwagi czytelników na sposoby, jakimi restrykcyjne przepisy narkotykowe naruszają prawa człowieka, a także zachęcenie do zastanowienia się, na ile prowadzenie takiej polityki sprowadza się

do wyboru: czyje prawa należy szanować, a czyje poświęcać w imię dobra publicznego.

Część pierwszą rozpoczyna artykuł Krzysztofa Krajewskiego „Prawo wobec narkotyków i narkomanii”. Autor przedstawia ogólne założenia tzw. prohibicyjnego podejścia do środków odurzających i substancji psychotropowych, które jest obecnie preferowane niemal we wszystkich krajach świata. Krajewski wykazuje nieskuteczność, a wręcz szkodliwość takiego podejścia nie tylko dla użytkowników narkotyków, ale przede wszystkim dla całego systemu prawnego i państwowego. Zauważa, między innymi, że penalizacja posiadaczy narkotyków nie przyczynia się ani do ograniczenia podaży, ani popytu. Krytyka ta ma jednak charakter konstruktywny, gdyż w dalszej części Krajewski przedstawia szereg możliwych, alternatywnych działań w odniesieniu do omawianego problemu, które – jak pokazuje praktyka – są o wiele skuteczniejsze niż represja. Kolejną część opracowania stanowi przedstawienie polskiej polityki wobec narkotyków i narkomanii, z uwzględnieniem najważniejszych jej etapów, w tym zwłaszcza obecnie obowiązującej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (w kształcie po nowelizacji z 2000 roku), jak też projektu nowej ustawy, zaproponowanego w styczniu 2005 roku przez Ministerstwo Zdrowia. Krajewski zauważa jednak, że największą trudność, na gruncie polskim, stanowić będzie pogodzenie dwóch grup celów, jakie można realizować wobec narkomanów i osób zajmujących się handlem narkotykami: represji i leczenia. Trudność, zdaniem autora, polega w tym zakresie na braku porozumienia pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za realizację tych celów.

Kolejnym artykułem jest „Zdroworozsądkowa polityka narkotykowa” Ethana Nadelmanna. Autor krytycznie przygląda się opartej na egzekwowaniu prawa karnego polityce narkotykowej USA. Stwierdza, że na przestrzeni dziesięcioleci „wojna z narkotykami” okazała się nieskuteczna, ponieważ przedkłada retorykę nad realizm i moralizm nad pragmatyzm. Prowadzone w Stanach Zjednoczonych kampanie, zamiast wpływać na poprawę bezpieczeństwa i zdrowia publicznego, doprowadziły do wręcz odwrotnych rezultatów.

Zażywanie cracku* oraz związane ze stosowaniem innych narkotyków zakażenia HIV osiągnęły już poziom epidemii. Nadelmann opowiada się za przyjęciem podejścia opartego na redukcji szkód, które na pierwszym miejscu, zamiast obaw natury moralnej, stawia zdrowie publiczne. Wierzy, że wśród innowacyjnych programów redukcji szkód pierwszoplanowe znaczenie dla powstrzymania epidemii HIV mają: łatwo dostępne sterylne strzykawki, możliwość korzystania z terapii metadonowej, pomieszczenia do bezpiecznej iniekcji narkotyków, dekryminalizacja posiadania i sprzedaży detalicznej marihuany (oraz, w niektórych przypadkach, posiadania niewielkiej ilości „twardych” narkotyków), a także włączenie zasad redukcji szkód do lokalnych strategii zdrowia publicznego.

W kolejnym tekście, „Rosyjska polityka narkotykowa: czas zmian”, Lew Lewinson przedstawia sposób, w jaki wprowadzana w życie przez skorumpowane instytucje rządowe polityka egzekwowania prawa karnego doprowadziła do wzrostu związanych z konsumpcją narkotyków zakażeń HIV w Rosji. Autor opisuje również nowelizację przepisów antynarkotykowych w Rosji, która weszła w życie 12 maja 2004 roku, dostosowując częściowo prawo do rzeczywistości. Konkluzją Lewinsona jest stwierdzenie, że wprowadzenie bardziej humanitarnej polityki narkotykowej i włączanie w nią środków redukcji szkód ograniczyłoby kryminalizację i penalizację osób zażywających narkotyki, a także zapobiegłoby rozprzestrzenianiu się wirusa HIV i innych niebezpiecznych chorób. W walce o taką właśnie zmianę polityki autor zaleca współpracę między organizacjami zajmującymi się prawami człowieka i redukcją szkód.

W tekście „Rola i skuteczność prawa oraz jego egzekwowania w ograniczaniu szkód IDU i HIV i AIDS”, Hans-Jörg Albrecht bada związki między egzekwowaniem prawa i rozprzestrzenianiem się wirusa HIV w kilku krajach. Rozważania autora kończą się wnioskiem, że represyjna i restrykcyjna polityka narkotykowa, oparta wyłącznie na egzekwowaniu prawa karnego, wiąże się z wyższymi odsetkami zakażeń wirusem HIV oraz występowaniem wielu innych problemów. Autor

* Crack – odmiana kokainy przeznaczona do palenia (przyp. tłum.)

zaleca, by poszczególne kraje dostosowały zarówno prawo karne, jak i praktykowane sposoby jego egzekwowania w taki sposób, by dopuścić możliwość prowadzenia działań z zakresu redukcji szkód, których skuteczność w zmniejszaniu problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków została już dawno udowodniona.

W tekście „«Jastrzębie», «gołębie» i «sowy»” Aleksander Zeliczenko przedstawia krytykę represyjnego podejścia do osób zażywających narkotyki, które sam reprezentował przez wiele lat, jako funkcjonariusz milicji i policji. Zwraca uwagę, że represja użytkowników w żadnym stopniu nie powstrzymała rozwoju narkomanii, ani tym bardziej negatywnych skutków, które ta ostatnia ze sobą niesie (na przykład pandemia HIV). Zeliczenko stwierdza, że właściwą reakcją na omawiany problem jest redukcja szkód, w tym zwłaszcza programy terapii substytucyjnej. Tekst kończy się polemiką autora z głównymi argumentami przeciwników wprowadzania w życie programów metadonowych.

Część pierwszą niniejszego tomu kończy komentarz Roberta Newmana. Tekst „HR2” stanowi doskonałe przejście do drugiej części książki, ponieważ wyraźnie pokazuje współzależność praw człowieka i redukcji szkód. Newman wprowadza analogię z torami kolejowymi – obydwa zmierzają w tym samym kierunku, jednak żaden z nich nigdy nie dotrze do celu samodzielnie.

Prawo wobec narkotyków i narkomanii

Krzysztof Krajewski

Dylematy ustawodawstwa dotyczącego narkotyków i narkomanii.

Panujące obecnie na świecie podejście do środków odurzających i substancji psychotropowych, zwanych potocznie narkotykami, określa się mianem podejścia prohibicyjnego. Oznacza to, iż narkotyki stanowią substancje nielegalne: obrót nimi i ich używanie są przez prawo zakazane, a na straży przestrzegania owego zakazu stoją, niejednokrotnie bardzo surowe, sankcje karne. Nie dotyczy to jedynie stosunkowo wąskiego zakresu medycznych i naukowych zastosowań tych substancji, w którym to zakresie są one poddane bardzo rygorystycznej kontroli i reglamentacji. Inaczej mówiąc, istotą podejścia prohibicyjnego jest traktowanie obrotu narkotykami i ich wykorzystywania w celach nie-medycznych przede wszystkim jako problemu prawnokarnego i kryminalnopolitycznego. Jest to podejście odmienne od dominującego w drugiej połowie XIX w., kiedy to używanie i nadużywanie narkotyków (wówczas głównie opium i morfiny) postrzegano przede wszystkim jako problem medyczny, uznając wyłączność interwencji lekarskiej w te sprawy. Innymi słowy, w ramach podejścia prohibicyjnego narkomani (tj. osoby uzależnione) oraz inni użytkownicy narkotyków (tzw. użytkownicy eksperymentujący oraz okazjonalni), są traktowani zasadniczo jako przestępcy zasługujący na określoną karę, a nie jako osoby chore wymagające leczenia i pomocy. Geneza tej zmiany podejścia i proces kształtowania się systemu prohibicyjnego stanowią zresztą niezwykle ciekawy materiał badawczy dla historyka czy socjologa. Jest to jednak zagadnienie przekraczające ramy niniejszego opracowania.

W ciągu ostatnich trzydziestu lat można było obserwować narastanie krytyki podejścia prohibicyjnego wobec narkotyków i narkomanii i pojawianie się coraz częstszych apeli o poważne zastanowienie się nad koniecznością zmiany polityki w tym zakresie. Argumenty antyprohibicyjne, tak samo zresztą jak w przypadku argumentów przeciwko prohibicji alkoholowej, z której zrezygnowano (poza niektórymi krajami muzułmańskimi, gdzie ma to jednak uwarunkowania w religii i tradycji), opierają się na trzech podstawowych twierdzeniach (Nadelmann 1990; Inciardi 1991; Trebach, Inciardi 1993).

Po pierwsze, twierdzi się, iż narkotyki stanowią swoisty „powszechnik” kulturowy występujący we wszystkich bez wyjątku znanych kulturach. Takimi narkotykami powszechnie i legalnie używanymi w naszym kręgu kulturowym są chociażby alkohol i tytoń. Stąd wszelkie próby wyeliminowania ich z życia społecznego, stworzenia „społeczeństwa wolnego od narkotyków” itp. uważa się za skazane z góry na porażkę. Nie musi to zresztą oznaczać konieczności pogodzenia się z powszechnością odurzania się, a jedynie twierdzenie, iż zakazami i karami niewiele da się tu osiągnąć.

Po drugie uważa się, iż prohibicja – funkcjonująca w stosunku do narkotyków, z mniejszą lub większą intensywnością, od około stu lat – jest wyjątkowo nieskuteczna. Jeśli za jej podstawowy cel uznać bowiem redukcję, albo co najmniej zapobieganie zwiększaniu się rozmiarów używania narkotyków w celach niemedyceńskich, a tym samym ochronę jednostek i społeczeństw przed negatywnymi konsekwencjami tego zjawiska, to prohibicję uznać należy za jedno wielkie niepowodzenie. Od momentu jej wprowadzenia mamy bowiem do czynienia ze wzrostem wskaźników zjawiska niemedyceńskiego używania narkotyków, które szczególnie niepokojące rozmiary przyjmuje w USA, w wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej, ale w ostatnich latach także w Europie Centralnej i Wschodniej. W tym sensie gigantyczne środki finansowe, materialne i ludzkie pochłaniane przez tzw. wojnę z narkotykami dają w gruncie rzeczy mizerny efekt. Skala zjawiska narkomanii nie tylko nie uległa zmniejszeniu, ale nie zdołano nawet doprowadzić do jego stabilizacji. W tym kontekście niektóre dokumenty ONZ zakładające zmniejszenie o połowę, do roku 2008,

poziomu używania narkotyków w świecie, uznać należy za przejaw całkowitego braku realizmu.

Po trzecie wreszcie twierdzi się, iż prohibicja wywołuje cały szereg bardzo negatywnych konsekwencji ubocznych, a szkody społeczne i indywidualne przez nią powodowane są znacznie poważniejsze niż te, będące wynikiem samej narkomanii. Inaczej mówiąc, twierdzi się, iż lekarstwo okazało się znacznie gorsze niż choroba, którą miało leczyć. Zdaniem krytyków prohibicji szkodliwość tego podejścia uwidacznia się na trzech podstawowych płaszczyznach. Pierwsza z nich to płaszczyzna ogólnospołeczna. Prohibicja prowadzi przede wszystkim do niesłychanego wzrostu czarnorynkowej ceny narkotyków. Rzeczywiste koszty produkcji heroiny, kokainy, LSD czy marihuany są – tak samo jak koszty produkcji alkoholu – minimalne. Wysoka cena czarnorynkowa jest natomiast konsekwencją tego, iż nielegalni producenci, przemysłowcy czy handlarze tych substancji rekompensują sobie w ten sposób ryzyko związane ze swoją działalnością. Tym samym jednak prohibicja – co jest największym paradoksem tego podejścia – zamiast odstraszac i zniechęcać do handlu środkami odurzającymi czy ich przemytu wysokością grożących kar, czyni taką działalność czymś dla wielu osób bardzo atrakcyjnym. Dotyczy to szczególnie tych społeczeństw, w których sytuacja gospodarcza pozbawia szerokie nierzaz rzesze ludności dostępu do legalnych źródeł dochodu, utrzymania i kariery. Kolejka czekających na sukcesę po zabitym w latach dziewięćdziesiątych przez policję kolumbijską „baronie kokainowym” Pablo Escobarze może stanowić najbardziej przekonującą ilustrację tego zjawiska. Dotyczy to jednak także „płotek” międzynarodowego i krajowego nielegalnego obrotu narkotykami.

W konsekwencji prohibicja stanowi dzisiaj podstawę finansowej potęgi zorganizowanej przestępczości i z tego punktu widzenia można twierdzić, że gdyby prohibicji nie było, trzeba by ją czym prędzej wymyślić. Gigantyczne dochody jakich dostarcza światowy „narkobiznes” dają z kolei organizacjom przestępczym nieograniczone możliwości korumpowania policjantów, prokuratorów, sędziów, urzędników państwowych i polityków. Chicago czasów prohibicji alkoholowej i Ala Capone może służyć jako najjaskrawszy przykład tego zjawiska.

W wielu krajach, takich jak np. Kolumbia, prowadzi to do sytuacji, w której nie za bardzo wiadomo, kto w rzeczywistości sprawuje tam władzę: legalny rząd czy „narkomafia”. Trzeba także pamiętać, iż wielkość potencjalnych zysków z handlu narkotykami prowadzi do zacieklej konkurencji pomiędzy grupami przestępczymi, a na tym tle rodzi się potężna fala najpoważniejszych przestępstw z użyciem przemocy – od zabójstw na zlecenie i „wojen gangów” (czego przykłady znamy także w Polsce) po kampanie terroru bombowego (jak to miało i wciąż ma miejsce chociażby w Kolumbii).

Druga ze wspomnianych płaszczyzn to szkodliwość prohibicji dla prawa karnego, wymiaru sprawiedliwości i praw obywatelskich. Uważa się, iż ze względu na specyficzny charakter przestępstw związanych z nielegalnym obrotem środkami odurzającymi, jako tzw. przestępstw bez ofiar, czy też „przestępstw konsensualnych”¹, normalne instrumenty działań policyjnych nie wystarczają do efektywnego zwalczania przestępczości narkotykowej. Policja nie może tu bowiem liczyć na ujawnienie przestępstwa w drodze skargi osoby pokrzywdzonej i jej zeznania w charakterze świadka, bo takiej osoby w przypadku wspomnianych czynów po prostu nie ma. Na przykład zarówno handlarz narkotykami, jak i będący jego klientem narkoman mają najgłębszy interes w utrzymaniu swych działań w tajemnicy. Jest to sytuacja zupełnie inna niż w przypadku tzw. przestępstw pospolitych, jak kradzież czy oszustwo, gdzie pokrzywdzonemu powinno zależeć na poinformowaniu organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu². Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest konieczność zmiany przez policję strategii działań. W przypadku przestępstw pospolitych jej działania mają najczęściej charakter – jak to się określa – reaktywny (*reactive policing strategies*), tzn. policja podejmuje działania na skutek skargi pokrzywdzonego³. W sytuacji dokonania przestępstw narkotykowych, czy innych przestępstw bez ofiar, policja w zakresie ich ujawniania może liczyć praktycznie tylko i wyłącznie na własną aktywność, co zmusza ją do tzw. działań o charakterze „proaktywnym” (*proactive policing strategies*). Stąd nieustanne domaganie się przez policję na całym świecie specjalnych uprawnień i nadzwyczajnych pełnomocnictw, które mają ułatwić ujawnianie czynów naruszających prohibicję oraz pociąganie ich sprawców do odpowiedzialności karnej.

Wśród owych nadzwyczajnych instytucji najczęściej wymienia się szerszą dopuszczalność stosowania podsłuchu, inwigilacji, czy przeszukiwania osób i pomieszczeń, prowokację policyjną, przesyłkę kontrolowaną, świadka koronnego itp. Powszechnie stawianym wobec tego typu instytucji zarzutem jest niebezpieczeństwo ich nadużywania i zagrożenie, jakie w związku z tym stwarzają one dla praw i wolności obywatelskich oraz gwarancji praw osób podejrzanych i oskarżonych w procesie karnym. Problem ten dotyczy zresztą nie tylko prawa i procesu karnego, ale i wielu innych gałęzi prawa. Wystarczy wspomnieć osłabianie ochrony tajemnicy bankowej motywowane koniecznością ułatwienia walki ze zjawiskiem prania brudnych pieniędzy, czy rozszerzające się w wielu krajach poddawanie pracowników testom na obecność narkotyków w organizmie. Za każdym razem mamy tu do czynienia z działaniami, których rezultatem może być daleko posunięta ingerencja państwa w sferę wolności osobistej i prywatności obywateli, przy czym ze względu na tajny charakter operacji policyjnych w sprawach narkotykowych, możliwości kontroli (np. sądowej) są tu najczęściej poważnie ograniczone. Jakkolwiek podnoszone w związku z tym przez niektórych autorów obawy o nadejście swoistej wersji *Roku 1984*, czy groźby nowego totalitaryzmu wydają się przesadzone, nie można zaprzeczyć, iż mamy tu do czynienia z wieloma rzeczywistymi, poważnymi problemami.

Trzecia wreszcie płaszczyzna związana jest ze szkodliwością prohibicji dla osób uzależnionych od narkotyków, a szerzej konsumentów. Twierdzi się mianowicie, iż prohibicja pogłębia negatywne konsekwencje indywidualne i społeczne przyjmowania środków odurzających. Inaczej mówiąc, śladem tezy wybitnego socjologa amerykańskiego Arthura R. Lindesmitha (Lindesmith 1965), uważa się, iż rozliczne negatywne konsekwencje uzależnienia od narkotyków, występujące współcześnie szczególnie wyraźnie u konsumentów opiatów i przejawiające się w postaci stosunkowo szybkiej i głębokiej destrukcji zdolności do normalnego pełnienia ról społecznych innych niż rola narkomana i towarzyszącej temu marginalizacji społecznej (tzw. *junkie syndrom*, „syndrom ćpuna”), stanowią nie tylko rezultat farmakologicznych właściwości substancji psychoaktywnych, ale także – w znacznym stopniu, jeśli nie przede wszystkim – skutek podejścia prohibicyjnego. Problem

polega na tym, iż prohibicja czyni korzystanie z narkotyków działaniem nielegalnym. Oznacza to, iż narkoman, aby uzyskać substancję będącą dlań przedmiotem pożądania, musi wejść w kontakt z handlarzem. W konsekwencji, poza uzależnieniem od narkotyku, jest on uzależniony także od swego „dealera” i brutalnych praw rządzących czarnym rynkiem. Oddanie narkomanów w ręce handlarzy prowadzi do używania substancji zanieczyszczonych i o dokładnie nieznanym składzie, co z kolei skutkuje częstymi zatruciami i przedawkowaniami. Powoduje to również sięganie do ryzykownych metod konsumpcji, jakie rozprzestrzeniają się w podkulturze narkomańskiej, przede wszystkim aplikowania dożylnego przy wykorzystaniu niesterylnych i używanych wspólnie przez wiele osób igieł i strzykawek. Pociąga to za sobą liczne infekcje, a szczególnego znaczenia nabiera wobec epidemii HIV. Narkomani w związku z grożącą im odpowiedzialnością karną unikają również wszelkich kontaktów ze światem zewnętrznym. Dotyczy to nie tylko ewentualnych kontaktów z policją i służbami porządkowymi (co samo w sobie jest zrozumiałe), ale odnosi się także do styczności z osobami czy instytucjami, które mogłyby udzielić im pomocy i opieki, a więc wszelkich służb medycznych i socjalnych. Mogą być one często postrzegane jako źródło zagrożenia, kontakty z którym mogą również oznaczać odpowiedzialność karną. Wreszcie narkomani, którzy płacą wysokie, czarnorynkowe ceny narkotyków, a najczęściej nie mają żadnych oficjalnych źródeł dochodów, zmuszeni są zdobywać środki na nie w sposób nielegalny, zazwyczaj poprzez popełnianie rozmaitych przestępstw przeciwko mieniu lub poprzez uprawianie prostytucji. Pogłębia to dodatkowo ich nieprzystosowanie i marginalizację społeczną.

Reasumując można powiedzieć, iż prohibicja spychając konsumentów narkotyków do podziemia i utrudniając dostęp do podkultury służbom socjalnym i medycznym, pogłębia negatywne konsekwencje uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W tym kontekście dla kontrastu przywołuje się bardzo często obraz tzw. „społecznie ustabilizowanego narkomana” (Frieske, Sobiech 1987), jakim był najczęściej przeciętny konsument morfiny do końca lat pięćdziesiątych. Nie wnikać w szczegóły dyskusji na temat możliwości kontrolowanego, okazjonalnego, czy „rekreacyjnego” przyjmowania środków odurzających lub

substancji psychotropowych (szczególnie opiatów), wypada stwierdzić, iż kryminalizacja konsumentów narkotyków i ich karanie niewątpliwie intensyfikują problemy tych osób. W tym sensie wtórne konsekwencje negatywne prohibicji dla uzależnionych, często są rzeczywiście o wiele poważniejsze niż negatywne konsekwencje pierwotne używania środków odurzających, którym prohibicja chce zapobiegać.

Alternatywy wobec polityki prohibicji.

W konsekwencji powyższej krytyki prohibicji, od pewnego czasu mamy na świecie do czynienia z ponawianymi postulatami odstąpienia od tej strategii i zalegalizowania substancji psychoaktywnych. Podkreślić przy tym należy, iż w przeciwieństwie do okresu lat sześćdziesiątych, gdy dążenia takie uzasadniano – szczególnie w kręgach osób związanych z ruchem kontestacji i kontrkultury – wolnością jednostki i jej „prawem do odurzania się”, czy też „prawem do odmienności” (*right to be different* – termin, który ukuł znany amerykański radykalny psychiatra Thomas Szasz: Szasz 1987), dzisiaj argumenty te mają całkowicie pragmatyczny charakter i opierają się na rachunku zysków i kosztów polityki zakazu. Głównymi zwolennikami likwidacji prohibicji i oddania problemu w ręce wolnego rynku i sił popytu oraz podaży są obecnie neoliberalni i neokonserwatywni ekonomiści, m.in. Milton Friedmann (Friedmann 1992) i Gary S. Becker – laureaci Nagrody Nobla. Tak skrajne postawienie sprawy wydaje się jednak trudne do przyjęcia, a radykalny zabieg legalizacyjny, przynajmniej dzisiaj – zbyt ryzykowny. Trzeba bowiem pamiętać, że jakkolwiek różne substancje odurzające stanowią wspomniany „powszechnik” kulturowy, to jednak podlegają w ramach poszczególnych kultur procesom integracji. Z tego punktu widzenia porównanie heroiny czy kokainy z alkoholem nie jest do końca zasadne, nie tylko z farmakologicznego, ale także socjologicznego punktu widzenia. W kulturze zachodniej alkohol jest substancją kulturowo zintegrowaną, co przynajmniej w pewnym zakresie ogranicza jego szkodliwe działanie indywidualne i społeczne, a prawo (w tym prawo karne) może odgrywać tu zdecydowaną subsydiarną rolę. Natomiast w przypadku heroiny, kokainy, czy nawet *cannabis*,

w społeczeństwach zachodnich brak jest nieformalnych, kulturowych norm kontroli ich konsumpcji, które z kolei istnieją w niektórych innych kulturach. Stąd zasadnie można twierdzić, iż nie tylko ze względu na swe właściwości farmakologiczne, środki te mogą łatwiej wymknąć się spod kontroli i muszą być poddane mechanizmom formalnym, prawnym. Trzeba zresztą pamiętać, iż nawet alkohol nie jest nigdzie substancją o charakterze całkowicie wolnorynkowym. We wszystkich krajach, w których nie stanowi on przedmiotu prohibicji, podlega mniej lub bardziej rygorystycznej reglamentacji mającej na celu ograniczenie jego dostępności ekonomicznej i fizycznej, a przez to także rozmiarów konsumpcji.

Faktem jest także, iż dzisiaj mamy już pełną świadomość rozmaitych negatywnych konsekwencji prohibicji, które są czymś niewątpliwym i których istnienie nie podlega dyskusji. Równocześnie jednak, pomimo wszelkich symulacji dokonywanych przez ekonomistów, nie jesteśmy w stanie dokładnie przewidzieć co nastąpiłoby po decyzji legalizacyjnej – czy nie doprowadziłaby ona mimo wszystko do istotnego wzrostu rozmiarów konsumpcji narkotyków (MacCoun, Reuter 2001). A byłoby to na pewno wysoce niepożądane. Wyniki badań empirycznych pokazują, iż podstawowym czynnikiem, jaki dzisiaj powstrzymuje ludzi przed zażywaniem środków odurzających nie jest bynajmniej zakaz prawny. Większość spośród tych, którzy nie sięgają po te substancje czyni to z obawy przed uzależnieniem, szkodami zdrowotnymi, pogorszeniem perspektyw na przyszłość itp. Oznacza to, że nawet zniesienie zakazu prawnokarnego najprawdopodobniej niewiele by tu zmieniło, szczególnie w krótkim okresie czasu. Nie wiadomo jednak, czy w perspektywie dłuższej nie nastąpiłaby tu jakaś forma erozji pozaprawnych czynników powstrzymujących, a tym samym wzrost rozmiarów używania, który mógłby mieć i tak poważne konsekwencje (nawet jeśli byłby niezbyt wielki). Nie można także zapominać, iż legalizacja narkotyków nie mogłaby być całkowitą legalizacją dla każdego. Musiałaby sprowadzać się do jakiejś formy reglamentacji przewidującej chociażby ochronę małoletnich. W takiej zaś sytuacji nie do uniknięcia byłoby też istnienie pewnych form czarnego rynku. To zaś oznacza, iż istniejące struktury mafijne podjęłyby na pewno próby dostosowania się do nowej sytuacji, chcąc chociażby poprzez zwiększenie obrotów nadrobić

straty wynikłe z ewentualnego spadku cen, czego warunkiem byłby wzrost poziomu konsumpcji.

W sumie wprowadzenie kilkadziesiąt lat temu systemu prohibicyjnego można dzisiaj uznać za błąd. Było to zresztą swoiste pójście po linii najmniejszego oporu, bo decyzje kryminalizacyjne podejmuje się łatwo, nierzadko bez zastanawiania się nad ich dalszymi konsekwencjami i możliwościami ich praktycznego zrealizowania. Dzisiaj sprawy zaszły za daleko. Problem odpowiedzialnego i możliwie najmniej ryzykownego wycofania się z owej niefortunnej decyzji jest zagadnieniem niezwykle skomplikowanym. Co więcej, trzeba mieć świadomość, iż ewentualna decyzja legalizacyjna w stosunku do narkotyków nie znajduje dzisiaj chyba nigdzie na świecie akceptacji większości społeczeństwa, ani nie jest popierana przez jakąś większość parlamentarną. Nie znaczy to, że przeciwnicy prohibicji nie mogą kontynuować wysiłków w celu przekonania większości społeczeństw i polityków do słuszności takiej decyzji. Trzeba jednak wiedzieć, że ewentualne powstanie stosownej większości popierającej takie rozwiązanie to kwestia co najmniej dziesiątków lat. Nie jest to więc perspektywa dająca szanse rozwiązywania bieżących problemów i negatywnych konsekwencji, jakie mogą wynikać z polityki prohibicji.

W tym kontekście wypada stwierdzić, iż jednym z podstawowych problemów dotychczasowych dyskusji na temat polityki wobec narkotyków i narkomanii była dominacja podejść skrajnych. Z jednej strony występował obóz jednoznacznych zwolenników polityki prohibicji, który podstawowy problem widział w szkodliwości substancji psychoaktywnych. Oznaczało to twarde opowiadanie się za traktowaniem narkotyków i narkomanii jako istotnego problemu moralnego współczesnego świata, który powinien być zwalczany głównie poprzez bezwzględną represję i przy posiłkowym jedynie wykorzystaniu środków polityki społecznej i zdrowotnej. Takie podejście znany specjalista amerykański w dziedzinie polityki narkotykowej Peter Reuter (Reuter 1992) określił swego czasu mianem „postawy jastrzębia”. Z drugiej strony występował obóz zwolenników legalizacji, akcentujący szkodliwość polityki prohibicji i domagający się porzucenia tej strategii. Takie podejście Reuter nazwał „postawą gołębia”. Problem w tym,

iż oba te podejścia były i są w jakimś sensie jednostronne. Na pewno nie można bagatelizować szkodliwości farmakologicznej narkotyków, choć należy pamiętać o tym, że nie są to substancje „nie z tej ziemi”, że towarzyszą ludzkości od zarania dziejów. Ale nie można także zamykać oczu na nieskuteczność dotychczasowych form polityki prohibicji i szeregu jej dobrze udokumentowanych skutków ubocznych. Przechodzenie nad tym do porządku dziennego jest równie niedopuszczalne, jak bagatelizowanie szkodliwości nielegalnych używek. Uświadomienie sobie tych faktów może i powinno prowadzić do przemyślenia dotychczasowej polityki i poszukiwania rozwiązań, które miałyby szanse z jednej strony zapewnienia społeczeństwu jak najlepszej ochrony przed negatywnymi konsekwencjami społecznymi i indywidualnymi używania narkotyków dla celów pozamedycznych, z drugiej zaś – minimalizacji negatywnych konsekwencji społecznych i indywidualnych, jakie wywołuje przyznawanie represji pierwszorzędnej roli w polityce wobec narkotyków i narkomanii.

Czy takie strategie alternatywne w ogóle istnieją? Wbrew pozorom wydaje się, że tak! Zupełne odstąpienie od polityki prohibicji nie jest dzisiaj postulatem ani realistycznym, ani – co ważniejsze – zasadnym. Rzecz jednak w tym, że wbrew pozorom prohibicja może przyjmować różną postać. Z jednej strony możemy mieć do czynienia z jej rygorystyczną, „twardą” wersją w ujęciu narkotykowych „jastrzębi”. Podejście to może jednak przyjmować także swoistą złagodzoną, „miękką” wersję, która przede wszystkim próbuje unikać skrajności pozostałych koncepcji, wyciągać wnioski z dotychczasowych niepowodzeń i minimalizować ewentualne negatywne skutki realizowanych wcześniej rozwiązań. Takie kompromisowe podejście Reuter określa mianem „postawy sowy”. Wydaje się zresztą, iż jest to niezwykle trafna przenośnia – jak wiadomo ptak ten w mitologii greckiej był symbolem mądrości. Oznacza to, iż „postawa sowy” w polityce wobec narkotyków i narkomanii opierać się powinna głównie na argumentach racjonalnych, a nie emocjonalnych. Niestety argumentacja emocjonalna była i jest nadal podstawowym grzechem, zarówno zwolenników rygorystycznej prohibicji („jastrzębi”), jak i obozu postulującego legalizację („gołębi”).

Na czym zatem polega kompromis, czy też rozwiązania pośrednie w polityce wobec narkotyków i narkomanii proponowane w ramach postawy „sowy”? Najważniejsze w takich działaniach jest to, iż nie rezygnując z samej zasady prohibicji, tzn. nielegalnego statusu środków odurzających i substancji psychotropowych, poszukują sposobów na to, by w ramach takiego podejścia umożliwić przekształcenie problemu używania narkotyków – z kryminalnopolitycznego w przede wszystkim socjalny i zdrowotny. Podstawowymi narzędziami realizacji tego postulatu są instrumenty dekryminalizacji i depenalizacji (lecz nie legalizacji) oraz tzw. redukcji szkód (*harm reduction*).

Istota takiego podejścia opiera się na spostrzeżeniu, iż problem narkotyków i narkomanii składa się z dwóch, niejako oddzielnych, aspektów które, odwołując się do terminologii ekonomicznej, określa się mianem podaży i popytu. Są one ze sobą nierozdzielnie związane, ale przynajmniej analityczne ich wyodrębnienie ma istotne znaczenie dla formułowania celów i określania metod podejścia do problemu środków odurzających. Podaż to wszystkie te czynności, które związane są z dostarczaniem tych substancji konsumentom, a więc ich produkcja, przemysł, handel nimi (tak hurtowy jak i detaliczny), czy wszelkie inne formy wprowadzania narkotyków do obrotu i udzielania ich innym osobom, a także takie formy posiadania, z którymi wiąże się zamiar wprowadzenia ich do obrotu. W tym zakresie, a więc po stronie podaży, prohibicja powinna nadal obowiązywać, co oznacza utrzymanie kryminalizacji czynów polegających na stwarzaniu podaży narkotyków i ścigania ich sprawców. Dotyczy to przede wszystkim środków takich jak opiaty czy kokaina, czyli tzw. narkotyków twardych. Można natomiast ewentualnie próbować eksperymentować z pewnym zakresem liberalizacji podaży substancji mniej szkodliwych, a więc tzw. narkotyków miękkich, przede wszystkim z grupy *cannabis*. Holenderski eksperyment z tzw. *coffee shops*, czy projektowana reforma w tym zakresie w Szwajcarii, mogą stanowić tu bardzo pouczające przykłady. Należy jednak pamiętać, iż oba te eksperymenty mają miejsce w krajach o dość specyficznym charakterze, stąd doświadczeń tych nie należy bezrefleksyjnie uogólniać.

Odmienne wygląda sprawa w odniesieniu do popytu na narkotyki, czyli ich konsumpcji i konsumentów. Chodzi tutaj o takie czynności jak nabywanie, przewożenie, uprawianie czy posiadanie, których celem jest jedynie własne użycie środków odurzających, a nie ich wprowadzanie do dalszego obrotu. W tym zakresie już dzisiaj można postulować szeroką dekryminalizację i depenalizację, czyli wycofanie prawa karnego w stosunku do konsumentów. Można i należy tak uczynić przede wszystkim ze względu na szczególną nieefektywność i szkodliwość stosowania sankcji karnych wobec osób zażywających narkotyki. Podkreślić przy tym należy, iż dekryminalizacja czy depenalizacja używania tych substancji nie mogą i nie powinny być w żadnym wypadku utożsamiane z ich legalizacją, co ma niestety często miejsce w mediach i wypowiedziach polityków. Dekryminalizacja używania oznacza jedynie, iż konsumpcja przestaje być czynem zabronionym pod groźbą kary (a więc w Polsce przestępstwem lub wykroczeniem), nie staje się jednak czynem legalnym, dozwolonym przez prawo. Pozostaje nielegalna w rozumieniu prawa administracyjnego. Depenalizacja oznacza natomiast, iż przy formalnym zachowaniu statusu takich zachowań jako czynów zabronionych pod groźbą kary, rezygnuje się – najczęściej w oparciu o tzw. zasadę oportunistu ścigania – z realizacji tej groźby w praktyce. W żadnym wypadku nie należy tego traktować jako umożliwienia legalnego dostępu do narkotyków.

Nie oznacza to także oczywiście, iż problem popytu na narkotyki i ich konsumpcji powinien zniknąć w ogóle z pola widzenia państw i społeczeństw. Wręcz przeciwnie, popyt i konsumenci (a także konsumenci potencjalni) powinni stać się przedmiotem bardzo intensywnych oddziaływań. Prawdą jest bowiem, że redukcja popytu to podstawowy sposób rozwiązywania problemu narkomanii: bez popytu nawet największa podaż nie znajdzie przecież nabywców. Oddziaływanie na popyt powinno jednak odbywać się za pomocą instrumentów polityki społecznej oraz zdrowotnej. Oznacza to odwołanie się przede wszystkim do działań profilaktycznych w stosunku do konsumentów potencjalnych oraz leczenia, rehabilitacji i wszelkich form pomocy jak również redukcji szkód wobec tych, którzy narkotyki już przyjmują, przede wszystkim zaś osób uzależnionych. Inaczej mówiąc, należy zaprzestać

traktowania konsumpcji środków odurzających jako problemu prawnokarnego. Powinien to być, jeśli nie wyłącznie to przynajmniej przede wszystkim, problem socjalny i medyczny.

Podkreślić należy, iż zarysowany tu pokrótce program reformy polityki wobec narkotyków nie jest czymś całkowicie wydumanym i teoretycznym. Rozwój wypadków na świecie w ostatnich latach wskazuje coraz wyraźniej na to, iż podejście „miękkiej” prohibicji reprezentującej postawę „sowy” znajduje nowych zwolenników. Widać przy tym coraz dobitniej rysujące się w tym zakresie różnice pomiędzy Stanami Zjednoczonymi a Europą. O ile USA obstają nadal przy „wojnie z narkotykami” i rygorystycznym prohibicjonizmie, to w krajach Unii Europejskiej – fakt, że nie we wszystkich – mamy do czynienia z próbami eksperymentów w zakresie dekryminalizacji, depenalizacji oraz rozwijania programów redukcji szkód (Dorn, Jepsen, Savona 1996).

Na tym tle można zresztą stworzyć dość przejrzystą klasyfikację współczesnych systemów prawnej regulacji problemu narkotyków i narkomanii, w oparciu o kryteria dwojakiego rodzaju (Krajewski 2001). Pierwszym z nich jest wymiar określany przez bieguny restrykcyjność–permisywność i odnoszący się do zakresu kryminalizacji przewidywanego przez dane ustawodawstwo. Systemami restrykcyjnymi są takie systemy, które przewidują możliwie najszerszy zakres kryminalizacji, tak po stronie podaży, jak i po stronie popytu na narkotyki. Do systemów permisywnych⁴ należy natomiast zaliczyć ustawodawstwa przyjmujące pewien przynajmniej zakres depenalizacji, bądź też dekryminalizacji czynności związanych z popytem na środki odurzające. Równocześnie – jak wspomniano – taka dekryminalizacja czy depenalizacja nie muszą oznaczać (i najczęściej nie oznaczają) jakiegokolwiek legalizacji dostępu do narkotyków. Możliwy jest jednak także pewien zakres dekryminalizacji podaży narkotyków, tj. ich rzeczywistej legalizacji. Może być to przede wszystkim legalizacja dostępu osób uzależnionych do tych substancji dokonywana poprzez wyraźne bądź domniemane dopuszczenie rozmaitych form terapii metadonowej. Może to być także legalizacja „prawdziwych” narkotyków dla osób od nich uzależnionych poprzez system recept lekarskich (tak, jak to miało miejsce swego czasu w ramach tzw. „systemu brytyjskiego”), lub inne

metody ich udostępniania (tak, jak to jest w prowadzonym od szeregu lat eksperymencie szwajcarskim z podtrzymywaniem heroiny).

Drugie ze wspomnianych kryteriów klasyfikacji współczesnych ustawodawstw w tym obszarze tworzą przeciwstawne bieguny: represyjność–nastawienie na leczenie. Ten wymiar odnosi się do sposobu w jaki dane ustawodawstwo traktuje osoby uzależnione od nielegalnych używek, a szerzej będące ich konsumentami, dopuszczające się przestępstw. Chodzi tu zarówno o tzw. przestępstwa prohibicyjne⁵, jak i o tzw. przestępstwa pospolite⁶. Do systemów represyjnych należałoby zaliczyć te ustawodawstwa, które osoby uzależnione dopuszczające się przestępstw traktują tak, jak każdego innego sprawcę przestępstwa, to znaczy przewidują stosowanie wobec nich normalnej represji karnej, z karą pozbawienia wolności włącznie. Do systemów nastawionych na leczenie należy natomiast zaklasyfikować te, które przewidują, w pewnym przynajmniej zakresie, możliwość stosowania wobec sprawców, zamiast represji karnej, środków leczniczych o alternatywnym charakterze. Wiąże się to najczęściej z wprowadzaniem przepisów umożliwiających uzależnionym sprawcom pewnych kategorii przestępstw, bądź to całkowite uniknięcie „normalnej” odpowiedzialności karnej, bądź też określoną jej redukcję – jednakże pod warunkiem poddania się przez taką osobę skutecznemu leczeniu.

Powyższe dwa wymiary klasyfikacji ustawodawstwa karnego dotyczącego narkotyków pozostają ze sobą w ścisłym związku. W tym też sensie systemy o daleko posuniętej restrykcyjności są często jednoznacznie represyjne. Równocześnie systemy permissywne łączą najczęściej tę cechę z ukierunkowaniem na leczenie i w ten sposób najpełniej odpowiadają postulowanemu wcześniej modelowi polityki w tej dziedzinie. Można jednak spotkać także systemy restrykcyjne dość dużą wagę przykładające do rozwiązań o charakterze leczniczym. Teoretycznie możliwe są również systemy permissywne równocześnie nastawione represyjnie, jednak wydaje się, iż są to rozwiązania w praktyce nie występujące, jako wewnętrznie sprzeczne. Jak wcześniej wspomniano, Stany Zjednoczone są dzisiaj krajem realizującym niewątpliwie w najbardziej konsekwentny sposób podejście restrykcyjno-represyjne do narkotyków i narkomanii⁷. Europa Zachodnia przedstawia natomiast

w tym zakresie obraz daleko posuniętego zróżnicowania. Kraje skandynawskie (Szwecja, Norwegia i Finlandia), a także Francja tradycyjnie opowiadają się za podejściem z przewagą elementów restrykcyjności i represyjności⁸. Polityka wielu innych państw zmierza jednak coraz wyraźniej w kierunku eksperymentów nie tylko z rozwiązaniami leczniczymi, ale także permissywnością, tj. dekryminalizacją i depenalizacją. Poza najbardziej znanym podejściem holenderskim, do którego ostatnio chce nawiązać Szwajcaria, wskazać należy przede wszystkim kraje takie jak Hiszpania i Włochy, które od lat przewidują spory zakres dekryminalizacji użytkowników narkotyków. Do tej grupy w ciągu ostatniego dziesięciolecia, powoli i w skromniejszym zakresie, przyłączały się Niemcy, a ostatnio, poprzez zdecydowane reformy dekryminalizacyjne, Portugalia i Belgia. Można więc powiedzieć, iż wbrew przebiegającym na innych płaszczyznach procesom integracji europejskiej, polityka wobec narkotyków, a konkretniej wobec popytu na nie, jest w Europie Zachodniej przedmiotem znacznego zróżnicowania na szczeblu narodowym. W konsekwencji Zachód staje się w ostatnich latach ośrodkiem twórczego fermentu w zakresie poszukiwania alternatywnych rozwiązań wobec rygorystycznej wersji polityki prohibicji.

Uregulowania polskiej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i ich ocena.

Depenalizacja użytkowników.

Po roku 1990, w związku z procesem kształtowania się w Polsce „normalnego” czarnego rynku narkotyków i wzrostem rozmiarów ich używania oraz wskutek tego, że Polska stała się znaczącym w Europie producentem środków syntetycznych oraz ważnym krajem tranzytowym przemytu narkotyków, ustawę z 1985 roku o zapobieganiu narkomanii poddano krytyce, jako zbyt liberalną i za bardzo skupiającą się na profilaktyce i leczeniu, zamiast na represji. Przedmiotem szczególnie ostrej oceny stał się przede wszystkim fakt niekryminalizowania posiadania środków odurzających, który w mediach i wypowiedziach polityków był jednoznacznie – choć całkiem niesłusznie – utożsamiany z przyzwoleniem na ich posiadanie i używanie. Istota problemu sprowadzała się tymczasem do tego, iż zgodnie z tą ustawą, nie stanowiło

przestępstwa nie tylko posiadanie na własny użytek nieznacznych ilości narkotyków, ale wszelkie posiadanie środków odurzających lub psychotropowych niezależnie od ich ilości oraz związanego z tym posiadaniem zamiaru. Takie rozwiązanie, niespotykane w innych ustawodawstwach, uznać należało za zbyt daleko posunięte. Inaczej mówiąc w Polsce bezkarne (co nie znaczy: legalne) było posiadanie nawet wielkich ilości narkotyków. Jeśli sprawcy nie można było udowodnić przemytu, handlu, czy innych podobnych czynności, nie był on karany i posiadane przezeń środki można było jedynie skonfiskować. Problem w tym, iż z ich posiadaniem może się wiązać różny zamiar. Z jednej strony – chęć własnego użytku, konsumpcji i wtedy z reguły mamy do czynienia z posiadaniem stosunkowo niewielkich dawek, tzw. „dawek konsumpcyjnych”. Z drugiej zaś – zamiar wprowadzenia owych środków do obrotu, lub zamiar udzielenia ich innej osobie lub osobom w celach konsumpcji. W tym pierwszym wypadku mamy z reguły do czynienia z posiadaniem większych, hurtowych ilości środków. W drugim zaś może to być jednak także posiadanie niewielkich ilości (np. jedna „działka”) przeznaczonych do sprzedaży detalicznej. Z punktu widzenia wspomnianego postulatu wycofania prawa karnego wobec konsumentów, tylko pierwsza z tych sytuacji – zamiar własnego użytku – zasługuje na dekryminalizację. Druga forma posiadania – związana z zamiarem wprowadzenia do obrotu lub udzielenia – powinna natomiast stanowić przestępstwo.

Stan prawny pod rządami ustawy z 1985 roku napotkał już na początku lat dziewięćdziesiątych na liczne skargi i narzekania przede wszystkim ze strony policji, która twierdziła, iż brak kryminalizacji posiadania narkotyków utrudnia lub wręcz uniemożliwia efektywną walkę z rozwijającym się zjawiskiem tranzytu tych środków przez Polskę do krajów Europy Zachodniej, z nielegalną produkcją amfetaminy, a przede wszystkim z nielegalnym handlem. Rzecz w tym, iż udowodnienie np. właśnie handlu narkotykami, jest częstokroć wysoce utrudnione. Właściwie jedynym sposobem udowodnienia tej czynności jest ujęcie sprawcy „na gorącym uczynku”, tj. w momencie przekazywania środka i odbierania zapłaty, co jednak nie zawsze jest proste i możliwe. Stosunkowo łatwo można natomiast udowodnić posiadanie

narkotyków, wystarczy je bowiem przy sprawcy znaleźć, bez konieczności udowadniania konkretnego zamiaru. W tym sensie kryminalizacja posiadania traktowana jest w większości ustawodawstw na świecie jako środek ułatwiania policji walki z nielegalną podażą narkotyków, stanowi więc przypadek tzw. kryminalizacji zastępczej. Trzeba sobie oczywiście zdawać sprawę z tego, iż rozwiązanie takie nie stanowi żadnego panaceum, a udowodnienie posiadania też nie jest sprawą bezproblemową. Aby tego dowieść, należy narkotyki przy sprawcy znaleźć, a w tym celu trzeba najczęściej dokonać przeszukania osoby lub pomieszczeń. Jest oczywiste, iż takie czynności nie mogą być dokonywane w sposób dowolny, na podstawie samych podejrzeń i prawo przewiduje określone gwarancje sfery prywatności obywateli, których policji przekraczać nie wolno. Gwarancji tych nie można także ujmować zbyt wąsko, bo wtedy nie będą one stanowić dostatecznej ochrony przed zakusami policji i innych służb. Niemniej jednak postulat kryminalizacji posiadania narkotyków jako sposobu na ułatwienie działań skierowanych przeciwko handlarzom czy producentom należy uznać za zasadny. Podstawowy problem polega na tym, aby kosztów takiego rozwiązania nie ponosiły osoby uzależnione, które w przypadku kryminalizacji posiadania stają się z reguły podstawowym, bo bardzo łatwym, celem aktywności policji.

Rozwiązanie tego dylematu w ustawodawstwach lub praktyce działania organów ścigania wielu krajów Europy Zachodniej polega na kryminalizacji tylko takiego posiadania, którego celem jest wprowadzenie posiadanego środka do obrotu lub udzielenie go innej osobie (osobom). Równocześnie w związku z tym, iż udowodnienie, jaki zamiar przyświeca każdemu przypadkowi posiadania narkotyków napotyka częstokroć na poważne problemy, dla ułatwienia przyjmuje się określone domniemania związane przede wszystkim z ilością posiadanego środka. Jeżeli mamy do czynienia z posiadaniem tzw. niewielkich ilości związanych z potrzebami własnej konsumpcji, to czyn taki nie stanowi przestępstwa. Natomiast jeśli są to większe ilości, świadczące o zamiarze wprowadzenia posiadanych środków do obrotu, to jest już traktowane jako przestępstwo. Należy podkreślić, iż ze względów natury gwarancyjnej i dla uniknięcia interpretowania w każdym przypadku

„niewielkiej ilości środka”, większość ustawodawstw wprowadza tu tzw. wartości graniczne, czyli wagowo określone ilości, które wyznaczają granicę pomiędzy posiadaniem niekaralnym i karalnym. Jest to zabieg dość skomplikowany biorąc pod uwagę technikę legislacyjną, albowiem dla każdego środka jest to inna ilość.

Rozwiązanie takie nie jest idealne i może w praktyce nastroczać rozmaite trudności. Częsty zarzut, to twierdzenie, iż umożliwia unikanie odpowiedzialności karnej handlarzom narkotyków, którzy starają się posiadać przy sobie ilości mniejsze od decydujących o odpowiedzialności karnej wartości granicznych. Choć takie przypadki mogą rzeczywiście mieć miejsce, należy pamiętać, iż w zakresie prawnokarnej regulacji narkomanii nie ma rozwiązań idealnych, które „załatwiałyby” wszelkie problemy. Są tylko rozwiązania gorsze lub lepsze i trzeba w związku z tym dokonywać wyborów aby uzyskać pewne korzyści, ale najczęściej określonym kosztem. W tym kontekście trzeba być świadomym, iż dla ograniczenia podaży narkotyków, zwalczanie detalicznego handlu ulicznego ma stosunkowo najmniejsze znaczenie, a prymat powinien być przyznany redukowaniu obrotu mniej lub bardziej hurtowego. Tylko jego zakłócenie prowadzi do poważniejszego zmniejszania dochodów zorganizowanych grup przestępczych oraz daje szansę na poważniejsze ograniczenie dostępności narkotyków. W takim zaś obrocie siłą rzeczy zawsze mamy do czynienia ze znacznymi ilościami nielegalnych substancji i jest już kwestią sprawności policji wkraczanie w taki obszar. Kryminalizacja posiadania tylko większych ilości środków odurzających daje tym samym policji całkowicie wystarczające instrumenty działania. Pozostawia natomiast samych narkomanów poza obszarem zainteresowania organów ścigania, nie spychając ich do podziemia i dając swobodny dostęp do takich osób służbom medycznym i socjalnym.

Należy podkreślić, iż przyjęta przez Sejm 24 kwietnia 1997 roku Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii⁹, czyniła pod wieloma względami zadość postulatom i wymogom podejścia permissywnego i nastawionego na leczenie. Tym samym odpowiadała wyraźnie „miękkiemu” modelowi prohibicji i stwarzała podstawy prawne do traktowania narkomanii przede wszystkim jako problemu polityki socjalnej i zdrowotnej, w tym do nieskrępowanego rozwijania strategii redukcji szkód.

Podstawowym novum wobec stanu prawnego obowiązującego pod rządami ustawy z 1985 roku, było wprowadzenie przez Art. 48 ustawy kryminalizacji posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Oznaczało to spełnienie postulatów policji dotyczących ułatwień w ściganiu nielegalnego handlu narkotykami. Postulat ten został jednak zrealizowany w taki sposób, iż konsekwencji tego nie powinni ponosić użytkownicy tych środków. Art. 48 ust. 4 stwierdzał bowiem, iż sprawca posiadający na własny użytek nieznaczące ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych nie podlega karze. Tak więc ustawa nie przewidywała całkowitej dekryminalizacji „drobnego posiadania”. Wszelkie formy posiadania narkotyku pozostawały w ramach tego rozwiązania czynem zabronionym pod groźbą kary, a „drobne posiadanie” stanowiło okoliczność wyłączającą jedynie karalność, a nie przestępczość takiego czynu. Z procesowego punktu widzenia oznaczało to, iż zgodnie z treścią Art.17 § 1 ust. 4 kodeksu postępowania karnego, postępowania w takich sytuacjach nie należało wszczynać (tzn. należało wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania), a wszczęte należało umorzyć. W związku z tym przepis art.48 ust. 4 należało zaliczyć do rozwiązań o charakterze permissywnym, który to permissywizm realizowany był metodą o mieszanym charakterze, tzn. przy wykorzystaniu instytucji prawa karnego materialnego oraz procesowego, metodą oznaczającą *de facto* szczególny typ oportunizmu ścigania.

Rozwiązanie powyższe, generalnie zasługujące na akceptację, mogło jednak rodzić szereg zastrzeżeń. Przede wszystkim zrodziły się wątpliwości co do jego zgodności z wymaganiami Art. 3 ust. 2 konwencji ONZ z 1988 roku. Wydaje się jednak, iż rozwiązanie polegające na tym, że posiadanie nieznaczących ilości narkotyku na własny użytek pozostaje przestępstwem, którego sprawca nie podlega jedynie w oparciu o generalną klauzulę ustawową karze, nie może budzić zastrzeżeń w świetle tego przepisu.

Poważniejszym problemem było natomiast to, że wbrew wcześniejszym projektom, w ostatecznej redakcji przepisu Art. 48 ust. 4 zdecydowano się na odwołanie do tzw. znamienia ocennego w postaci „nieznaczącej ilości”. Wcześniejsze projekty przewidywały w tym

zakresie specjalny załącznik zawierający konkretne, określone wagowo wartości graniczne dla poszczególnych, najpopularniejszych środków odurzających. Ostatecznie przeważał jednak argument, iż przyjęte w ustawie rozwiązanie będzie bardziej elastyczne niż sztywno ustalone progi i pozwoli organom ścigania – przede wszystkim prokuraturze – na swobodniejsze stosowanie tego przepisu. Niestety wiele wskazuje na to, iż takie sformułowanie stało się dla organów ścigania czymś na kształt „przeklętego daru wolności”. Policja i prokuratura, nie posiadające doświadczenia w tego typu sprawach, miały zasadnicze problemy z oceną, jakie ilości jakiego środka mogą być uznane za „ilość nieznaczną”. Spowodowało to liczne trudności w stosowaniu przepisu i stało się jedną z przyczyn jego późniejszej nowelizacji.

Alternatywy lecznicze wobec kary.

W zakresie innych postanowień ustawa z 1997 roku zachowała liczne zapisy swej poprzedniczki umożliwiające działania profilaktyczne i lecznicze, a w wielu wypadkach rozbudowała je w istotny sposób. Przede wszystkim nie wprowadziła zmian w zakresie dopuszczalności stosowania terapii przymusowej. W Art. 13 zachowała zasadę, iż poddanie się leczeniu, rehabilitacji i readaptacji jest dobrowolne. Nie dokonała również żadnych zmian w wyjątku od zasady dobrowolności przewidzianym przez Art. 17, a dotyczącym dopuszczalności skierowania na przymusowe leczenie i rehabilitację przez sąd rodzinny małoletniej osoby uzależnionej. Przejęła także w całości w Art. 56 treść Art. 34 ustawy z 1985 roku, co oznaczało kontynuację możliwości realizacji elementów zasady „leczyć zamiast karać”. Oznacza to, iż w przypadku skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania – zobowiązanie tej osoby do podjęcia w okresie próby leczenia ma charakter obligatoryjny. Natomiast w sytuacji skazania takiego sprawcy na karę bezwzględnego pozbawienia wolności, ustawa przewiduje fakultatywne umieszczenie go przed jej odbyciem w zakładzie leczniczym. Równocześnie jednak nowa ustawa wniosła także przepis (Art. 57) stanowiący realizację postulatów wprowadzenia do polskiego

ustawodawstwa przepisów lepiej realizujących wobec osób uzależnionych zasadę prymatu leczenia przed represją. Przepis ten umożliwia zawieszenie przez prokuratora postępowania przygotowawczego toczącego się wobec takiej osoby, jeśli podda się ona leczeniu. Możliwości skorzystania z tego ujęte są dość szeroko i dotyczą przestępstw zagrożonych karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, co obejmuje zdecydowaną większość typowych przestępstw popełnianych przez osoby uzależnione – zdefiniowanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, jak i w kodeksie karnym. Po zakończeniu leczenia prokurator, uwzględniając jego wyniki, prowadzi postępowanie dalej albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. W tym drugim wypadku mamy do czynienia z rozszerzeniem dopuszczalności stosowania tej instytucji w stosunku do przepisów kodeksu karnego. Można ją mianowicie stosować, podobnie jak zawieszenie postępowania, gdy przestępstwo zagrożone jest karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Wydaje się czymś oczywistym, iż dla zachowania sensu tej instytucji (w zamian za podjęcie leczenia koncesje w zakresie odpowiedzialności karnej), w przypadku pozytywnego wyniku leczenia, wystąpienie do sądu o warunkowe umorzenie powinno być *de facto* obligatoryjne.

Można się natomiast zastanawiać dlaczego ustawodawca ograniczył dopuszczalność stosowania tej instytucji tylko do postępowania przygotowawczego. Wydaje się, iż możliwość korzystania z niej powinna istnieć również w postępowaniu sądowym. Osoba uzależniona może dojrzeć do decyzji o podjęciu leczenia dopiero w tej fazie postępowania. Danie tej osobie szansy poprzez jego zawieszenie może być korzystniejsze niż skazywanie i następnie korzystanie z Art. 56 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – tym bardziej, że w przypadku skazania na karę bezwzględnej pozbawienia wolności leczenie ma faktycznie charakter przymusowy. To samo dotyczy rozciągnięcia jej na fazę postępowania wykonawczego. Sformułowania Art. 150 kodeksu karnego wykonawczego, dotyczące przerwy w wykonaniu kary, raczej nie stwarzają dostatecznych podstaw dla stosowania tej instytucji celem podjęcia przez skazanego leczenia odwykowego poza zakładem karnym. Wobec siłą rzeczy ograniczonych możliwości terapii w więzieniu, danie

skazanemu takiej możliwości (np. po odbyciu części kary) byłoby ze wszech miar pożądane.

Programy redukcji szkód.

Charakteryzując rozwiązania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, nie można zapominać o tym, iż stworzyła ona po raz pierwszy w Polsce jednoznaczne podstawy prawne pewnych form strategii redukcji szkód, przede wszystkim leczenia substytucyjnego. Art. 15 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stwierdza bowiem wyraźnie, iż osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie terapii substytucyjnej. W rezultacie udzielanie osobom uzależnionym metadonu w ramach działającego zgodnie z ustawą programu nie stanowi czynu realizującego znamiona przestępstwa określonego w Art. 45 lub 46, tj. udzielania innej osobie środka odurzającego. Poza generalnym określeniem dopuszczalności stosowania substytucji, przepis ten określa jedynie formalne wymogi dotyczące takiego leczenia. Może być ono prowadzone jedynie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia właściwego wojewody, które musi być wydane w porozumieniu z ministerstwem zdrowia. Oznacza to, iż niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej nie mają możliwości prowadzenia programów metadonowych. Jest to ograniczenie, które mogło mieć sens w latach dziewięćdziesiątych. Dzisiaj, w związku z konsekwencjami reformy służby zdrowia, straciło rację bytu. Proponowane obecnie odejście od tego ograniczenia jest słuszne.

Dodatkowo, dla przecięcia wszelkich nieporozumień jakie powstały w tym zakresie w ostatnich latach, należałoby także w sposób nie budzący wątpliwości uregulować kwestię dopuszczalności stosowania substytucji w zakładach karnych, w odniesieniu do osób tymczasowo aresztowanych oraz odbywających wyrok. Nie ma żadnego powodu uzasadniającego pogląd, że ta metoda leczenia może być dostępna na wolności, ale już nie w więzieniu. Problem jest o tyle ważny, że często dotyczy osób, które rozpoczęły terapię metadonową na wolności, ale wobec których wszczęto następnie postępowanie karne w związku z czynami, których dopuściły się przed rozpoczęciem tej formy

terapii. Stosowanie wobec takich osób aresztu tymczasowego, a następnie skazywanie ich na karę pozbawienia wolności bez możliwości kontynuowania substytucji, jest najczęściej marnowaniem efektów wcześniejszego leczenia. Dlatego wydaje się, iż wobec nich prokuratorzy powinni jak najczęściej uciekać się do stosowania Art. 57 ustawy (zawieszenie postępowania na czas leczenia). Gdy jest to jednak niemożliwe, osoby te powinny kontynuować terapię substytucyjną w trakcie pobytu w areszcie śledczym czy zakładzie karnym.

Szczegóły leczenia substytucyjnego reguluje w Polsce rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 roku w sprawie leczenia substytucyjnego¹⁰, wydane w oparciu o upoważnienie Art. 15 ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku. Zostało ono ostatnio w sposób istotny znowelizowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2004 roku¹¹. Podstawowe znaczenie ma tu § 2 ust. 1, który to przepis określa przede wszystkim warunki jakie musi spełniać osoba uzależniona, aby zostać zakwalifikowaną do programu leczenia substytucyjnego. Należą do nich: ukończenie 18 roku życia (wcześniej było to 21 lat), co najmniej trzyletni okres uzależnienia oraz nieskuteczność podejmowanych dotychczas prób leczenia konwencjonalnego. Interesującym jest więc, iż przepis ten nie określa dokładnie (w przeciwieństwie do niektórych programów meta-donowych w Europie Zachodniej) liczby nieudanych prób. Z faktu, iż zawiera liczbę mnogą można wnioskować, iż muszą to być co najmniej dwie takie próby. Wymóg ten, jak i pozostałe dwa, nie musi być jednak przestrzegany w bezwzględny sposób, gdyż § 2 ust. 2 rozporządzenia dopuszcza możliwość wyjątkowego zakwalifikowania do uczestnictwa w programie osób nie spełniających kryteriów, jeśli przemawiają za tym względy zdrowotne. Wydaje się, iż taką nadzwyczajną okolicznością może być nosicielstwo wirusów HIV lub żółtaczki typu C. W oryginalnym tekście rozporządzenia z roku 1999 zastrzeżenia budziła treść § 2 ust. 3 – wymóg obligatoryjnego wyłączenia z programu osoby, u której trzykrotne kolejne lub pięciokrotne w ciągu pół roku badanie moczu potwierdziło przyjmowanie innych niż stosowane w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych. Konieczność poddawania się przez pacjentów takim badaniom oraz konsekwencje pozy-

tywnych wyników przewidziane przez rozporządzenie oznaczają, iż w Polsce dopuszczalne są wyłącznie programy metadonowe o charakterze wysokoprogowym, co być może jest uzasadnione. Wątpliwości budziło natomiast określanie kryteriów eliminowania z programu w dokumencie rangi rozporządzenia ministra i nadanie temu charakteru obligatoryjnego. Z lekarskiego punktu widzenia było to rozwiązanie zbyt daleko idące w proces terapeutyczny i w praktyce trudne do przestrzegania. Kwestie te mogą być rozstrzygane co najwyżej w regulaminach poszczególnych programów, a najczęściej w sposób indywidualny w konkretnych przypadkach. Dlatego z uznaniem należy przyjąć zmianę wprowadzoną do § 2 ust. 3 przez wspomnianą nowelizację z roku 2004, która usunięcie z programu metadonowego uczyniła fakultatywnym, a więc zależnym od decyzji jego kierownika. Niezwykle istotna stała się także nowelizacja § 5 rozporządzenia, dokonana w 2004 roku. Przepis ten określa obecnie dość szczegółowo sytuacje, w których na skutek wystąpienia przemijającej przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do zakładu prowadzącego program metadonowy (a więc nadal jedynie publicznego zakładu opieki zdrowotnej), środek substytucyjny może być przyjmowany przez pacjenta w miejscu zamieszkania bez obecności lekarza lub pielęgniarki. Oznacza to udzielanie środka na zapas i „do domu”. Wcześniejszy brak takiej możliwości prowadził do licznych problemów i komplikacji. Dzisiaj dotyczy to okresów 2-4 dni, a w wyjątkowych wypadkach nawet do 14 dni.

Warto również wspomnieć, iż przepisy uchwalone w roku 1997 nie rodziły problemów odnośnie do kwestii dopuszczalności innych form strategii redukcji szkód jak np. programy rozdawania osobom uzależnionym sterylnych strzykawek i igieł oraz ich wymiany. Zgodnie z treścią Art. 46 ustawy ułatwianie używania środków odurzających (w przeciwieństwie do ich udzielania lub nakłaniania do ich używania), karalne było bowiem tylko wówczas, gdy miało to miejsce w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej. Zatem odpowiedzialność karna osób pracujących w takich programach nie wchodziła w rachubę, a tym samym nie mogła być kwestionowana ich legalność. To samo dotyczyłoby zresztą dopuszczalności prowadzenia tzw. pomieszczeń higienicznych, aczkolwiek w tym ostatnim wypadku koniecznymi

byłyby chyba dalsze uregulowania o charakterze administracyjnym określające jednoznacznie podstawy i formy takiej działalności.

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 1997 i jej konsekwencje.

Szereg rozwiązań ustawy z 1997 roku, a przede wszystkim podtrzymanie zasadniczo permissywno–lecniczego charakteru polskiego ustawodawstwa w tym zakresie, stało się od początku „solą w oku” polskich „jastrzębi”. Już 3 czerwca 1998 roku, a więc nieco ponad pół roku po wejściu w życie ustawy (co nastąpiło 15 października 1997 roku), kiedy doświadczenia związane z jej funkcjonowaniem były znikome, do łaski marszałkowskiej wpłynął poselski projekt jej nowelizacji. Najistotniejszym jego elementem było skreślenie Art. 48 ust. 4, czyli odstępianie od traktowania posiadania nieznacznych ilości środków odurzających na własny użytek jako okoliczności wyłączającej karalność. W uzasadnieniu tego projektu można było przeczytać m.in., że „z doświadczenia policyjnego wynika, iż dealerzy rozprowadzający środki odurzające często posiadają przy sobie tylko niewielkie ilości. Jednoznacznie stwierdzić należy, że zapis Art. 48 ust. 4 nie ułatwia walki z handlarzami i dealerami. W związku z powyższym, proponowana zmiana ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zmierza do zaostrzenia odpowiedzialności za udział w handlu narkotykami”¹². Pomijając już to, o jakie doświadczenia policyjne zebrane w ciągu kilku miesięcy obowiązywania ustawy mogło chodzić, wypada zwrócić uwagę na inne „odkrywcze” stwierdzenia uzasadnienia, jak np. to, że „handlarze – znając realia prawne – starannie dobierają miejsca transakcji jak również rozprowadzają narkotyki wśród osób znanych osobiście lub rekomendowanych przez znajomych. Swoista więź łącząca nabywcę z handlarzem uniemożliwia w praktyce wykorzystanie go jako świadka w postępowaniu karnym. Wszystkie prowadzone przez policję w roku 1997 sprawy, w których stawiane były zarzuty z Art. 48, dotyczyły wyłącznie osób posiadających znaczne ilości narkotyków”¹³.

Równocześnie podnoszono, iż potraktowanie posiadania nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek jako okoliczności wyłączającej

karalność uniemożliwia efektywną walkę z popytem na te substancje, albowiem przyczynia się do kreowania atmosfery tolerancji wobec nich. Reprezentanci tego poglądu uważali, iż ustawodawca powinien dokonać jednoznacznie negatywnej oceny narkotyków poprzez wprowadzenie rzeczywistej karalności ich posiadania, co powinno zwiększyć efektywność prawa karnego i sankcji karnych w redukowaniu rozmiarów ich używania poprzez sprawniejsze realizowanie funkcji generalnoprewencyjnych, tak w formie negatywnej (odstraszanie) jak przede wszystkim pozytywnej (wpływ na świadomość prawną i postawy moralne).

W tym kontekście warto zauważyć, iż przemiany struktury ujawnionej przestępczości narkotykowej nastąpiły w Polsce jeszcze przed wejściem w życie ustawy z 1997 roku, co oznacza, że policja zdołała zwiększyć swą efektywność w zakresie ujawniania nielegalnego obrotu narkotykami w sytuacji, gdy posiadanie w ogóle nie stanowiło jeszcze przestępstwa. Rzecz w tym, że do roku 1995, pomimo doniesień o lawinowo narastającym przemyśle środków odurzających, nielegalnej ich produkcji oraz dystrybucji (co wyraziło się we wzroście rozmiarów i nasileniu stwierdzonych przestępstw narkotykowych) struktura ujawnionej przestępczości narkotykowej pozostała w Polsce prawie niezmienną w stosunku do okresu sprzed roku 1990. Wśród ujawnionych przestępstw narkotykowych nadal dominowało bowiem prowadzenie nielegalnych upraw maku. Na przykład w roku 1992 stwierdzono 1.631 takich przypadków, co stanowiło 63,9 % wszystkich ujawnionych przestępstw z ustawy z 1985 roku, w roku 1993 – 3.577 (64,2 %), a w roku 1994 – 3.040, co stanowiło aż 77,4 % wszystkich stwierdzonych przestępstw z wspomnianej ustawy. Nawet jednak 2.780 przypadków z roku 1995 stanowiło jeszcze ciągle 64,9 % wszystkich przestępstw narkotykowych. Na drugim miejscu znajdowała się nadal nielegalna produkcja, aczkolwiek udział tego typu przestępstw miał wyraźną tendencję spadkową. Ujawnione przypadki handlu narkotykami stanowiły zaś w tym okresie od 9,4 % (240 przypadków, w 1992 roku) do 7,3 % (288 przypadków, w 1994 roku) wszystkich stwierdzonych przestępstw narkotykowych. Taki stan rzeczy przypisywano faktowi, że policja miała być wobec handlarzy bezradna ze względu na brak kryminalizacji posiadania narkotyków. Słusznie jednak mówiło się także o inercji policji, która w oczekiwaniu

na tzw. nowe instrumenty prawne nie przejawiała większej aktywności w tym zakresie. Zasadność tej opinii potwierdza gwałtowna przemiana struktury ujawnionej przestępczości narkotykowej, jaka nastąpiła w latach 1996–97, a więc jeszcze przed uchwaleniem i wejściem w życie nowej ustawy. W roku 1996 odsetek ujawnionych przypadków nielegalnych upraw maku spadł mianowicie do 38,5 % (2.634 przypadki), a w roku 1997 do 31,8 % (2.518 przypadków). Natomiast w tych samych latach ujawniono odpowiednio 3.058 (45,1 %) oraz 3.507 (44,3 %) przypadków udzielania innej osobie środków odurzających lub substancji psychotropowych kwalifikowanych z Art. 31 lub 32 ustawy z 1985 roku. Wydaje się, iż źródła owej radykalnej zmiany upatrywać należy w czynnikach o charakterze organizacyjnym, a mianowicie utworzeniu w Komendzie Głównej Policji oraz w niektórych komendach wojewódzkich wydziałów zajmujących się przestępczością narkotykową. W ten sposób policja przełamała wcześniejszą inercję i rozpoczęła bardziej efektywną walkę z nielegalnym obrotem substancjami psychoaktywnymi. Tendencja ta utrzymywała się pod rządami nowej ustawy. W 1998 oraz 1999 roku odsetek przypadków nielegalnego udzielania narkotyków kwalifikowanych z Art. 45 i 46 ustawy z 1997 roku wzrósł odpowiednio do 65,5 % (10.762 przypadki) oraz 65,9 % (10.305 przypadków). W ten sposób nielegalne udzielanie środków odurzających stało się czynem zdecydowanym dominującym w strukturze ujawnionej przestępczości narkotykowej, co nastąpiło bez konieczności szerokiego uciekania się do kwalifikacji zastępczej w postaci nielegalnego posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych w celu wprowadzenia ich do obrotu. Co więcej, kiedy po wejściu w życie nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii możliwość takiej kwalifikacji zaistniała, nie spowodowała żadnej rewolucji w strukturze ujawnionej przestępczości w tym obszarze. W roku 1998 czyny kwalifikowane z Art. 48 ust. 1-3 ustawy z 1997 roku stanowiły mianowicie jedynie 7,9 % (1.308 przypadków) wszystkich ujawnionych przestępstw narkotykowych, a w roku 1999 – 12,1 % (1.896 przypadków).

W konsekwencji postulaty nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii uznać należy za typowy przypadek „wylewania dziecka z kąpielą”. Nawet jeśli ich autorzy rzeczywiście kierowali się chęcią

ułatwienia zwalczania nielegalnego handlu narkotykami, to można mieć zasadnicze wątpliwości, czy nowelizacja tej ustawy (wprowadzona ustawą z dnia 26 października 2000 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii)¹⁴, która weszła w życie 11 grudnia 2000 roku, zdołała w jakikolwiek sposób zrealizować ten cel. Równocześnie cenę nowego rozwiązania zapłaciły osoby uzależnione oraz inni użytkownicy narkotyków: w postępowaniu wobec nich elementy represji zaczęły bowiem brać górę nad tymi ze sfery polityki zdrowotnej i socjalnej i to pomimo przekonywania, że nie jest to celem proponowanych działań. Rzecz w tym, że problem traktowania przez prawo karne „drobnego” posiadania narkotyków stanowi swoistą kwadraturę koła. Każda próba jego rozwiązania oznacza, że przyznaje się jednoznaczną preferencję którejś z przeciwstawnych opcji w polityce wobec narkotyków. Kryminalizacja „drobnego” posiadania może w pewnych sytuacjach nieco ułatwiać walkę z handlem (choć nie stanowi bynajmniej żadnej cudownej broni, ani tym bardziej „maczugi” na handlarzy¹⁵), ale cenę za to najczęściej zapłacą narkomani i inni użytkownicy. Brak takiej kryminalizacji, czy jej ograniczenie, daje zasadnicze korzyści w polityce wobec konsumentów, aczkolwiek może kosztem pewnych utrudnień dla policji, których jednakże nie należy przeceniać.

Mówiąc o negatywnych konsekwencjach nowelizacji ustawy z 1997 roku wskazać należy przede wszystkim na to, że kryminalizacja drobnego posiadania spycha użytkowników narkotyków głębiej do podziemia. Tym samym utrudnia prowadzenie wobec nich rozsądnej polityki redukcji szkód odwołującej się do działań w sferze zdrowotnej i socjalnej. Przede wszystkim nie można jednak zapominać, iż to osoby używające narkotyków, a nie prawdziwi dealerzy, są potencjalnie najprostszym celem „proaktywnych” działań policyjnych. Dotychczasowa struktura ujawnionej przestępczości narkotykowej w Polsce, gdzie od połowy lat dziewięćdziesiątych dominować zaczęły czyny polegające na udzielaniu środków odurzających oraz posiadaniu większych ich ilości, świadczyła o słusznej koncentracji policji na zwalczaniu nielegalnej podaży, a Art. 48 ustawy z 1997 roku służył rzeczywiście jako pomoc w ściganiu poważniejszych przypadków posiadania, ewidentnie wiążących się z nielegalnym obrotem. Ta sytuacja podażyła w niedobrym

kierunku. Podstawowym doświadczeniem krajów, które bez wyjątków kryminalizują posiadanie narkotyków jest to, że przypadki „drobnego” posiadania zaczynają zdecydowanie dominować w strukturze ujawnionej przestępczości narkotykowej, zaś wśród nich przeważają czyny o charakterze konsumenckim, a nie przypadki posiadania przez dealerów. Inaczej mówiąc, pełna kryminalizacja drobnego posiadania prędzej czy później prowadzi do czegoś, co określa się mianem „wielkiego polowania na płotki” – dla zwalczania nielegalnej podaży właściwie nie ma ono znaczenia, a równocześnie wywołuje szereg ubocznych konsekwencji.

Wydaje się, iż dostępne dane potwierdzają taki stan rzeczy. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, dokonana w roku 2000, doprowadziła głównie do drastycznego wzrostu liczby stwierdzonych przestępstw narkotykowych. W roku 2001 stwierdzono 29.230 takich czynów, co oznaczało wzrost o ponad 30 % w stosunku do roku poprzedniego, kiedy obowiązywała jeszcze ustawa z 1997 roku w pierwotnej wersji i kiedy stwierdzono 19.649 takich przestępstw. W roku 2002 nastąpił skok do 36.178 stwierdzonych przestępstw narkotykowych (wzrost o następne 20 %), a w 2003 – do 47.605 (wzrost o kolejne 31,5 %). W sumie w ciągu trzech lat liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych zwiększyła się niemalże półtora raza (wzrost o 142 %). Co najważniejsze, w przeważającej części wzrost ten był konsekwencją drastycznego zwiększenia się liczby stwierdzonych przypadków przestępstw z Art. 48 ustawy z 1997 roku polegających na posiadaniu narkotyków. W roku 2000, jeszcze przed wejściem w życie nowelizacji, statystyka policyjna zarejestrowała bowiem 2.815 przypadków takich przestępstw. W roku 2001 ich liczba osiągnęła poziom 6.651, co oznaczało wzrost o prawie 140 %, a więc liczba tych przestępstw uległa więcej niż podwojeniu. W roku 2002 ich liczba wzrosła do 11.960, a więc znów niemal podwoiła się w stosunku do roku poprzedniego (wzrost o 80 %). W sumie przez dwa lata liczba zarejestrowanych przypadków posiadania narkotyków uległa więcej niż potrojeniu. W rezultacie przypadki posiadania, które w roku 2000 stanowiły jeszcze niecałe 15 % wszystkich stwierdzonych przestępstw narkotykowych, w roku 2002 stanowiły już wśród nich 33 %, a więc dokładnie $\frac{1}{3}$.

Taki obraz ujawnionej przestępczości narkotykowej może być oczywiście interpretowany jako dowód słuszności przeprowadzonej reformy i sukcesu w zwalczaniu handlu i dealerów. Brak badań empirycznych poświęconych temu zagadnieniu nie pozwala na jego jednoznaczną ocenę. Wiele wskazuje jednak na to, że zdecydowana większość przypadków drobnego posiadania, jakie zaczęto ujawniać masowo po roku 2000, to niekoniecznie czyny popełniane przez zawodowych dealerów, których teraz dopadło „karzące ramię sprawiedliwości”. Sprawcy takich przestępstw to przede wszystkim użytkownicy środków odurzających ujawniani dość przypadkowo w trakcie różnych zintensyfikowanych akcji policyjnych. Drugą grupę stanowią natomiast narkomani, co do których powszechnie wiadomo, iż uprawiają często drobny, detaliczny handel narkotykami, by móc finansować własne potrzeby w tym zakresie. W poprzednim stanie prawnym pozostawali oni z reguły bezkarni, dzisiaj ponoszą odpowiedzialność karną. Faktem jest, iż handlujący substancjami psychoaktywnymi narkomani są problemem dla każdego wymiaru sprawiedliwości, nie za bardzo bowiem wiadomo czy traktować popełniane przez nich przestępstwa jako czyny typowo konsumenckie, czy też związane jednak ze stwarzaniem podaży. W wielu krajach przeważa jednak tendencja do uznawania tych czynów raczej jako konsumenckich, a przynajmniej odmiennie niż typowych czynów „dealerskich” popełnianych przez handlarzy nie będących użytkownikami narkotyków. Rzecz w tym, że zapełnianie zakładów karnych uzależnionymi, którzy handlują tymi środkami uważa się za pozbawione sensu, tak z punktu widzenia oddziaływania na tego typu sprawców, jak i ogólnego wpływu, jaki działania takie wywierają na dostępność narkotyków. Ich wpływ na podaż substancji na rynku jest bowiem niemalże równy zeru.

W polskich warunkach negatywne konsekwencje noweli z roku 2000 pogłębiane są przez dwie dodatkowe okoliczności. W obecnym stanie prawnym praktycznie wszystkie przypadki posiadania narkotyku na własny użytek w nieznacznych ilościach powinny być kwalifikowane jako przypadki mniejszej wagi określone w Art. 48 ust. 2 ustawy z 1997 roku, zagrożone przede wszystkim karą grzywny lub ograniczenia wolności. Taka jest bowiem logika tego przepisu i trudno

sobie wyobrazić inne, jeszcze drobniejsze przypadki posiadania, które mogłyby realizować znamiona tego przepisu. Tymczasem dostępne dane wskazują na to, że w praktyce jest on stosowany relatywnie rzadko. W roku 2001 liczba prawomocnych skazań z Art. 48 ustawy z 1997 roku wyniosła 959. Wyroków skazujących za przypadki mniejszej wagi określone w ust. 2 tego przepisu było 301 czyli niespełna $\frac{1}{3}$. W roku 2002 odnotowano z kolei 2.047 skazań z Art. 48, z tego za przypadek mniejszej wagi 626, tj. również nieco mniej niż $\frac{1}{3}$.

Nasuwa to podejrzenie, że znaczna część czynów dokonywanych przez osoby uzależnione i innych użytkowników może być kwalifikowana jako występki z Art. 48 ust. 1 ustawy, a więc czyny *de facto* „dealerskie”, gdzie górna granica ustawowego zagrożenia wynosi 3 lata pozbawienia wolności! Można mieć wątpliwości, czy większość tych osób zasługuje, by je traktować tak jak zawodowych dealerów. Nawet jednak w obecnym stanie rzeczy sytuacja mogłaby wyglądać lepiej, gdyby prokuratorzy częściej sięgali w takich przypadkach do możliwości stwarzanych przez Art. 57 ustawy z 1997 roku, tj. zawieszania postępowania przygotowawczego pod warunkiem poddania się sprawcy stosownemu leczeniu. Brakuje co prawda danych statystycznych dotyczących korzystania z tego przepisu w praktyce. Sygnały pochodzące od praktyków wskazują jednak, iż jest on w gruncie rzeczy martwy. Wynika to z faktu, iż prokuratorom nie opłaca się zawieszać postępowania, a później pisać wniosku do sądu o jego warunkowe umorzenie. Łatwiej jest od razu sporządzić akt oskarżenia, co załatwia sprawę. Abstrahując od oceny takiego oportunistycznego stosowania instytucji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, oznacza to równocześnie, iż w Polsce zasada „leczyć zamiast karać” w praktyce nie funkcjonuje!

W kontekście tych rozważań bardzo interesujące są wyniki danych epidemiologicznych uzyskanych w trakcie badań ESPAD (*European School Survey on Alcohol and other Drugs*) przeprowadzonych w Polsce w latach 1995, 1999 oraz 2003 przez Janusza Sierosławskiego i Instytut Psychiatrii i Neurologii (Sierosławski 2003). Pokazują one w sposób jednoznaczny jaki wpływ na rzeczywistość społeczną, w danym wypadku na zjawisko używania narkotyków, wywarły działania ustawodawcy zmierzające do zaostrzenia prawa. Badania z roku 2003

wskazują, iż w ocenie badanej młodzieży w wieku 16-24 lat dostępność środków odurzających i substancji psychotropowych, tzn. rozmiary ich podaży, wzrosła. Konkretnie chodzi tu o odsetek respondentów, którzy na pytanie o możliwość zdobycia wymienionych w nim narkotyków (gdyby tego chcieli) odpowiedzieli, iż byłoby to bardzo łatwe. Generalnie w ocenie polskiej młodzieży dostęp do środków odurzających i substancji psychotropowych jest prosty i nie wymaga wielkiego wysiłku. Dotyczy to szczególnie tych najpopularniejszych, takich jak marihuana czy amfetamina – ponad połowa badanych w roku 1999 i 2003 twierdziła, iż dostęp ten jest bardzo łatwy. W przypadku środków najbardziej niebezpiecznych, takich jak heroina czy kokaina, ocena ich dostępności jest niższa, ale i tak w roku 2003 około 40 % młodych respondentów twierdziło, iż jest on bardzo łatwy. Nie to jest jednak najważniejsze w owych wynikach. Tym co szczególnie zwraca uwagę jest fakt, iż w okresie pomiędzy rokiem 1999 (a więc jeszcze przed zaostrezeniem przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) a 2003 (trzy lata po wejściu w życie nowych przepisów) dostępność wszystkich bez wyjątku narkotyków w ocenie badanych zwiększyła się. W przypadku niektórych środków, takich jak marihuana, amfetamina czy LSD, wzrost był co prawda niewielki, ale tu dostępność była już wcześniej bardzo wysoka. Natomiast jeśli chodzi o środki takie jak ekstaza, heroina, kokaina krystaliczna czy *crack*, wzrost ten był czasami wręcz olbrzymi. Wnioski nasuwają się same. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w żadnym wypadku nie zdołała nie tylko zredukować, ale nawet zahamować wzrostu dostępności narkotyków. Środki takie jak ekstaza, heroina, czy *crack*, które na przełomie stuleci zaczęły wkraczać szerszym frontem na polski rynek, nie napotykały przy tym na większe przeszkody i zaostrezenie ustawodawstwa, które miało zasadniczo poprawić efektywność zwalczania działalności dealerów, niczego tu nie osiągnęło.

Czy został w takim razie osiągnięty cel drugi – redukcja popytu – tj. zmniejszenie rozmiarów używania narkotyków w celach niemedycznych? Wyniki badań ESPAD przekonują, że i w tym zakresie nowelizacja poniosła fiasko. Wskazuje na to porównanie odpowiedzi z lat 1995, 1999 oraz 2003 na pytania o używanie przez respondentów

wybranych narkotyków kiedykolwiek w życiu. Tendencje jakie wystąpiły w tym zakresie w obu badanych kategoriach wiekowych (15-16 oraz 17-18 lat) są nieco odmienne. W tej pierwszej kategorii w dwóch wypadkach (amfetamina i LSD) odnotowano w roku 2003 pewien spadek rozmiarów używania. W wypadku pozostałych środków miała miejsce albo stabilizacja (ekstaza), lekki wzrost (kokaina), albo wzrost istotny (marihuana). Natomiast w kategorii starszej, tendencje spadkowe nie wystąpiły w ogóle, a wzrost rozmiarów stosowania w przypadku substancji takich jak marihuana czy amfetamina miał bardzo poważny charakter.

Komentując te wyniki wypada stwierdzić przede wszystkim, iż nie wydaje się aby spadek odnotowany w roku 2003 w grupie 15-16-latków można było przypisać oddziaływaniu nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – tym bardziej, że dotyczył on osób poniżej wiekowego progu odpowiedzialności karnej. Jest to albo chwilowe wahnięcie, albo wynik pewnych przemian we wzorach używania narkotyków, które odbywają się całkowicie niezależnie od wpływu czynników o charakterze kryminalnopolitycznym. Natomiast w starszej kategorii wiekowej tendencja wzrostowa była jednoznaczna i wystąpiła w odniesieniu do wszystkich narkotyków. Tak więc i na tym polu nowelizacja i zaostrzenie represyjności prawa karnego, połączone z rzeczywistym rozszerzeniem zakresu jego egzekwowania, nie osiągnęły zamierzonych celów. Przede wszystkim ani oddziaływanie odstraszające, ani to o charakterze pozytywnej prewencji generalnej najwidoczniej nie doprowadziły w istotny sposób do redukcji popytu na narkotyki, a tym samym do zmniejszenia rozmiarów ich używania. Wypada przy tym podkreślić, iż trudno uznać argument, że od nowelizacji minęło zbyt mało czasu, aby mogła przynieść spodziewany rezultat. Na ogół przyjmuje się, iż – szczególnie jeśli chodzi o efekt odstraszający – wpływ zaostrzenia ustawodawstwa występuje najintensywniej bezpośrednio po wejściu w życie nowych przepisów. Z upływem czasu ich oddziaływanie słabnie. Tak więc również na odcinku realizacji drugiego istotnego celu, jaki miała osiągnąć nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, poniosła ona klęskę.

Brak efektów oraz szereg skutków ubocznych usunięcia Art. 48 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii to jednak nie wszystkie konsekwencje nowelizacji z roku 2000. Wprowadziła ona bowiem do ustawy jeszcze jedną istotną zmianę, która może miała negatywne konsekwencje dla prowadzenia w Polsce programów redukcji szkód. Problem tkwi w nowym brzmieniu Art. 45 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Przepis ten penalizował dotychczas jedynie udzielanie lub nakłanianie do użycia środka odurzającego lub substancji psychotropowej. Ułatwianie ich użycia mogło stanowić co najwyżej występек określony w Art. 46 ustawy, ale pod warunkiem, że sprawca działał w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Jak wspomniano, oznaczało to niewątpliwą legalność programów wymiany igieł i strzykawek. Nowelizacja wprowadziła zmianę treści Art. 45 poprzez dodanie nowych znamion czasownikowych w postaci ułatwiania lub umożliwiania użycia środka odurzającego lub substancji psychotropowej. Zatem te dwie okoliczności stały się karalne również wówczas, gdy sprawca nie działał w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, co może oznaczać faktyczną delegalizację programów wymiany akcesoriów do iniekcji. Trudno stwierdzić, czy było to świadomym celem nowelizacji, czy jedynie przykładem bezmyślności ustawodawcy. W każdym razie powstała sytuacja, która na pewien czas praktycznie sparaliżowała działalność punktów wymiany igieł i strzykawek. Obyło się co prawda bez zatrzymań i skazań pracowników tych punktów, jednak nękające akcje policji – powołującej się nagle na obowiązującą zasadę legalizmu – w wielu wypadkach skutecznie odstraszyły potencjalnych klientów od kontaktowania się z takimi miejscami. Nie ulega wątpliwości, iż można proponować rozsądną wykładnię celowościową Art. 45 ust. 1 w nowym brzmieniu, przyjmując, iż przepis ten swą dyspozycją obejmuje jedynie takie przypadki ułatwiania lub umożliwiania konsumpcji narkotyku, których celem nie jest ochrona zdrowia narkomanów. Innymi słowy, udzielanie osobom uzależnionym sterylnych igieł i strzykawek nie ma na celu ułatwienia czy umożliwienia im konsumpcji środków odurzających, lecz ochronę tych osób, a także populacji generalnej, przed rozprzestrzenianiem się wirusa HIV oraz innych zakażeń. Przyjęcie takiej interpretacji przez

pewien czas zależało jednak wyłącznie od zdrowego rozsądku i przychylności policji oraz prokuratury.

Sytuację w tym zakresie poprawiła dopiero kolejna nowelizacja ustawy z 1997 roku przyjęta przez Sejm 6 września 2001 roku¹⁶. Nowelizacja ta, poza pewnymi innymi zmianami, wprowadziła dodatkowy punkt 6 do Art. 1 ust. 2 ustawy, który określa jakie typy działalności wchodzi w zakres pojęcia przeciwdziałania narkomanii. Stwierdzono tu wyraźnie, iż obejmuje to także „ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych”. Konsekwencją takiego sformułowania jest uzyskanie przez strategię redukcji szkód niejako oficjalnego statusu w polskiej polityce wobec narkotyków i narkomanii. Tym samym wszelkie przepisy ustawy z roku 1997 roku w razie jakichkolwiek wątpliwości muszą być interpretowane na korzyść programów ograniczania szkód. Dotyczy to także Art. 45 ustawy. W konsekwencji treść Art. 1 ust. 2 pkt 6 oznacza w sposób nie budzący wątpliwości, iż programy wymiany igieł i strzykawek nie mogą być traktowane jako umożliwiające czy ułatwiające używanie narkotyków w rozumieniu Art. 45 ustawy.

Reasumując można powiedzieć, iż nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonana w październiku roku 2000 musi być oceniona jako jednoznaczny regres i wyznaczenie polskiemu ustawodawstwu w tej dziedzinie niewłaściwego kierunku. Ustawodawstwo, które od wielu lat wykazywało się umiarkowaniem i rozsądkiem, przyznawaniem prymatu środkom polityki zdrowotnej i społecznej, wyrażającym się w rozwiązaniach permissywnych i nastawionych na leczenie, skierowane zostało w stronę działań o charakterze restrykcyjnym. Największym paradoksem jest fakt, że w większości krajów europejskich od lat mamy do czynienia z powolną ewolucją w odwrotnym kierunku: poszukiwania większej permissywności i rozbudowy działań profilaktycznych i leczniczych. Z tego punktu widzenia rozwiązania polskie stanowiły w znacznym zakresie wzór tego do czego dąży wiele krajów Unii Europejskiej. Na progu wstąpienia do niej Polska przyjęła rozwiązania, które nas od Unii raczej oddalały, niż do niej przybliżały.

Kierunki dalszego rozwoju polskiego ustawodawstwa dotyczącego narkotyków i narkomanii

Jakkolwiek zażegnano pewne konsekwencje nowelizacji z roku 2000 w postaci zagrożenia kontynuacji programów wymiany igieł i strzykawek, a także dokonano istotnej liberalizacji kształtu programów metadonowych, stan polskiego ustawodawstwa dotyczącego narkotyków i narkomanii wciąż jest daleki od postulowanego modelu permissywno-leczniczego. Należy zatem przyklasnąć ostatniej inicjatywie Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Ministerstwa Zdrowia, które przygotowały projekt nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Dokument ten miałby przede wszystkim lepiej dostosować polskie ustawodawstwo do wymogów Unii Europejskiej. Poza nowymi uregulowaniami dotyczącymi szeregu szczegółowych zagadnień technicznych (związanych m.in. z kwestiami kompetencyjnymi oraz kontrolą legalnego obrotu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi oraz prekursorami), projekt ten zawiera dwie propozycje, niezwykle istotne z punktu widzenia realizacji permissywności oraz leczniczego modelu podejścia do użytkowników narkotyków dopuszczających się przestępstw. Przede wszystkim proponuje przywrócenie niekaralności posiadania nieznacznych ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych na własny użytek (Art. 62 ust. 3 projektu). Oznacza to praktycznie – poza pewnymi kosmetycznymi zmianami – powrót do rozwiązania przyjętego w 1997 roku. Jest to na pewno propozycja słuszna, choć można wyrazić pewną wątpliwość co do sposobu jej realizacji. Jak wspomniano, jednym z istotnych problemów związanych ze stosowaniem w praktyce przepisu Art. 48 ust. 4 ustawy z 1997 roku był brak wagowego określenia wartości stanowiących górny próg pojęcia „nieznaczna ilość”. Sprecyzowanie takich wartości jest zabiegiem skomplikowanym z legislacyjnego punktu widzenia, oznacza bowiem konieczność osobnego ich określenia dla każdego środka. Można to zrobić w postaci stosownego załącznika do ustawy. Wymaga to jednak ustalenia tych wartości, co zawsze jest kwestią sporną. Jednak, jak pokazują chociażby ostatnie doświadczenia

rosyjskie, nie jest to niewykonalne. Dlatego szkoda, iż nie podjęto trudu przygotowania takiego wykazu. Jego brak może spowodować powrót komplikacji na jakie napotkało stosowanie Art. 48 ust. 4.

Drugą niezwykle cenną propozycją projektu nowej ustawy jest wniesienie poprawek i znaczne rozbudowanie przepisów dających podstawę stosowania zasady „leczyć zamiast karać” (Art. 73-75 projektu). Poza poprawieniem niektórych ewidentnych błędów legislacyjnych, jakie wkraśli się do Art. 57 ustawy z 1997 roku, projekt proponuje w tym zakresie śmiało rozszerzenie instytucji zawieszenia postępowania by umożliwić użytkownikom narkotyków popełniającym przestępstwa poddanie się stosownemu leczeniu lub innym formom oddziaływania. W zamian za to mogą oni korzystać z pewnych redukcji odpowiedzialności karnej. Nowe przepisy proponują przede wszystkim – zgodnie z postulatami zgłaszanymi wcześniej w literaturze i wzorem analogicznych rozwiązań w innych krajach – rozszerzenie ewentualności zawieszenia postępowania także na fazę postępowania sądowego. Powinno to zwiększyć częstotliwość odwoływania się do tej instytucji, która dotychczas była martwa na skutek oportunistu prokuratury. Co więcej, rozciągnięta zostaje ona także na fazę postępowania wykonawczego, albowiem projekt przewiduje możliwość udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności w celu podjęcia poza zakładem karnym stosownego leczenia. Warto także zaznaczyć, iż projekt proponuje istotne novum w zakresie podmiotowym stosowania takich instytucji. Chodzi o to, iż instytucja określona w dotychczasowym Art. 57 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii mogła mieć zastosowanie wyłącznie wobec sprawców przestępstw będących osobami uzależnionymi. W praktyce nie obejmowała sprawców nieuzależnionych, ani użytkowników środków przy których o uzależnieniu w ogóle trudno mówić. Może być kwestią sporną czy tacy sprawcy zasługują na jakiegokolwiek szczególne traktowanie, czy zasada „leczyć zamiast karać” powinna mieć w odniesieniu do nich zastosowanie i jaka forma leczenia wchodzi tu w grę. Równocześnie jednak można słusznie twierdzić, iż naruszenia prawa, jakich dopuszczają się takie osoby, mogą mieć u swego podłoża fakt używania narkotyków, a także fakt, iż również w takich wypadkach możliwe i pożądane jest podejmowanie prób oddziaływania o charakte-

rze profilaktycznym, edukacyjnym, ale także terapeutycznym. Dlatego projekt ustawy przewiduje, iż przepisy dotyczące zawieszenia postępowania mogą być stosowane nie tylko wobec sprawców przestępstw będących osobami uzależnionymi w rozumieniu ustawy, ale także osobami zagrożonymi uzależnieniem. Jest to na pewno dość nowatorski przepis, ma on jednak swoje odpowiedniki w niektórych krajach.

Nie ulega wątpliwości, iż jeśli proponowane przepisy staną się obowiązującym prawem, ich prawidłowe funkcjonowanie w praktyce będzie uzależnione od ścisłej współpracy i wzajemnego zrozumienia pomiędzy organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości a instytucjami i organizacjami zajmującymi się leczeniem, terapią, rehabilitacją oraz profilaktyką uzależnień. W warunkach polskich na pewno nie jest to sprawa prosta i oczywista. Rzecz w tym, iż cele jakie stawiają sobie w obszarze polityki wobec narkotyków i narkomanii te dwie grupy podmiotów (represja z jednej, a leczenie z drugiej) są często trudne do pogodzenia, traktuje się je wręcz jako pozostające we wzajemnej sprzeczności. Jednym z podstawowych problemów współczesnej polityki w tym zakresie jest to, że cele kryminalnopolityczne realizowane poprzez represję zbyt często wygrywają z celami z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej realizowanymi poprzez terapię i pracę socjalną. Wydaje się, iż w wielu krajach Unii Europejskiej podejmuje się w ostatnich latach wysiłki aby lepiej godzić te dwa rodzaje celów. Konsekwencją tego jest również większe zrozumienie pomiędzy różnymi podmiotami realizującymi tę politykę. Jeśli proponowane przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania miałyby przyjąć kształt obowiązującego prawa, oznaczałoby to, że polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii powróciłoby na tory wyznaczone przez tendencje europejskie.

Literatura:

- N.Dorn, J.Jepsen, E.Savona (red) *European Drug Policies and Enforcement*, Houndsmills, London 1996.
- M.Friedmann *Der Drogenkrieg ist Verloren. Interview mit dem Amerikanischen Nobelpreisträger Milton Friedmann über eine Legalisierung des Rauschgiftmarktes*, Der Spiegel nr 14/1992.

- K.Frieske, R. Sobiech *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1987.
- J.A.Inciardi *The Drug Legalization Debate*, Beverly Hills 1991.
- K.Krajewski *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001.
- A.R.Lindesmith *The Addict and the Law*, Bloomington 1965.
- R.J.MacCoun, P.Reuter *Drug War Heresies. Learning from Other Vices, Times, & Places*, Cambridge 2001.
- E.A.Nadelmann *Global Prohibition Regimes: The Evolution of Norm in International Society*, International Organization, t. 44 (1990), s. 479-526.
- P.Reuter *Hawks Ascendant: the Punitive Trend of American Drug Policy*, Daedalus, t. 121 (1992), s.15-52.
- J.Sierosławski *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 roku*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2003.
- Th.Szasz *The Morality of Drug Controls*, w: R.Hamowy (red) *Dealing with Drugs. Consequences of Government Control*, San Francisco 1987, s. 327-351.
- A.S.Trebach, J.A.Inciardi *Legalize It? Debating American Drug Policy*, Washington D.C. 1993.

Prof. dr hab. Krzysztof Krajewski ukończył studia prawnicze i socjologiczne na Uniwersytecie Jagiellońskim. Profesor nadzwyczajny w Katedrze Kryminologii UJ. Głównym obszarem jego zainteresowań badawczych stanowią prawne i kryminologiczne zagadnienia narkotyków i narkomanii. Autor m.in. monografii „Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii”, Kraków 2002.

Przypisy

- ¹ Poprzez „przestępstwa bez ofiar” w kryminologii rozumie się takie przestępstwa, do których dochodzi na skutek porozumienia między sprawcą a ofiarą, jak ma to miejsce chociażby w przypadku transakcji pomiędzy dealerem a narkomanem. Oczywiście można twierdzić, iż narkoman jest tu „merytorycznie” ofiarą. Z czysto prawnego punktu widzenia owa ofiara jest jednak także sprawcą, albowiem grozi jej odpowiedzialność karna na równi z „prawdziwym” sprawcą.
- ² Jest czymś oczywistym, że w wielu wypadkach pokrzywdzeni tego nie robią i to z bardzo różnych powodów: niewiara w policję, obawa przed zemstą, brak czasu, zlekceważenie incydentu itp. Zawsze jednak mogą to zrobić. Natomiast ani dealer ani kupujący narkotyki nie mają w tym żadnego interesu.
- ³ Np. w Polsce ok. 70-80 % wszystkich postępowań karnych jest wszczynane na skutek zawiadomienia policji przez pokrzywdzonego. Postępowania wszczęte na skutek własnej aktywności policji (ujęcie na gorącym uczynku, działalność agentury itp.) prowadzą do ujawnienia stosunkowo niewielkiego odsetka przestępstw.

- ⁴ Termin „permissywność” nie jest być może najszcześniejszym określeniem tego podejścia, sugeruje bowiem tolerancję, czy wręcz akceptację używania narkotyków. Nie o to jednak tu chodzi, a jedynie o zawężenie zakresu kryminalizacji i rezygnację ze stosowania wobec użytkowników środków odurzających sankcji karnych, co nie jest równoznaczne z tolerancją używania.
- ⁵ Przez przestępstwa prohibicyjne rozumieć należy wszystkie te czyny zabronione pod groźbą kary, które są konsekwencją istnienia prohibicji, a więc penalizujące naruszenia zakazu obrotu i używania narkotyków w celach pozamedycznych. W warunkach polskich są to wszystkie przestępstwa zdefiniowane w rozdziale 6 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r.
- ⁶ Przez przestępstwa pospolite rozumieć należy przestępstwa zdefiniowane w kodeksie karnym i innych ustawach, które mogą być popełniane przez wszystkich. Niektóre z nich, takie jak np. kradzieże, rozboje, oszustwa itp., są jednak dość typowe dla osób uzależnionych.
- ⁷ Nie można jednak zapominać, że w Stanach Zjednoczonych kwestie te regulowane są w znacznej większości na poziomie ustawodawstwa stanowego a nie federalnego. W związku z tym pamiętać należy, że w wielu stanach USA mamy dzisiaj do czynienia z elementami permissywizmu w odniesieniu do *cannabis*, polegającego na tym, iż posiadanie tej substancji jest tam zdekryminalizowane i zagrożone jedynie relatywnie niewielkimi grzywnami o charakterze administracyjnym. Z kolei od szeregu lat w wielu stanach pojawiają się elementy nastawienia na leczenie w postaci tzw. *drug courts*, w ramach których stosuje się wobec użytkowników narkotyków alternatywne środki o charakterze leczniczym a nie represję karną.
- ⁸ Trzeba jednak pamiętać, iż w krajach skandynawskich wyraźne są także elementy nastawienia na leczenie w postaci bogatego systemu rozwiązań alternatywnych wobec kary. Jednak zgodnie z tamtejszą tradycją państwa opiekuńczego są to często środki o przewadze elementów przymusu, a nie dobrowolności.
- ⁹ Dziennik Ustaw Nr 75, poz. 468 z późniejszymi zmianami.
- ¹⁰ Dz. U. Nr 77, poz. 873.
- ¹¹ Dz. U. Nr 128, poz. 1349.
- ¹² Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, III kadencja, druk 631.
- ¹³ Ostatnie sformułowanie w paradoksalny sposób potwierdza zresztą to, iż regulacje przyjęte w Art. 48 ustawy z 1997 r. spełniły swe zadanie: dały policji instrument ułatwiający ściganie poważniejszych przypadków posiadania, za którymi w rzeczywistości kryje się działalność handlowa, której nie można jednak bezpośrednio udowodnić.
- ¹⁴ Dz. U. nr 103 z 27 listopada 2000 r., poz. 1097.
- ¹⁵ W ten sposób minister Barbara Labuda określiła nowe rozwiązanie w trakcie konferencji prasowej po podpisaniu przez Prezydenta RP nowelizacji ustawy w dniu 17 listopada 2000 r.
- ¹⁶ Dz. U. Nr 125, poz. 1367.

Zdroworozsądkowa polityka narkotykowa

Ethan A. Nadelmann

Po pierwsze: ogranicz szkody

W 1988 roku Kongres Stanów Zjednoczonych przyjął rezolucję proklamującą cel, jakim jest „Ameryka wolna od narkotyków do 1995 roku”. Przyczyną nieustannych klęsk polityki narkotykowej Stanów Zjednoczonych na przestrzeni dziesięcioleci jest przedkładanie tego rodzaju retoryki nad realizm a moralizmu nad pragmatykę. Politycy spowiadają się publicznie ze swoich młodzieńczych wybryków, by zaraz potem nawoływać do wprowadzania jeszcze surowszego prawa. Funkcjonariusze zajmujący się kontrolą narkotyków wydają sądy nie mające żadnego oparcia w faktach i nauce. Wszyscy: policjanci, generałowie, politycy oraz strażnicy moralności narodu uważają się za narkotykowe wyrocznie – niestety do tej pory nie znalazł się wśród nich żaden lekarz ani osoba zajmująca się na co dzień zdrowiem publicznym. Niezależne komisje oceniające politykę narkotykową powoływane są tylko po to, by dowiedzieć się, że ich zalecenia są zbyt ryzykowne politycznie. Polityka narkotykowa jest projektowana i wdrażana bez najmniejszego udziału miliona Amerykanów, których dotyczy najbardziej: osób zażywających narkotyki. Konsumpcja środków odurzających jest poważnym problemem, dotyczącym zarówno jednostki, jak i całe społeczeństwo, tymczasem zamiast poprawić sytuację, „wojna z narkotykami” przyczynia się do jej systematycznego pogorszenia.

Orędownicy wojny z narkotykami powołują się często na lata osiemdziesiąte jako okres, w którym naprawdę przynosiła ona rezultaty. Około 1980 roku zażywanie narkotyków wśród nastolatków gwałtownie

wzrosło, by w ciągu kolejnych 12 lat spaść o ponad 50%. Podczas kampanii prezydenckiej w 1996 roku, kandydat Republikanów Bob Dole wykorzystał ówczesny wzrost zażywania narkotyków przez nastolatki, kontrastując go z wyraźnym jego spadkiem za rządów Ronalda Reagana i George'a Busha seniora. Reakcja prezydenta Billa Clintona była raczej wstrzemięźliwa – po części dlatego, że był on zwolennikiem poglądu, iż poziom zażywania narkotyków wśród nastolatków jest wskaźnikiem sukcesu lub porażki prowadzonej przez państwo polityki narkotykowej. Jedyne, na co się wtedy zdobył, to argumentacja, że odsetek zażywających narkotyki wśród nastolatków nadal jest o połowę mniejszy niż u progu lat osiemdziesiątych.

Jednak w roku 1980 nikomu nie śniło się jeszcze o taniej, nadającej się do palenia odmianie kokainy zwanej „crackiem” ani o związanych z zażywaniem narkotyków zakażeniach wirusem HIV. Tymczasem do początku lat dziewięćdziesiątych w miastach Ameryki zjawiska te osiągnęły rozmiary epidemii, w dużej mierze w wyniku polityki prohibicji i moralnej obojętności na humanitarne konsekwencje wojny z narkotykami. W 1989 roku federalny budżet przeznaczony na kontrolę narkotyków wynosił około miliarda dolarów, zaś budżety stanowe i lokalne około dwa-trzy razy więcej. Do 1997 roku budżet federalny rozdał się do 16 miliardów, z czego dwie trzecie stanowiły środki na funkcjonowanie instytucji związanych z egzekwowaniem prawa, natomiast fundusze stanowe i lokalne przeznaczały na te cele przynajmniej tyle samo. W 1980 roku każdego dnia około 50.000 ludzi odbywało karę więzienia za naruszenie prawa narkotykowego. Do 1997 roku liczba ta zwiększyła się ośmiokrotnie – do około 400.000. Takie są rezultaty polityki narkotykowej, która nadmiernie opiera się na „rozwiązaniach” prawnych, ideologicznie nastawionych na leczenie prowadzące wyłącznie do abstynencji, bez uprzedniej starannej analizy zysków i strat.

Zamiast tego wyobraźcie sobie politykę narkotykową, u której źródeł tkwi przekonanie, że narkotyki nie znikną z kuli ziemskiej i że nie ma innego wyjścia, jak tylko nauczyć się z nimi żyć w taki sposób, by przysparzały jak najmniej szkód. Wyobraźcie sobie działania, które skupiają się na ograniczaniu nie narkotyków samych w sobie, ale przestępczości i nieszczęścia powodowanego zarówno przez ich zażywanie, jak

i politykę prohibicji. Politykę narkotykową, która nie opiera się na strachu, uprzedzeniach i ignorancji, napędzających aktualnie dominujące w Ameryce podejście, lecz na zdrowym rozsądku, wiedzy naukowej, trosce o zdrowie publiczne i prawa człowieka. Wprowadzenie jej jest możliwe pod warunkiem, że Amerykanie zechcą uczyć się na doświadczeniach krajów, w których taka polityka już istnieje.

Postawy za granicą

Amerykanie nie są wcale niechętni szukaniu skutecznych rozwiązań problemu narkotykowego za granicą. Problem polega na tym, że usiłują je znaleźć w niewłaściwych miejscach: Azji i Ameryce Łacińskiej, skąd pochodzi większość ze światowej produkcji heroiny i kokainy. Podejmowane przez rządy Stanów Zjednoczonych i trwające dziesiątki lat wysiłki na rzecz powstrzymania produkcji narkotyków za granicą oraz ich importu na rynek amerykański zakończyły się porażką. Produkcja narkotyków to interes większy niż kiedykolwiek. Słoma makowa, źródło morfiny i heroiny oraz *cannabis sativa* (konopie indyjskie), z których powstaje marihuana i haszysz, rosną i czekają na zerwanie na całym świecie. Roślina koka, z liści której powstaje kokaína, wcale nie musi być uprawiana w swoim naturalnym środowisku – Andach. Programy substytucji upraw, których celem jest przekonanie rolników z krajów Trzeciego Świata do legalnych plantacji, nie mogą konkurować z dochodem, jaki w sposób nieunikniony tworzy polityka zakazów. Kampanie wykorzeniania upraw od czasu do czasu ograniczają produkcję w jednym kraju, jednak gdzie indziej natychmiast uaktywniają się nowi dostawcy. Międzynarodowe wysiłki mające na celu egzekwowanie prawa mogą krzyżować plany organizacjom handlującym narkotykami i blokować główne szlaki ich przerzutów. Rzadko jednak wywierają prawdziwy wpływ na to, co dzieje się na amerykańskim rynku narkotykowym.

Nawet gdyby możliwe było odcięcie drogi dostawom z zagranicy, problem zażywania narkotyków w Stanach Zjednoczonych zaledwie by osłabł. W USA większość skutków wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych związana jest z produkowanym

domowymi sposobami alkoholem i tytoniem. Wiele, jeśli nie całość spośród dostępnej na rynku marihuany, amfetaminy, halucynogenów i nielegalnie modyfikowanych narkotyków farmaceutycznych, wyprodukowana została w Ameryce. To samo dotyczy kleju, benzyny i innych rozpuszczalników używanych przez dzieci, które są za małe lub za biedne, by zdobyć innego rodzaju substancje psychoaktywne. Bez wątpienia to właśnie takie narkotyki, jak również liczne nowe produkty, szybko zastąpiłyby importowaną heroinę i kokainę, gdyby odcięto ich dopływ z zagranicy.

Podpatrywanie sposobów redukcji dostaw narkotyków w Ameryce Łacińskiej i Azji jest więc bezcelowe. Obiecującą za to wyglądają rozpowszechniane w Europie, Australii a nawet niektórych zakątkach Ameryki Północnej plany działania oparte na filozofii redukcji szkód. Ich punktem wyjścia jest przyznanie, że inicjatywy mające na celu redukcję podaży z samego założenia są ograniczone, że egzekwowanie prawa karnego generuje koszty i przynosi efekty przeciwne do zamierzonych, zaś bezkrytyczne dążenie do „społeczeństwa wolnego od narkotyków” nie ma wiele wspólnego z rzeczywistością. Wysiłki ukierunkowane na redukcję popytu – by ograniczyć zażywanie narkotyków wśród dzieci i dorosłych – są oczywiście istotne. Nie należy jednak zapominać o redukcji szkód wśród tych, którzy nie chcą lub nie są w stanie natychmiast skończyć z zażywaniem narkotyków, jak również w otoczeniu społecznym tych ludzi.

Większość osób, które opowiadają się za redukcją szkód nie popiera legalizacji narkotyków. Ludzie ci mają jednak świadomość, że polityce prohibicji nie udało się doprowadzić do zmniejszenia rozmiarów konsumpcji narkotyków, że jest ona odpowiedzialna za korupcję, wiele zbrodni, chorób i śmierci, a także iż co roku kosztuje ona krocie. Mimo to legalizację uważają za politycznie niemądrą i niosącą ryzyko wzrostu zażywania narkotyków. Prawdziwym wyzwaniem jest więc poprawa działania polityki prohibicji, tyle że skoncentrowanej na redukcji negatywnych konsekwencji wynikających zarówno z zażywania narkotyków, jak i podejścia opartego na zakazach.

Kraje, które zwróciły się w stronę rozwiązań zmniejszania szkód, w tej kwestii nie różnią się tak bardzo od Stanów Zjednoczonych. Narkotyki,

przestępczość, problemy rasowe i inne kwestie społeczno-gospodarcze również tam są ze sobą nierozzerwalnie związane. Tak jak w Ameryce, władze ścigają i skazują na karę więzienia zarówno „grube ryby”, jak i drobnych dealerów. Rodzice martwią się, że ich dzieci zaczną brać narkotyki. Polityków zachwyca retoryka wojny z narkotykami. Ale w USA, w odróżnieniu od polityki narkotykowej, zdrowie publiczne traktowane jest jako priorytet, zaś na kształtowanie polityki narkotykowej znacząco wpływają przedstawiciele resortów zdrowia. Lekarze mają znacznie więcej swobody w leczeniu uzależnienia i związanych z nim problemów. Policja postrzega sprzedaż i zażywanie zabronionych narkotyków podobnie jak prostytutkę: jako działalność, której nie można powstrzymać, ale którą można skutecznie regulować. Moraliści mniej koncentrują się na tym, co złego tkwi w samych narkotykach, bardziej zaś na konieczności pragmatycznego i humanitarnego radzenia sobie z problemem zażywania środków odurzających i uzależnienia od nich. Coraz więcej polityków ma odwagę wypowiadać się na rzecz rozwiązania alternatywnych wobec polityki restrykcji.

Działania związane z redukcją szkód mają również na celu powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa HIV poprzez: udostępnianie wszystkim zainteresowanym sterylnych igieł i strzykawek; zbieranie zużytego sprzętu do iniekcji; zezwalanie lekarzom na przepisywanie doustnego metadonu do leczenia uzależnienia od heroiny (jak również samej heroiny lub innych narkotyków pacjentom, którzy w przeciwnym wypadku kupiliby je na czarnym rynku); tworzenie tak zwanych „pomieszczeń do bezpiecznej iniekcji narkotyków” po to, by osoby uzależnione nie gromadziły się w miejscach publicznych czy tak zwanych „bajzlach”; zatrudnianie specjalnych służb do analizy składu i mocy MDMA (Ecstasy) i innych narkotyków konsumowanych na masowych imprezach tanecznych (tak zwanych „rave’ach”); dekryminalizację (ale nie legalizację) posiadania oraz sprzedaży detalicznej marihuany i, w niektórych przypadkach, posiadania niewielkich ilości „twardych” narkotyków; w końcu włączanie zasad i praktyk redukcji szkód do strategii na poziomie lokalnym. Niektóre z tych działań są częściowo wprowadzane (bądź ich wprowadzenie jest rozważane) również w Stanach Zjednoczonych, rzadko jednak na taką skalę, jak w coraz większej liczbie krajów.

Powstrzymać HIV przy pomocy sterylnych strzykawek

Fakt rozprzestrzeniania się HIV – wirusa, który wywołuje AIDS – wśród osób zażywających narkotyki w sposób iniekcyjny, spowodował, że rządy państw europejskich i Australii rozpoczęły eksperymenty z polityką redukcji szkód. Na początku lat osiemdziesiątych przedstawiciele resortów zdrowia zorientowali się, że zakażone osoby roznoszą HIV poprzez wspólne korzystanie z igieł i strzykawek. Rząd Danii, bogatszy o doświadczenia z epidemią wirusowego zapalenia wątroby (WZW) rozprzestrzeniającą się tą samą drogą, jako pierwszy na świecie tłumaczył osobom zażywającym narkotyki, jakie ryzyko niesie ze sobą dzielenie się igłami i wprowadził łatwą dostępność czystych igieł i strzykawek. W aptekach, punktach wymiany igieł i strzykawek, miejscach realizowania programów metadonowych oraz na terenie publicznych ośrodków zdrowia zbierano zużyty sprzęt do iniekcji. Wkrótce w ślady Danii poszły rządy innych państw europejskich oraz Australii. Nieliczne kraje, w których do kupna strzykawki niezbędna była recepta, zrezygnowały z tego wymogu. Władze lokalne Niemiec, Szwajcarii i innych państw wprowadziły automaty do wymiany igieł, by zapewnić możliwość korzystania z tej usługi przez całą dobę. W niektórych miastach Europy, osoby uzależnione od narkotyków, mogą wymieniać sprzęt do iniekcji na lokalnych posterunkach policji bez obawy przed zatrzymaniem czy prześladowaniem. Te same sposoby działania przyjmują zakłady karne, by pomóc zahamować rozprzestrzenianie się HIV wśród więźniów, przyznając, że nawet za kratami nie można powstrzymać zażywania narkotyków.

Oczywiście nie dało się uniknąć kontrowersji podczas wdrażania tych innowacyjnych działań. Konserwatywni politycy twierdzili, że wymiana igieł i strzykawek to akceptowanie nielegalnych i niemoralnych zachowań, zaś polityka państwa powinna koncentrować się na karaniu osób zażywających narkotyki lub zmuszaniu ich do abstynencji. Jednak do końca lat osiemdziesiątych zarówno w Europie, w krajach Oceanii jak i w Kanadzie osiągnięto konsensus: choć narkomania sama w sobie stanowi poważny problem, AIDS stał się kwestią priorytetową.

Spowolnienie rozprzestrzeniania się śmiertelnej choroby, na którą nie ma lekarstwa, wydawało się ważniejszym imperatywem moralnym. Był również imperatyw natury ekonomicznej: koszty wymiany igieł i strzykawek są minimalne w porównaniu z kosztami leczenia osób zakażonych wirusem HIV.

Logika tej argumentacji nie zwycięża tylko w Stanach Zjednoczonych, nawet mimo faktu, że w latach dziewięćdziesiątych AIDS był główną przyczyną zgonów Amerykanów w przedziale wiekowym 25-44, zaś w chwili obecnej zajmuje w USA niechlubne drugie miejsce na liście chorób najczęściej kończących się śmiercią. Centrum Kontroli Chorób (CDC)ⁱ szacuje, że połowa nowych zakażeń HIV na terenie Stanów Zjednoczonych jest konsekwencją iniekcyjnego zażywania narkotyków. Tymczasem zarówno Biały Dom, jak i Kongres blokują przesunięcie środków z AIDS czy profilaktyki zażywania narkotyków na wymianę igieł, zaś praktycznie każdy stan utrzymuje restrykcyjne przepisy odnośnie akcesoriów do wstrzykiwania narkotyków, regulacje apteczne i inne ograniczenia dostępu do sterylnej sprzętu. W latach osiemdziesiątych nieposłuszni aktywiści założyli więcej punktów wymiany igieł i strzykawek, niż rząd i władze lokalne. Obecnie istnieje ponad 100 takich miejsc w 28 stanach, Waszyngtonie i Puerto Rico, jednak zaspokajają one potrzeby zaledwie 10% osób przyjmujących narkotyki.

Władze wszystkich szczebli odmawiają finansowania wymiany igieł ze względów politycznych. Czynią tak niezależnie od dziesiątków badań naukowych prowadzonych w kraju i za granicą, wykazujących, że wymiana igieł i inne programy dystrybucji ograniczają dzielenie się sprzętem do iniekcji, ułatwiają kontakt systemu opieki zdrowotnej z osobami zażywającymi narkotyki, do których dostęp jest utrudniony, informują osoby uzależnione o możliwościach leczenia i nie powodują wzrostu zażywania narkotyków. Powołana w 1991 roku przez prezydenta Busha seniora Narodowa Komisja do Spraw AIDS, nazwała brak federalnego wsparcia dla tego typu programów faktem „tragicznym i wprowadzającym w konsternację”. Sponsorowany przez CDC przegląd badań nad wymianą igieł zalecił federalne finansowanie tego typu

ⁱ Centers for Disease Control w Atlancie (przyp. tłum.)

programów, jednak czołowi przedstawiciele administracji prezydenta Clintona zdławili przychylną ocenę raportu w Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej. W 1996 roku Rada Doradcza ds. HIV/AIDS prezydenta Clintona skrytykowała jego administrację za nieudaną próbę ukrycia wytycznych Narodowej Akademii Nauk, w których upoważnia ona rząd federalny do wykorzystania ogólnokrajowych funduszy na finansowanie programów wymiany igieł i strzykawek. Powołany przez Narodowy Instytut Zdrowia niezależny panel w 1997 roku doszedł do tych samych wniosków. Latem tego roku Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczneⁱⁱ, Amerykańskie Stowarzyszenie Adwokaturyⁱⁱⁱ, a nawet upolityczniona Amerykańska Konfederacja Burmistrzów^{iv} udzieliły poparcia koncepcji wymiany akcesoriów do iniekcji. Jesienią nadeszło również poparcie z Banku Światowego.

Po dzień dzisiejszy uparta postawa Ameryki w tej kwestii jest przyczyną zakażenia wirusem HIV do 10.000 osób. Jeśli nawet rosnąca liczba dowodów naukowych i okrutna rzeczywistość niekończącego się kryzysu w walce z AIDS nie przekonały jeszcze polityków, że wymiana igieł ratuje życie, to wydaje się, że opinia publiczna zdążyła już zmienić zdanie. Sondaże ciągle wykazują, że większość Amerykanów popiera wymianę igieł, z najwyższymi wskaźnikami aprobaty wśród tych, którzy znają to pojęcie. Uprzedzenia i polityczne tchórzostwo są zbyt słabą wymówką, by pozwalać rosnącej liczbie obywateli cierpieć i umierać na AIDS, zwłaszcza, gdy skuteczne środki zapobiegawcze są nieskomplikowane, bezpieczne i tanie.

Metadon i inne alternatywy

Stany Zjednoczone w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych były pionierem w wykorzystaniu syntetycznego opiatu – metadonu do leczenia uzależnienia od heroiny. Teraz jednak pozostają daleko w tyle za znaczną częścią Europy i Australią, jeżeli chodzi o jego udostępnianie. Metadon jest najlepszą dostępną formą ograniczania nielegalnego

ⁱⁱ American Medical Association (przyp. tłum.)

ⁱⁱⁱ American Bar Association (przyp. tłum.)

^{iv} U.S. Conference of Mayors (przyp. tłum.)

zażywania heroiny i związanej z tym przestępczości, chorób i śmierci. Instytut Medycyny Narodowej Akademii Nauk^v stwierdził na początku lat dziewięćdziesiątych, że spośród wszystkich form leczenia uzależnienia od narkotyków, „terapia metadonowa została zbadana najbardziej rygorystycznie i przyniosła najbardziej bezspornie pozytywne rezultaty. (...) Konsumpcja nielegalnych narkotyków, zwłaszcza heroiny, spadła. Zmniejszyła się przestępczość, mniej osób uległo zakażeniu wirusem HIV, następowała poprawa w funkcjonowaniu jednostki”. Jednakże, jak stwierdza dalej instytut, „obecna polityka (...) zbyt wiele nacisku kładzie na obronę społeczeństwa przed metadonem, niewystarczająco wiele zaś na ochronę obywateli przed uzależnieniem od narkotyków, przemocą i chorobami zakaźnymi, w których ograniczeniu metadon może znacząco pomóc”.

Metadon jest dla ulicznej heroiny tym, czym guma nikotynowa lub plastry nikotynowe dla papierosów – wartością dodaną w postaci legalności. Przyjmowany doustnie metadon ma niewielki wpływ na nastrój i procesy poznawcze. Może być zażywany przez dziesięciolecia, praktycznie bez żadnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych, zaś jego czystość i stężenie, w przeciwieństwie do narkotyków kupowanych na ulicy, są gwarantowane. Podobnie jak w przypadku innych opiatów, długotrwałe przyjmowanie metadonu może spowodować zależność fizyczną, jednakże bardziej przypomina ona uzależnienie cukrzyka od insuliny, niż uzależnienie heroinisty od heroiny kupowanej na ulicy. Pacjenci metadonowi mogą prowadzić bezpiecznie samochód, utrzymywać się na dobrych posadach i opiekować się swoimi dziećmi. Przy stosowaniu odpowiednich dawek nie można ich odróżnić od osób, które nigdy w życiu nie miały do czynienia z heroiną czy metadonem.

Błędne wyobrażenia i uprzedzenia nie zapobiegły jednak całkowicie ekspansji leczenia metadonowego w USA. 115.000 tysięcy osób leczących się obecnie w ten sposób, reprezentuje tylko niewielki wzrost w stosunku do ich liczby sprzed 20 lat. Na każde dziesięć osób uzależnionych od heroiny przypada zaledwie jedno lub dwa miejsca w programach leczenia metadonowego. Omawiany lek jest najbardziej

^v National Academy of Science's Institute of Medicine (przyp. tłum.)

surowo kontrolowanym środkiem wśród preparatów leczniczych i stał się przedmiotem wyjątkowych wręcz restrykcji na poziomie federalnym i stanowym. Lekarze nie mogą go przepisywać do terapii uzależnienia poza wyznaczonymi programami. Przepisy dyktują nie tylko wymogi bezpieczeństwa, dokumentacji i obsługi, lecz również maksymalne dawki, kryteria przyjęcia osób do programu, czas, jaki można w nim uczestniczyć, i całą gamę innych szczegółów, z których żaden nie ma wiele wspólnego z jakością leczenia. Co więcej, jakość ta jest zła, a wspomniane regulacje jej nie poprawiają: wiele klinik nie zapewnia wystarczających dawek, przedwcześnie przerywa stosowanie preparatów leczniczych, wyrzuca klientów z programu na przykład za obraźliwe zachowanie i angażuje się w wiele działań, które w każdym innym obszarze medycyny uznane zostałyby za nieetyczne. Próby otwarcia nowych klinik blokowane są przez mieszkańców, którzy nie życzą sobie osób uzależnionych od narkotyków w okolicy.

W wielu krajach Europy i w Australii metadon początkowo był przedmiotem większych nawet kontrowersji niż w Stanach Zjednoczonych. Chociażby Niemcy, Francja, czy Grecja zakazywały go jeszcze w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Tam jednak, gdzie był akceptowany, lekarze mieli znaczną swobodę w decydowaniu kiedy i jak wiele go przepisywać, by maksymalizować jego skuteczność. Istnieją programy leczenia metadonowego dla tych, którzy pragną całkowicie wyzwolić się z nałogu i dla tych, którzy chcą po prostu ograniczyć ilość spożywanej heroiny. Lekarze mogą przepisywać lek w prywatnych i publicznych gabinetach lekarskich, pacjenci z kolei wykupują go po prostu w lokalnych aptekach. Tysiące lekarzy rodzinnych i ogólnych w Europie, Australii, Nowej Zelandii i Kanadzie (w prowincjach Ontario i Kolumbia Brytyjska) jest obecnie zaangażowanych w prowadzenie terapii metadonowej. W Belgii, Niemczech i Austrii jest to podstawowy sposób dystrybucji metadonu, którego włączanie w oficjalny nurt medycyny powoduje, że leczenie jest bardziej dostępne, co poprawia skuteczność jego działania i pozwala na bardziej efektywne korzystanie z usług dodatkowych. Pomaga również zredukować odium, jakie ciąży na programach metadonowych oraz opór społeczności lokalnych.

Wiele czynników uniemożliwia amerykańskim lekarzom eksperymentowanie z bardziej elastycznymi formami terapii, jak to mogą czynić ich europejscy koledzy. Administracja związana z egzekwowaniem prawa narkotykowego utrzymuje, że złagodzenie przepisów napędziłoby czarny rynek metadonowy. Tymczasem czarny rynek, na którym praktycznie każdy klient to osoba uzależniona od heroiny, nie mogąca lub nie chcąca zapisać się do programu metadonowego, jest przede wszystkim konsekwencją zbyt małej dostępności legalnego metadonu. Niektóre konwencjonalne ośrodki leczenia uzależnień nie chcą scedować swojego prawie-monopolu na rzecz terapii metadonowej i niechętnie przyjmują osoby, które nie mogą lub nie chcą przestać zażywać heroiny. Wszystkie zaś wysiłki, by doprowadzić do większej dostępności metadonu w Stanach Zjednoczonych napotykały na opór tych Amerykanów, którzy traktują takie leczenie jako zastępowanie jednego narkotyku drugim i nieufnie podchodzą do jakiegokolwiek terapii, z której pacjent nie wychodzi całkowicie „czysty od narkotyków”.

Chociaż dla setek tysięcy uzależnionych od heroiny osób metadon przyjmowany doustnie jest najlepszym sposobem radzenia sobie z uzależnieniem, niektórym powodzi się lepiej przy pomocy innych substytutów opiatów. W Anglii lekarze przepisują metadon w zastrzykach około 10 procentom dochodzących do siebie pacjentów, którym skromny „kop” przy wstrzykiwaniu lub sam rytuał iniekcji może sprawiać przyjemność. Lekarze w Austrii, Szwajcarii i Australii eksperymentują z przepisywaniem doustnej morfiny, by sprawdzić, czy w przypadku niektórych pacjentów działa ona lepiej, niż doustny metadon. Kilka programów leczenia w Holandii prowadziło badania z wykorzystaniem doustnej morfiny i palfium. W Niemczech, gdzie na początku stroniono od leczenia metadonowego, tysiące uzależnionych osób leczonych było kodeiną, którą nadal wielu lekarzy i pacjentów przedkłada nad metadon. To samo dotyczy buprenorfiny we Francji.

W Anglii lekarze mają wolną rękę jeżeli chodzi o decydowanie, jakiego rodzaju lek przepisać, by pomóc pacjentowi poradzić sobie z własnym życiem i trzymać go z daleka od nielegalnych narkotyków i ich dealerów. Już w latach dwudziestych tysiące pacjentów utrzymywano na legalnych receptach na heroinę, morfinę, amfetaminę, kokainę

i inne narkotyki farmaceutyczne. Tradycja ta kwitła do lat sześćdziesiątych i powróciła jako odpowiedź na AIDS oraz rosnące niezadowolenie z amerykanizacji brytyjskich zwyczajów wypisywania recept w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, kiedy to nielegalne zażywanie heroiny w Wielkiej Brytanii wzrosło prawie dziesięciokrotnie. Lekarze w innych krajach europejskich i Australii również próbują przepisywać heroinę.

Rząd Szwajcarii rozpoczął w 1994 roku ogólnonarodowe badania w celu zweryfikowania, czy przepisywanie heroiny, morfiny lub metadonu w zastrzykach może ograniczyć przestępczość, choroby i inne problemy związane z zażywaniem narkotyków. W eksperymencie wzięło udział około 1000 ochotników – pod uwagę brane były tylko osoby uzależnione od heroiny z przynajmniej dwiema nieudanymi próbami leczenia metadonowego lub innej konwencjonalnej formy terapii. Badania szybko wykazały, że praktycznie wszyscy uczestnicy preferowali heroinę, więc lekarze właśnie ją im przepisywali. W lipcu 1997 roku rząd Szwajcarii ogłosił dotychczasowe wyniki: przestępstwa kryminalne i liczba przestępców spadła o 60 %, dochód z nielegalnych lub pół-nielegalnych działań spadł z 69 do 10 %, zdecydowanie zmniejszyło się spożycie nielegalnej heroiny i kokainy (choć spożycie alkoholu, marihuany i środków uspokajających, takich jak Valium, w znacznej mierze pozostało na tym samym poziomie), stałe zatrudnienie wzrosło z 12 do 32 %, znaczącej poprawie uległo zdrowie fizyczne, zaś większość uczestników eksperymentu wyraźnie zredukowała uczestnictwo w tzw. scenie narkotykowej. Nie odnotowano żadnego przypadku śmierci w wyniku przedawkowania ani przypadków odsprzedawania przepisanych leków na czarnym rynku. Ponad połowa spośród tych, którzy wycofali się z badania w trakcie jego trwania, przerzuciła się na inną formę terapii, w tym 83 osoby rozpoczęły leczenie abstynencyjne. Analiza zysków i strat programu wykazała korzyść ekonomiczną wynoszącą 30 dolarów netto na osobę dziennie, głównie ze względu na ograniczenie kosztów sądowych i leczniczych.

Szwajcarskie badanie podważyło niektóre mity na temat heroiny i jej użytkowników. Do dnia dzisiejszego rezultaty wskazują na to, że

– biorąc pod uwagę relatywnie nielimitowaną dostępność – osoby zażywające ten narkotyk z własnej woli stabilizują lub redukują swoją dawkę, niektóre z nich wybierają nawet abstynencję. Uzależnieni od heroiny mogą wieść względnie normalne, ustabilizowane życie, jeśli zapewni się im legalny dostęp do narkotyku, który sami wybiorą. Przeciętni obywatele popierają takie inicjatywy. W referendach przeprowadzonych w Zurychu, Bazylei i Zug zdecydowana większość obywateli opowiedziała się za kontynuowaniem finansowania eksperymentu. We wrześniu 1997 roku w ogólnonarodowym referendum na rzecz zakończenia rządowych programów metadonowych i innych inicjatyw związanych z redukcją szkód, 71 % Szwajcarów zagłosowało przeciwko, a zwolennicy redukcji szkód zdobyli większość we wszystkich 26 kantonach.

Holandia planowała swoje własne badanie skuteczności przepisywania heroiny na rok 1998, prowadzenie podobnych badań rozważane było w innych krajach Europy, takich jak Luksemburg i Hiszpania, jak również w Kanadzie. W Niemczech rząd federalny sprzeciwiał się badaniom skuteczności przepisywania heroiny i innym innowacjom związanym z redukcją szkód, ale Liga Miast składała do niego petycje o pozwolenie na ich prowadzenie. Badanie prowadzone na początku 1997 roku wykazało, że szefowie policji w 10 z 12 największych miast w tym kraju opowiadali się za pozwoleniem na wprowadzanie kontrolowanych programów dystrybucji heroiny w poszczególnych landach. W lecie 1997 roku w Australii większość spośród ministrów zdrowia poszczególnych stanów zaaprobowwała badania nad przepisywaniem heroiny, jednakże premier John Howard zablokował ich rozpoczęcie. Z kolei w Danii badanie opinii publicznej z września 1996 roku wykazało, że 66 % głosujących popiera eksperyment, w którym zarejestrowani uzależnieni otrzymywaliby darmową heroinę do konsumpcji w specjalnie do tego celu założonych ośrodkach.

Szwajcaria, starając się ograniczyć liczbę przedawkowań, niebezpieczne praktyki związane z iniekcją i zażywanie narkotyków w miejscach publicznych, wzięła również udział w tworzeniu „pomieszczeń do bezpiecznego wstrzykiwania narkotyków”, gdzie użytkownicy mogą je zażywać w higienicznych warunkach. W całym kraju jest obecnie około dziesięciu takich pomieszczeń, zaś wstępne ewaluacje dały

pozytywne wyniki. We Frankfurcie założono już trzy oficjalnie usankcjonowane pomieszczenia tego typu. Podobne znajdują się w Hamburgu i Saarbrücken. Również w innych miastach Europy i Australii wkrótce otwarte zostaną pomieszczenia do bezpiecznej iniekcji narkotyków.

Zamieszanie wokół skręta

Konopie indyjskie, w postaci marihuany lub haszyszu, są niewątpliwie najbardziej popularnym narkotykiem w Stanach Zjednoczonych. Ponad jedna czwarta Amerykanów przyznaje, że próbowała co najmniej jednej z tych odmian. Popularność marihuany gwałtownie wzrosła w latach osiemdziesiątych, stabilnie malała do początku lat dziewięćdziesiątych, obecnie zaś ponownie ma tendencję zwyżkową. Choć nie do końca bezpieczna, zwłaszcza, gdy jest konsumowana przez dzieci, palona w dużych ilościach lub podczas prowadzenia samochodu, niewątpliwie zalicza się generalnie do najmniej niebezpiecznych substancji psychoaktywnych, znajdujących się w powszechnym użyciu. W 1988 roku sędzia administracyjny Urzędu Kontroli Narkotyków^{vi}, Francis Young, dokonał przeglądu badań i doszedł do wniosku, że „marihuana, w swojej naturalnej postaci, jest jedną z najbezpieczniejszych terapeutycznie aktywnych substancji znanych człowiekowi”.

Tak jak w przypadku wymiany igieł i strzykawek oraz terapii metadonowej, politycy amerykańscy ignorują lub odrzucają wnioski rządowych komisji i organizacji naukowych na temat polityki związanej z marihuaną. W 1972 roku Narodowa Komisja ds. Marihuany i Nadużywania Narkotyków, utworzona przez prezydenta Nixona, pod przewodnictwem dawnego gubernatora republikańskiego, Raymonda Shafera, zaleciła dekryminalizację posiadania do jednej uncji marihuany. Nixon odrzucił to zalecenie. W 1982 roku utworzony na polecenie Narodowej Akademii Nauk panel doszedł do tego samego wniosku, co komisja Shafera.

Między 1973 a 1978 rokiem, wraz ze zmieniającymi się postawami, 11 stanów zaaprobowało ustawy o dekryminalizacji, które

^{vi} Drug Enforcement Administration (DEA) (przyp. tłum.)

przekwalifikowały posiadanie marihuany na wykroczenie, drobne wykroczenie lub naruszenie cywilne podlegające karze nie większej niż 100 dolarów grzywny. Nie dało się nie dostrzec różnicy między trendami w konsumpcji w tych stanach, które utrzymały ostrzejsze przepisy i tych, które z nich zrezygnowały. W 1998 roku podczas naukowej ewaluacji łagodzącego przepisy kalifornijskiego Aktu Moscone'a z 1976 roku, oszacowano, że od czasu uchwalenia nowego prawa stan zaoszczędził pół miliarda dolarów na kosztach aresztowań. Niezależnie od tego, w 1978 roku nastroje opinii publicznej zaczęły się zmieniać. Żaden stan więcej nie zdekryminalizował marihuany, niektóre zaś ponownie wprowadziły restrykcyjne przepisy prawa w tej materii.

W latach 1973-1989 roczna liczba aresztowań dokonanych przez stanową i lokalną policję na podstawie zarzutów związanych z marihuaną, wahała się między 360.000 a 460.000. Całkowita liczba roczna spadła do 283.700 w 1991 roku, ale od tego czasu ponownie wzrosła i podwoiła się z nową siłą. W 1991 roku aresztowano 641.642 osób, z czego 85 % za posiadanie, nie zaś za sprzedaż narkotyku. Administracja prezydenta Clintona, ponaglona wizją wzrostu spożycia marihuany wśród nastolatków i obawą przed posądzeniem o niedostateczną stanowczość w sprawie narkotyków, rozpoczęła w 1995 roku swoją własną kampanię antymarihuanową. Jednak rewelacje na temat zidentyfikowania nowego czynnika ryzyka w konsumpcji marihuany – w tym rzekomy związek między paleniem marihuany a agresywnym zachowaniem – nie wytrzymały naukowej analizy¹. Nie wydaje się prawdopodobne, by Kongres lub Białe Dom powołały prawdziwie niezależną komisję doradczą w celu przyjrzenia się problemowi marihuany – wszystkie dotychczasowe nazbyt konsekwentnie dochodziły bowiem do wniosków niemożliwych do zaakceptowania z politycznego punktu widzenia.

W przeciwieństwie do Stanów Zjednoczonych, rządy państw europejskich i Australii zrewidowały swoje podejście do konopi indyjskich. W 1976 roku Komisja Baan w Holandii zaleciła, a rząd wprowadził w życie, politykę oddzielania „miękkiego” i „twardego” rynku narkotykowego. Kary za handel heroiną i wysiłki policji w kierunku jego zdławienia zostały wzmocnione, podczas gdy złagodzone te działania w odniesieniu do konopi. Marihuana i haszysz są obecnie dostępne

w setkach „coffee shop’ów”^{vii} w całym kraju. Reklama, eksponowanie na wystawach i sprzedaż nieletnim są zakazane. Policja szybko zamknęła coffee shop’y, w których sprzedawano twarde narkotyki. Praktycznie nie zdarzają się przypadki aresztowania, ani nawet wymierzania kar grzywny za posiadanie konopi indyjskich, rząd zaś pobiera podatki od wpływów z zielonego rynku.

Obecnie konsumpcja konopi w większości grup wiekowych w Holandii jest zbliżona do poziomu w Stanach Zjednoczonych. Holenderskie nastolatki rzadziej jednak niż ich koledzy z Ameryki próbują marihuany. Pomiędzy 1992 a 1994 rokiem, tylko 7,2 % dzieci holenderskich w wieku od 12 do 15 lat próbowało marihuany, w porównaniu do 13,5 % Amerykanów w tym samym przedziale wiekowym. Co więcej, znacznie mniej młodych Holendrów eksperymentuje z kokainą, co przemawia za opinią rządu o sukcesie, jakim okazało się oddzielenie rynku narkotyków „twardych” i „miękkich”. Większość holenderskich rodziców uważa szalone amerykańskie kampanie antymarihuanowe za głupie.

Jednak holenderskie coffee shop’y nie są całkowicie wolne od problemów. Wielu obywateli skarży się na ich nadmierne rozprzestrzenianie się oraz kłopoty, jakie stwarzają młodzi ludzie tłumnie odwiedzający holenderskie miasta przygraniczne. Coraz większe zagrożenie stanowi zaangażowanie zorganizowanej przestępczości w krajowe uprawy konopi. Wysiłki rządu holenderskiego w celu rozwiązania problemu poprzez bardziej regularne i otwarte dostawy towaru do coffee shop’ów oraz inne, nowe inicjatywy, napotkały na opór ze strony społeczności międzynarodowej, zwłaszcza Paryża, Bonn, Sztokholmu i Waszyngtonu. Pod koniec 1995 roku prezydent Francji Jacques Chirac publicznie skrytykował politykę narkotykową Hagi, grożąc nawet zawieszeniem wcielania w życie Porozumienia z Schengen, sankcjonującego swobodne przemieszczanie się obywateli pomiędzy krajami Unii Europejskiej. Niektórzy poplecznicy Chiraca nazwali Holandię narko-krajem. Władze Holandii zareagowały przytaczając dowody względnego sukcesu własnej polityki i wytykając Chiracowi, że

^{vii} coffee shop – kawiarnia, lokal w którym oficjalnie można kupić marihuanę lub haszysz (przyp. tłum.)

większość konopi przechwytywanych we Francji pochodzi z Maroka (którego, ze względu na bliskie stosunki z królem Hassanem, Chirac nie krytykował). Jednakże Haga zapowiedziała redukcję liczby coffee shop'ów i ilości konopi, jakie może tam nabyć pojedynczy klient. Lokale te pozostają jednak legalne, a niektóre miasta nawet same je prowadzą.

W latach dziewięćdziesiątych dekryminalizacyjny trend w odniesieniu do marihuany przybrał w krajach europejskich większe rozmiary. W dużej części Europy Zachodniej posiadanie, a nawet sprzedaż niewielkiej ilości marihuany, nie jest karalne. Hiszpania zdekryminalizowała posiadanie marihuany do prywatnego użytku w 1983 roku. W Niemczech Federalny Sąd Konstytucyjny usankcjonował ostrożną liberalizację polityki w stosunku do konopi w opublikowanej w 1994 roku decyzji. Poszczególne landy niemieckie różnią się jednak zdecydowanie w swoich postawach: w niektórych, jak w Bawarii, utrzymuje się polityka wysokich kar, jednakże większość pozostałych opowiada się obecnie bardziej za rozwiązaniami holenderskimi. Jak dotąd administracja kanclerza Kohla odmawia zaaprobowania wysuwanych przez landy propozycji legalizacji i uregulowania sprzedaży konopi, choć wydaje się świadoma rosnącego poparcia dla holenderskiego i szwajcarskiego modelu rozwiązywania lokalnych problemów z narkotykami.

W czerwcu 1996 roku parlament Luksemburga przegłosował dekryminalizację konopi i opowiedział się za ujednoliceniem prawa narkotykowego w krajach Beneluksu. Rząd belgijski rozważa obecnie skromniejszą wersję dekryminalizacji konopi w połączeniu z surowszymi środkami w stosunku do zorganizowanej przestępczości narkotykowej i handlarzy heroiną. W Australii zdekryminalizowano konopie w stanach Australia Północna, w Australijskim Terytorium Stolicy (Canberze) i na Północnym Terytorium, pozostałe stany rozważają zaś wprowadzenie takich zmian. Nawet we Francji, już po „wybuchu” Chiraca, trzy szacowne komisje krajowe zaleciły zniesienie sankcji wobec konsumentów konopi. Prezydent musi teraz stawić czoła nowemu premierowi, Lionelowi Jospinowi, który zadeklarował poparcie dla dekryminalizacji jeszcze przed zwycięstwem w wyborach parlamentarnych jego Partii Socjalistycznej w 1997 roku. Opinia publiczna jest wyraźnie podzielona.

Ostatnie badanie wykazało, że 51% Kanadyjczyków opowiada się za dekryminalizacją konopi.

Czy to zadziała?

Rząd amerykański stara się zablokować rezolucje popierające redukcję szkód, zdławić badania naukowe, z których wnioski okazują się politycznie niewygodne i uciszyć głosy krytyki wobec oficjalnej polityki narkotykowej, zarówno w kraju, jak i za granicą. W maju 1994 roku Departament Stanu w ostatniej chwili wymusił odwołanie konferencji Banku Światowego na temat handlu narkotykami na świecie, na którą zaproszeni zostali krytycy polityki narkotykowej Stanów Zjednoczonych. W grudniu tego samego roku amerykańska delegacja na międzynarodowe spotkanie Programu Narodów Zjednoczonych ds. Kontroli Środków Odurzających (UNDCP) odmówiła podpisania jakiegokolwiek oświadczenia zawierającego zwrot „redukcja szkód”. Na początku 1995 roku Departament Stanu wywarł presję na Światową Organizację Zdrowia (WHO), by nie dopuściła do publikacji raportu, opracowanego przez czołowych ekspertów do spraw kokainy. Zawierał on bowiem niepodważalne naukowe dowody, że tradycyjne zastosowanie liści koki w Andach przynosi niewielkie szkody używającym ich osobom, zaś większość konsumentów kokainy stosuje ją w sposób umiarkowany, zatem również dla nich nie stanowi ona wielkiego zagrożenia. Setki posiedzeń Kongresu poświęcone zostały różnorodnym aspektom problemu narkotykowego, nieliczne jednak odniosły się do opisanych wcześniej doświadczeń europejskich z polityką redukcji szkód. Gdy były Sekretarz Stanu, George Shultz, ówczesny Naczelny Chirurg M. Joycelyn Elders i burmistrz Baltimore Kurt Schmoke zajęli się udowadnianiem porażki aktualnej polityki i nawoływali do poszukiwania nowych pomysłów, zostali wydrwieni, zwolnieni i zignorowani. Od tamtej pory przylgnęła do nich etykieta propagatorów legalizacji narkotyków.

W Europie coraz bardziej powszechna, nie tylko na szczeblu krajowym, lecz również na poziomie Unii Europejskiej, staje się świadoma publiczna debata na temat polityki narkotykowej. W czerwcu 1995 roku

Parlament Europejski wydał raport, w którym stwierdza, że „w naszych społeczeństwach zawsze istnieć będzie popyt na narkotyki. (...) Do tej pory stosowanej polityce nie udało się zapobiec rozkwitowi nielegalnego handlu narkotykami”. UE wezwała do poważnego rozważenia Rezolucji Frankfurckiej – oświadczenia na temat zasad redukcji szkód popartego przez międzynarodową koalicję 31 miast i regionów. W październiku 1996 Emma Bonino, komisarz Unii Europejskiej ds. Polityki Konsumenckiej, opowiedziała się za dekryminalizacją miękkich narkotyków i rozpoczęciem szeroko zakrojonego programu wypisywania recept na twarde narkotyki. Poparł ją grecki minister do spraw europejskich, George Papandreu. W lutym 1997 roku książę Liechtensteinu, Hans Adam, wypowiedział się na rzecz kontrolowanej legalizacji narkotyków. 20 sierpnia 1994 roku, brytyjski „Guardian” zacytował nawet Raymonda Kendalla, sekretarza generalnego Interpolu: „Ściganie tysięcy podporządkowujących się prawu we wszystkich innych dziedzinach życia obywateli jest hipokryzją i afrontem dla praw jednostki, obywatela i człowieka. (...) Zażywanie narkotyków nie powinno być dłużej przestępstwem. Jestem całkowicie przeciwny legalizacji, lecz opowiadam się za dekryminalizacją używania narkotyków”.

Można oczywiście wyolbrzymiać różnice w postawach Stanów Zjednoczonych, Europy i Australii. Wielu liderów europejskich nadal wtóruje wychwalającym politykę USA wypowiedziom prezydenta Chiraca. Większość stolic popiera Rezolucję Sztokholmską, oświadczenie opowiadające się za karzącą polityką prohibicji, wystosowane w odpowiedzi na Rezolucję Frankfurcką. W końcu również Holendrzy musieli stoczyć walkę z Francuzami i innymi narodami, wkładającymi wiele starań we wprowadzenie bardziej restrykcyjnych przepisów prawnych wewnątrz Unii Europejskiej.

Natomiast w Stanach Zjednoczonych rośnie poparcie dla środków redukcji szkód, zwłaszcza wśród specjalistów do spraw zdrowia publicznego, lecz także – choć w bardziej dyskretny sposób – wśród lokalnych polityków i przedstawicieli policji. Niektóre z najbardziej innowacyjnych na świecie programów wymiany igieł i inne programy redukcji szkód znaleźć można właśnie w Ameryce. W 1996 roku opinia publiczna wyraziła w sondażach poparcie dla Kalifornijskiej Propozycji 215,

która legalizuje medyczne zastosowanie marihuany oraz Arizońskiej Propozycji 200, która pozwala lekarzom przepisywać każdy środek, jaki uważają za stosowny i wymaga raczej leczenia, niż więzienia dla tych, którzy zostali aresztowani za posiadanie narkotyków. Fakt ten wskazuje na to, że Amerykanie są bardziej gotowi do reformy polityki narkotykowej, niż wydaje się to politykom.

Jednak ogólnie rzecz biorąc Europa i Australia wyraźnie wyprzedzają Amerykę w chęci prowadzenia otwartej dyskusji i pragmatycznych eksperymentów z alternatywnymi strategiami, których celem ma być zmniejszenie skutków dotyczących zarówno osoby uzależnionej, jak i społeczeństwo. Dla skoordynowania podejmowanych działań resorty zdrowia publicznego w wielu krajach europejskich ściśle współpracują z policją, politykami, prywatnymi lekarzami i innymi specjalistami. Lokalne władze traktują użytkowników narkotyków i dealerów jako członków społeczności, których nie należy z niej wyłączać, lecz pomóc stać się mniej kłopotliwymi. Działania takie, jak rozprawienie się z publicznymi „scenami narkotykowymi”^{viii} w Zurichu, Bernie i Frankfurtach, są obmyślane i wprowadzane równocześnie z innymi inicjatywami, które mają pomóc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i mieszkaniowych osób uzależnionych od narkotyków. W Stanach Zjednoczonych jest odwrotnie: politycy, którym prezentuje się propozycje nowego podejścia nie pytają „Czy to zadziała?”, lecz tylko „Czy to podejście jest wystarczająco surowe?” Wiele ustawodawców niechętnie wspiera jakiegokolwiek programy leczenia, które nie opierają się na karach, przymusie i więzieniu, zaś wielu przedstawicieli władzy sądowniczej nadal traktuje więzienie jako szybkie i łatwe rozwiązanie problemów narkotykowych.

Wnioski, jakie płyną z Europy i Australii, nie pozostawiają czasu na zwłokę. Polityka kontroli narkotyków powinna skupiać się na redukcji

^{viii}Scena narkotykowa (ang. drug scene) to miejsce spotkań osób uzależnionych od narkotyków, gdzie dokonuje się wymiany używanych wcześniej igieł i strzykawek, kupuje środki odurzające, etc. Odpowiednikiem tego pojęcia jest polskie słowo „bajzel”; w szerszym kontekście sformułowanie to oznacza ogół czynności związanych z narkotykami podejmowanych przez osoby uzależnione i użytkowników na danym terenie, np. miasta (przyp. tłum.).

chorób, zgonów i przestępczości związanej z narkotykami, a nie na statystykach dotyczących przypadkowych konsumentów narkotyków. Powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa HIV wśród osób zażywających środki odurzające poprzez udostępnienie sterylnych strzykawek i programów metadonowych musi stać się priorytetem. Politycy amerykańscy muszą zacząć analizować, nie ignorować lub z założenia potępiać tak obiecujące propozycje jak dekryminalizacja konopi, przepisywanie heroiny przez lekarzy i implementacja zasad redukcji szkód do lokalnych strategii rozwiązywania problemów narkotykowych. Rząd federalny musi zacząć wspierać – lub przynajmniej nie przeszkadzać – w poszukiwaniu pragmatycznych podejść do lokalnych problemów narkotykowych przez władze miejskie i obywateli. Tak jak obywatele państw europejskich, społeczeństwo amerykańskie popiera tego rodzaju innowacje, kiedy się je dokładnie wytłumaczy i pozwoli udowodnić własną skuteczność. W miarę gromadzenia dowodów staje się oczywiste, co działa naprawdę. Pozostaje tylko wykrzesać z siebie odrobinę politycznej odwagi.

Przypisy

¹ Lynn Zimmer, John P. Morgan, *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of the Scientific Evidence*, Lindesmith Center, New York, 1997

Ethan Nadelmann jest dyrektorem wykonawczym Drug Policy Alliance (dawniej Lindesmith Center), wiodącej w Stanach Zjednoczonych organizacji propagującej politykę narkotykową odwołującą się do zdrowego rozsądku, nauki, zdrowia publicznego i praw człowieka. Jest autorem książki *Cops across Borders: The Internationalization of U.S. Criminal Law Enforcement*.

Przedruk za zgodą FOREIGN AFFAIRS, (Styczeń-Luty 1998), 77(1), ss. 111-126. Copyright 1998 by the Council of Foreign Relations, Inc.

Rosyjska polityka narkotykowa: czas zmian

Lew Lewinson

I

Przez dłuższy czas polityka narkotykowa nie stanowiła w Rosji przedmiotu dyskusji w zakresie ochrony praw człowieka, a problemy osób zażywających środki odurzające znajdowały się na peryferiach zainteresowań aktywistów z tej dziedziny. Taka sytuacja nie odnosiła się wyłącznie do Rosji. Tradycyjne podejście obrońców praw człowieka do środowiska osób sięgających po nielegalne używki odzwierciedla na przykład (Europejska) Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, powszechnie traktowana jak „biblia prawnicza” Starego Kontynentu. Piąty artykuł tego dokumentu („Prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego”) dopuszcza pozasądowe pozbawienie wolności „osoby umysłowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi”. Przyjęto założenie, że w stosunku do podobnych osób nawet na poziomie prawa międzynarodowego można obniżyć poziom ochrony prawnej. Jednak, o ile problemami ludzi umysłowo chorych oraz bezdomnych zajmuje się systemowo dość dużo organizacji pozarządowych, to osoby uzależnione od narkotyków mało kogo obchodzą.

Dokonujące się dziś w Rosji włączanie organizacji walczących o prawa człowieka w kreowanie nowej polityki narkotykowej, czyli zaangażowanie ich w działania z zakresu redukcji szkód, wynika nie tylko z potrzeb osób uzależnionych, lecz także z projektów ograniczania szkód ze wsparciem prawnym. Organizacje społeczne są same zainteresowane humanitarną oraz racjonalną polityką narkotykową, ponieważ

– co oczywiste – stosunek społeczeństwa do osób przyjmujących substancje psychoaktywne jest odzwierciedleniem stopnia respektowania praw człowieka w ogóle. Obniżenie liczby represji skierowanych przeciwko osobom zażywającym narkotyki oraz rezygnacja z ich karania oznacza zmniejszenie liczby osadzonych w więzieniach. Priorytetowe znaczenie przyznaje się działaniom społecznym i rehabilitacyjnym jako alternatywie wobec karania. Przyjęcie takiej koncepcji jest swego rodzaju papierkiem lakmusowym, który pokazuje stopień gotowości państwa do przyznawania praw mniejszościom i respektowania tych przywilejów.

Redukcja szkód jest nie tylko najważniejszą metodą medyczno-profilaktyczną. Jako ważny element nowej polityki narkotykowej stanowi instrument ochrony praw człowieka. Może zostać wykorzystana w celu zmiany polityki karnej, polepszenia sytuacji w systemie penitencjarnym, czy też realizowania praw socjalnych.

Powyższe zagadnienia pozwalają zrozumieć dlaczego Instytut Praw Człowieka stał się jednym z inicjatorów wprowadzenia reformy rosyjskiej polityki narkotykowej. Przekonują ponadto jak bardzo ważnym i aktualnym – według nas – problemem jest powstanie szerokiej sieci organizacji obywatelskich działających w tym sektorze (prawa człowieka, usługi dla osób zmagających się z problemem narkotyków, zrzeszanie się osób uzależnionych i ich rodzin).

Zauważalne są już rezultaty działań osób troszczących się o prawa człowieka w zakresie pozytywnego rzecznictwa interesu obywatelskiego dotyczącego środków odurzających. W okresie od grudnia 2003 roku do maja 2004 roku, w sposób radykalny zmieniła się oficjalna polityka, którą przez ponad 10 lat charakteryzowało wyłącznie karne podejście do osób zażywających narkotyki oraz uzależnionych od tych substancji. Władze rosyjskie uświadomiły sobie, że tradycyjne podejście milicji do problemu korzystania z nielegalnych używek jest nieskuteczne i drogie. Ostatnie zmiany ustawodawcze (które bardziej szczegółowo zostaną omówione poniżej) świadczą o przełomie który się dokonał. W dużym stopniu stało się to możliwe w wyniku konstruktywnego dialogu między środowiskiem aktywistów praw człowieka i władzami. Jednak tego rodzaju wspólne zrozumienie się Kremla

i organizacji obywatelskich stanowi raczej wyjątek, niż regułę i trudno jest stwierdzić, czy zaistniałe zmiany będą miały trwały charakter.

Poniżej zostanie przeprowadzona analiza rosyjskiej polityki narkotkowej, w ramach której będziemy przede wszystkim uwzględniać nadal istniejącą inercję represyjną (nie tylko w stosowaniu prawa przez milicję ale również w zakresie leczenia uzależnienia od narkotyków), a nie najnowsze zmiany ustawodawcze. Rozwiązania prawne bezsprzecznie znalazły odzwierciedlenie w praktyce: natychmiast zmniejszyła się ilość aresztowań osób aplikujących sobie środki odurzające, zaś z zakładów karnych zwolniono tysiące osób skazanych za czynności związane z niewielkimi ilościami tych substancji. Jednak samo osłabienie represji nie wystarczy. Potrzebny jest pozytywny punkt widzenia, obejmujący zarówno działania społeczne i gospodarcze, jak też gruntowną reformę systemu pomocy osobom sięgającym po narkotyki. Reforma zakłada rezygnację z nieskutecznego obecnie leczenia w ambulatoriach (którego priorytetem jest rejestracja pacjentów), wprowadzenie wolności terapeutycznej (łącznie z leczeniem substytucyjnym) oraz stworzenie zaplecza rehabilitacyjnego.

II

Tradycyjną rosyjską politykę narkotkową cechują:

- 1) priorytet środków kryminalnych i prawnych przy wywieraniu wpływu na sytuację narkotkową;
- 2) pozorowany charakter wojny z narkotykami;
- 3) korupcja służb antynarkotkowych;
- 4) bardzo konserwatywny charakter państwowego systemu leczenia uzależnienia od środków odurzających;
- 5) komercjalizacja leczenia;
- 6) ideologizacja polityki antynarkotkowej.

Jednym z poważniejszych skutków zaistniałej sytuacji jest zwiększenie się udziału heroiny w rynku narkotkowym. Zmiany prawne z lat

2003-2004 odrzucane są zarówno przez resorty siłowe jak i służbę zdrowia właśnie dlatego, że wychodzą poza ramy tej struktury.

Prowadzenie polityki narkotykowej należy wyłącznie do struktur milicyjnych (którym podlega również działający od 1 czerwca 2003 roku Państwowy Komitet do spraw Kontroli Obrotu Narkotykami oraz Substancjami Psychotropowymi, od 2004 roku funkcjonujący pod nazwą Federalnej Służby do spraw Kontroli Obrotu Narkotykami – FSKN). Oznacza to priorytetowe finansowanie z budżetu działań w zakresie przestrzegania prawa, przeznaczanie na terapię bardzo niewielkich funduszy oraz zupełne pomijanie w budżecie środków na rehabilitację. Sytuację pogarsza fakt, że przy podziale „budżetowego tortu”, z Ministerstwem Zdrowia i Rozwoju Społecznego konkuruje kilka resortów siłowych, a każdy z nich jest zobowiązany do „przeciwdziałania wzrostowi liczby osób zażywających narkotyki” (np. wspomniana wyżej FSKN, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Federalna Służba Bezpieczeństwa).

Wskaźnikiem skuteczności działań antynarkotykowych nadal jest statystyka: liczba wszczętych spraw, postępowań administracyjnych, kilogramów skonfiskowanych substancji. Ustawodawstwo oraz dostosowana do niego praktyka stosowania prawa sprzyjają temu, że milicja oraz organy bezpieczeństwa kierują się przede wszystkim wskaźnikami ilościowymi, a nie jakościowymi. Właśnie w celu poprawienia swoich statystyk zarówno milicjanci, jak i pracownicy FSKN podrzucali narkotyki niewinnym ludziom. I czynią tak nadal.

Scenę narkotykową kontroluje przede wszystkim milicja, która konkuruje w tym z FSKN. W skład „policji narkotykowej” wchodzi przeważnie byli pracownicy zlikwidowanych służb podatkowych, którzy nie mają doświadczenia w pracy na ulicy. Ale zarówno milicjanci, jak i „policjanci” zajmujący się nielegalnymi używkami są w równym stopniu skorumpowani. Wystarczy przytoczyć oświadczenie sędziego Sądu Najwyższego, Władymira Doroszkowa, który 9 grudnia 2002 roku podczas „okrągłego stołu” w Dumie Państwowej powiedział, że wśród wykrytych handlarzy narkotyków dominują naczelnicy wydziałów do spraw walki z nielegalnym obrotem środkami odurzającymi (czyli odpowiednich oddziałów milicji). Tymczasem liczba osób

rzządzających narkobiznesem, które udało się postawić przed sądem, jest znikoma.

Jednocześnie dane dotyczące osób ukaranych za sprzedaż narkotyków w bardzo dużych ilościach, corocznie świadczyły (przed 12 maja 2004 roku, kiedy to weszły w życie nowe przepisy prawa karnego) o istnieniu dziesiątków tysięcy „niebezpiecznych przestępców”. Podobna sytuacja nastąpiła w rezultacie zakwalifikowania do kategorii „duży narkobiznes” okazjonalnych sprzedawców, dealerów na niewielką skalę oraz osób zażywających narkotyki, które – w większości przypadków – stały się ofiarami prowokacji (przekazanie bądź sprzedaż – przez jednego narkomana drugiemu – jednej lub kilku działek).

Skuteczność państwowych instytucji prowadzących terapię osób uzależnionych jest niewielka. Kierownictwo tego sektora nie pochwała progresywnych metod leczenia i rehabilitacji. Bezpłatna terapia osób sięgających po substancje psychoaktywne sprowadza się do likwidacji syndromu abstynencyjnego. Brak wiary uzależnionych w skuteczność leczenia, ich uzasadniona nieufność wobec lekarzy przekazujących milicji informacje o osobach, które się do nich zwróciły, lekceważenie praw pacjenta w klinikach i ambulatoriach zajmujących się terapią uzależnienia – wszystkie te okoliczności przyczyniają się do tego, że podziemie narkotykowe rozwija się.

Ustawa „O środkach narkotycznych i substancjach psychotropowych” zabrania leczenia osoby uzależnionej od narkotyków w niepaństwowych placówkach służby zdrowia. Prywatne kliniki zajmujące się terapią w tej dziedzinie mogą uzyskać licencję wyłącznie na świadczenie usług w zakresie rehabilitacji. Tymczasem, według dostępnych danych, tylko u 3 % pacjentów stwierdzono remisję w ciągu 6 miesięcy od zakończenia leczenia w państwowych szpitalach.

Jeżeli państwowe służby sanitarno-epidemiologiczne wspierają programy redukcji szkód (z wyjątkiem terapii substytucyjnej), to ich ocena przez oficjalne organy jest negatywna. Z wielu przykładów warto wybrać jeden z ostatnich. 18 sierpnia 2004 roku, w trakcie debaty nad programem ograniczania szkód w administracji obwodu woroneżskiego, lekarz naczelny okręgowego ambulatorium do spraw leczenia uzależnienia od narkotyków, Laszenko, oświadczył: „Wymiana igieł

i strzykawek w środowisku osób aplikujących sobie środki odurzające, jest, bez żadnych wątpliwości, propagandą korzystania z nich". Według jednego z przedstawicieli kierownictwa, „praktyka realizowania programów redukcji szkód w Europie doprowadziła do zaprzestania ich stosowania w niektórych krajach Starego Kontynentu". W wyniku dyskusji podjęto decyzję o rezygnacji z uczestnictwa w projekcie z zakresu ograniczania szkód.

Postawa Rosji wobec terapii substytucyjnej wyraża się opinią przewodniczącego Stałego Komitetu do spraw Kontroli Narkotyków, dr Eduarda Babajana, na temat zaprzestania jeszcze w roku 1961 „ery racji narkotykowych". „Niejednokrotnie zauważaliśmy – pisał Babajan – niekonsekwencję społeczności międzynarodowej, która, z błogosławieństwem Światowej Organizacji Zdrowia, faktycznie zgodziła się na program metadonowy. Stanowi on swego rodzaju rację narkotykową. Jego stosowanie jest postrzegane nie jako forma leczenia, lecz jako zastąpienie jednego narkotyku innym. To rozróżnienie zostało odnotowane w dokumentach Komisji ONZ do spraw Substancji Narkotycznych z odniesieniem do naszego przemówienia". Zdecydowane odrzucenie terapii substytucyjnej przez oficjalne służby zajmujące się leczeniem uzależnienia doprowadziło do wpisania metadonu na Listę I substancji, którymi obrót na terenie Federacji Rosyjskiej jest zabroniony (Lista została zatwierdzona 30 czerwca 1998 roku w drodze Postanowienia nr 681 Rządu Rosji). Zestawienie to jest analogiczne do Listy IV Jednolitej Konwencji ONZ z 1961 roku.

O nastrojach panujących wśród kierownictwa oficjalnej służby zajmującej się leczeniem osób zażywających narkotyki mogą świadczyć regularne wystąpienia byłego (piastującego funkcję do 2004 roku) naczelnego lekarza Rosji do spraw uzależnienia nieletnich, Aleksieja Nadieżdina. Wielokrotnie przekonywał on o konieczności wprowadzenia kary śmierci za rozpowszechnianie środków odurzających.

Antynarkotykową histerię podbudowują nastroje antyliberalne – szowinizm, niechęć wobec Zachodu, wrogość względem imigrantów. Z kolei fobie, związane z zakazanymi substancjami, wykorzystywane są w celu uzasadnienia konieczności ograniczenia praw i wolności.

Zwolennicy bezkompromisowej wojny z narkotykami – która w praktyce oznacza niszczenie osób je zażywających – z reguły twierdzą, że zjawisko to nie jest chorobą, lecz skutkiem przyzwolenia na wszystko oraz tolerancji wobec nałogów, których nie powinno się akceptować. Ponieważ ostra walka nie doprowadziła do rozwiązania problemu, przekonuje się społeczeństwo, że metody nie były wystarczająco radykalne i że potrzebne są jeszcze bardziej drastyczne działania. Wynikiem rozpowszechnienia się takiego podejścia jest marginalizacja osób zażywających nielegalne używki. Stygmatyzacja młodzieży (po narkotyki sięgają przeważnie młodzi ludzie) dokonuje się na tle niekorzystnej sytuacji społeczno-gospodarczej. Około 30 % ludności żyje poniżej poziomu ubóstwa, studia wyższe przeważnie są płatne, rośnie bezrobocie wśród młodzieży, a możliwość uprawiania popularnych sportów jest ograniczona. Ze strony państwa brakuje inicjatyw, które dla młodych ludzi mogłyby stać się alternatywą wobec substancji psychoaktywnych.

III

Podstawę prawną rosyjskiej polityki narkotykowej stanowią: federalna ustawa „O środkach narkotycznych oraz substancjach psychotropowych” z 8 stycznia 1998 roku oraz Kodeks Karny Federacji Rosyjskiej, obowiązujący od 1 stycznia 1997 roku, a znowelizowany 2 grudnia 2003 roku.

Wspomniana ustawa formalnie zapewnia państwowe gwarancje otrzymania pomocy medycznej przez osoby uzależnione od narkotyków. W praktyce jednak dokument ten w znacznym stopniu ogranicza dostęp do leczenia. Zabrania prywatnym klinikom prowadzenia terapii w tym zakresie. Zakazuje lekarzom posiadającym prywatne gabinety stosowania w nich środków narkotycznych. Ponadto nie zezwala na terapię substytucyjną (łącznie z wykorzystaniem metadonu w celach medycznych oraz buprenorfiny z myślą o osobach uzależnionych). W myśl ustawy zabronione jest także „propagowanie jakichkolwiek korzyści wynikających ze stosowania poszczególnych środków

narkotycznych, substancji psychotropowych, ich analogów i prekursorów, jak również propagowanie wykorzystywania w celach medycznych środków narkotycznych, substancji psychotropowych osłabiających wolę człowieka albo wywierających negatywny wpływ na stan jego zdrowia fizycznego czy psychicznego”. Normy te bezpośrednio dotyczą programów redukcji szkód.

Podstawowym mankamentem kodeksu karnego w wersji sprzed nowelizacji, która obowiązywała do 12 maja 2004 roku, była nieuregulowana kwestia zdefiniowania ilości wykrytych narkotyków jako „dużej” albo „bardzo dużej”. W praktyce organy ścigania i sądy wykorzystywały Zbiorną Tabelę Wniosków Stałego Komitetu do spraw Kontroli Narkotyków. Zestawienie to stanowiło dokument o charakterze wyłącznie rekomendacyjnym, wydany przez organ naukowo-konsultacyjny, w którego kompetencje nie wchodziło stanowienie aktów normatywnych. Niemniej dane zawarte w tabeli wykorzystywano we wszystkich, bez wyjątku, sprawach karnych (rocznie dawało to sumę setek tysięcy spraw). Według tabeli, jako „dużą” ilość marihuany traktowano 0,1 g, zaś „bardzo dużą” ilość heroiny stanowiło 0,005 g. Za 0,005 g i 100 kg heroiny groziła taka sama kara – od 7 do 15 lat pozbawienia wolności. Tym samym osoby, które nabyły, posiadały lub sprzedawały setną część grama, w przeważającej liczbie przypadków uznawano za winne, zaś ci którzy obracali naprawdę dużymi ilościami środków odurzających, pozostawali poza sferą zainteresowania milicji i innych służb odpowiedzialnych za ściganie przestępstw narkotykowych.

Nowelizacja przepisów antynarkotykowych Kodeksu Karnego oraz odpowiadających im norm Kodeksu Administracyjnych Naruszeń Prawnych, która weszła w życie 12 maja 2004 roku, rozwiązała ten problem. Procedura określania ilości substancji wykrytych w nielegalnym obrocie została sprecyzowana ustawowo: jako „dużą” definiuje się ilość przekraczającą średnią jednorazową dawkę o 10 i więcej razy, zaś jako „bardzo dużą” – o 50 i więcej razy. Nielegalne nabycie, posiadanie, produkcja, przetwarzanie lub transport zabronionych środków w ilości mniejszej niż 10 dawek stanowi nie przestępstwo karne, lecz wykroczenie administracyjne.

Rozmiary średnich jednorazowych dawek zostały zatwierdzone postanowieniem Rządu Federacji Rosyjskiej w dniu 6 maja 2004 roku. Decyzja ta może być postrzegana jako kamień milowy. W debacie pomiędzy zwolennikami metod represyjnych oraz liberalnych zwyciężył zdrowy rozsądek. Zamiast proponowanych przez FSKN wartości fikcyjnych (dawka heroiny – 0,0001 g) zostały zatwierdzone bardziej realistyczne. Od tego momentu za nabycie, posiadanie, produkcję, przetwarzanie oraz transport narkotyków w ilości mniejszej niż 10 dawek nie przewiduje się w Rosji odpowiedzialności karnej. 10 dawek stanowi 1 g heroiny (jedna dawka to 0,1 g), 20 g marihuany, 1,5 g kokainy.

Stworzenie nowej rzeczywistości prawnej świadczy o skuteczności inicjatyw obywatelskich i stanowi przykład konstruktywnego współdziałania organizacji pozarządowych i władzy.

Niezależnie od znacznego postępu, nadal jest zbyt wcześnie, aby mówić o zmianie koncepcji polityki państwowej dotyczącej narkotyków. Zjawisko to pozostaje przede wszystkim problemem milicyjnym, lecz również społecznym oraz medycznym. Stąd pomysł zmiany przepisów karnych jest odbierany jako zaskakujący. Wobec istniejących warunków prawnych i politycznych, rozbudowanie programów redukcji szkód nadal wydaje się trudne.

Zjawisko zażywania narkotyków od samego początku było i jest traktowane w kategoriach politycznych. Udział obrońców praw człowieka w rozwiązaniu problemów osób używających środków odurzających powinien doprowadzić do zorganizowania politycznej debaty na ten temat, prowadzonej na odpowiednim poziomie. Oznacza to nagłośnienie i upublicznienie tej sprawy, jak również rzecznictwo, na poziomie decydentów, w słusznej dla interesu społecznego sprawie.

Równocześnie środowisko obrońców praw człowieka raczej nie będzie w stanie skutecznie bronić praw osób zażywających narkotyki, jeżeli w działania te nie zostaną zaangażowane liczne organizacje obywatelskie: społeczne, charytatywne, środowiska osób stosujących nielegalne używki oraz ich bliskich, jak również stowarzyszenia lekarskie.

Reformowanie polityki narkotykowej i jej humanitaryzacja wymaga współpracy zarówno wewnątrzgrupowej, jak i międzysektorowej. Z jednej strony współdziałanie powinno zjednoczyć w działaniu programy

redukcji szkód i pozarządowe organizacje zajmujące się obroną praw człowieka, z drugiej zaś powinno „połączyć” organizacje trzeciego sektora i organy władzy. Dość ważnym zagadnieniem jest również możliwość maksymalna municypalizacja problemu zażywania narkotyków, czyli umiejscowienie go na poziomie lokalnym. Rozwój organizacji samopomocowych, małych społeczności oraz funkcjonowanie programów redukcji szkód – wszystko to tworzy poziomą płaszczyznę działań, które mogą przynieść widoczne efekty.

Lew Lewinson jest członkiem Instytutu Praw Człowieka w Moskwie.

Rola i skuteczność prawa oraz jego egzekwowania w redukcji szkód IDUⁱ i HIV/AIDS.

Hans-Jörg Albrecht

Wstęp

Rola i skuteczność prawa oraz jego egzekwowania w redukcji szkód związanych z iniekcijnym zażywaniem narkotyków (IDU) oraz wirusem HIV, a co za tym idzie AIDS (i innymi chorobami zakaźnymi) nie jest łatwa do zidentyfikowania. Tłumaczy się to trudnościami w badaniu konsekwencji przepisów prawnych i ich egzekwowania, które z kolei są wynikiem problemów z testowaniem związków przyczynowo-skutkowych w kontekście prawa karnego. Powodem jest ogromna trudność w prowadzeniu eksperymentów na grupach, które podlegają losowo przypisanym, różniącym się między sobą uwarunkowaniom prawnym i sposobom egzekwowania prawa oraz odmiennej polityce karnej. Problematyka ta jest bowiem niezwykle złożona i w żaden sposób nie rozjaśniają jej pytania o związki przyczynowe między prawem, sposobami jego egzekwowania, a różnymi celami politycznymi. Z tego powodu to właśnie badania porównawcze, a nie badanie skomplikowanych zależności między zmiennymi, odgrywały zawsze i nadal odgrywają zasadniczą rolę w ocenianiu efektów różnic w prawie i jego egzekwowaniu.

ⁱ W literaturze anglojęzycznej popularnym skrótem określającym osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki jest skrót IDUs (Injection Drug Users), a iniekcyjne zażywanie narkotyków – IDU (Injection Drug Use). Skróty te pojawiać będą się w całej książce ze względu na brak powszechnie stosowanego polskiego odpowiednika (przyj. tłum.)

Założenia na temat związków przyczynowo-skutkowych między prawem, jego egzekwowaniem, IDU i HIV/AIDS

Aby odpowiedzieć na pytanie o rolę prawa i sposobów jego egzekwowania w rozprzestrzenianiu się wirusa HIV, rozwoju AIDS i innych problemów związanych z iniekcyjnym zażywaniem narkotyków, należy najpierw spróbować określić poszczególne typy rozwiązań politycznych, które były na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci dyskutowane. Jak dotąd podstawowa różnica między państwami sprowadza się do wprowadzania w życie polityki redukcji szkód, która w wielu krajach stanowi próbę ograniczania zagrożeń związanych z rozprzestrzenianiem się wirusa HIV. Jest ona nierozdzielnie związana z uregulowaniami prawnymi i stosowaną polityką ich egzekwowania, ponieważ to właśnie ramy prawne w głównej mierze decydują o możliwości wprowadzenia określonej polityki redukcji szkód. Prawo narkotykowe tradycyjnie wszelkim zachowaniom związanym z zażywaniem narkotyków przyznaje status przestępstwa karnego, co - poprzez kryminalizowanie zachowań związanych z redukcją szkód - z założenia wywierać może wpływ na programy ograniczania negatywnych konsekwencji (na przykład kary za takie zachowania, jak dystrybucja lub posiadanie strzykawek, które z jednej strony można traktować jako zmniejszające ryzyko - bowiem dostępność czystych strzykawek bez wątpienia ogranicza ryzyko zakażenia wirusem HIV za pośrednictwem igły lub strzykawki - ale z drugiej strony, z punktu widzenia zażywania narkotyków, można je traktować jako owe ryzyko wzmagające - tak jak dostępność czystych strzykawek ewidentnie stwarza warunki do dożylnego zażywania narkotyków). Ramy prawne stanowią więc także istotne źródło konfliktów, zakorzenionych w różnicach między ogólnymi modelami kontroli zachowania, np. w polityce w obrębie organów sprawiedliwości z jednej strony, a w organach administracyjnych z drugiej. Priorytetowym zadaniem jest więc pogodzenie dwóch różnych modeli kontroli, czyli gry o sumie zerowej, która leży u podstaw podejścia wymiaru sprawiedliwości do kontroli zachowania oraz modeli opartych na

negocjacji, uznaniowości, perswazji itd., które przeważają np. w systemie zdrowotnym czy ogólnym systemie administracyjnym. Problemy, którym należy stawić czoła przy próbie zintegrowania owych rywalizujących ze sobą modeli kontroli uwypuklają badania innych obszarów polityki¹. Główną konsekwencją takiego podejścia był hegemoniczny status prawa karnego w obrębie polityki narkotykowej. Prawo karne służy do definiowania granic innych punktów widzenia na problemy związane z narkotykami, skoro przy ocenianiu jakiegokolwiek działania podejmowanego w odniesieniu do narkotyków zawsze powołać się można na status przestępstwa. Najwyraźniej widać to tam, gdzie w ten sposób postrzegane są działania takie jak: przepisywanie narkotyków przez lekarzy, przestępcza dystrybucja środków odurzających w aptekach, czy też obejmujące wszystkie możliwe wykroczenia ułatwianie lub wspieranie zażywania nielegalnych substancji narkotycznych. Przypisywany tego typu działaniom status przestępstwa wykorzystywany jest w strategicznych konfliktach, gdzie przedmiotem sporu jest ogólny kurs, jaki powinna obrać polityka narkotykowa². Jednak w miarę zwracania uwagi na działania z zakresu redukcji szkód, definicje tak zwanych „obejmujących wszystko” przestępstw w praktyce znacząco zawężono pod koniec lat osiemdziesiątych i na początku lat dziewięćdziesiątych, kiedy to programy wymiany igieł oraz schroniska dla osób zażywających narkotyki zyskały w wielu systemach podstawy prawne, co uwolniło je od zagrożenia sankcjami karnymi.

Zakładając, że agresywne metody egzekwowania prawa popychają osoby zażywające narkotyki do niebezpiecznych zachowań z tym związanych, mogły one również spowodować powstanie innego potencjalnego związku przyczynowo-skutkowego między egzekwowaniem prawa, a dożylną konsumpcją środków odurzających oraz problemami związanymi z HIV. Uważa się, że przy konkretnych regulacjach prawnych i przypisywaniu zażywaniu narkotyków statusu przestępstwa, taka zależność ma miejsce. Położenie nacisku na kwestię podaży narkotyków uzasadnia się założeniem, że zredukuje to ich dostępność, utrzyma ceny na wysokim poziomie i odstraszy potencjalnych handlarzy. Z drugiej strony polityka odnosząca się do osób przyjmujących narkotyki i do kwestii popytu ujawnia ambiwalentne postawy wobec zażywania

narkotyków i uzależnienia³. Mimo że niemiecki system karny opiera się na zasadzie, że krzywdzenie samego siebie czy samo niemoralne zachowanie nie powinno być traktowane jak przestępstwo (np. nie jest nim w Niemczech zażywanie narkotyków), są przesłanki wskazujące na to, że osoby zażywające środki odurzające mogą znowu stać się wyraźnym celem tego systemu. Skoro zachowanie będące koniecznym warunkiem wstępnym do konsumpcji narkotyków, a więc ich posiadanie lub zakup, jest przestępstwem karalnym, tak więc prawo karne rozciąga się na osobę uzależnioną czy nadużywającą substancji psychoaktywnych. Ta nowa (karna) troska o osoby zażywające narkotyki podpierana jest argumentami, według których niebezpieczeństwo niedozwolonych środków polega na tym, że są ludzie skłonni je zażywać. Argument ten sugeruje, że czarny rynek uzależniony jest od popytu i to właśnie osoby, które aktywnie przyczyniają się do jego funkcjonowania (kreując popyt), powinny stać się celem egzekwowania prawa karnego. Dzięki temu, ograniczając popyt na narkotyki, ograniczona zostanie również ich podaż. Takie stanowisko wyrażono w propozycji kary dwóch lat więzienia za samo zażywanie środków odurzających (niezależnie od ich rodzaju)⁴. Krajami stosującymi do tej pory ustawodawstwo, w świetle którego zażywanie narkotyków jest przestępstwem karanym na przykład przymusowym leczeniem, są Szwecja, Francja, Szwajcaria i Stany Zjednoczone.

Egzekwowanie prawa narkotykowego może być powodowane chęcią dezorganizacji lokalnych rynków narkotykowych, jednak prawdopodobne jest, że stres, jaki wywołuje taki agresywny styl egzekwowania prawa, nie tylko nie zapobiega kupowaniu i zażywaniu narkotyków, ale również przyczynia się do zwiększenia ryzykownych wzorców konsumpcji narkotyków.

Rola prawa i jego egzekwowania w redukcji szkód IDU oraz HIV/AIDS zależy więc z jednej strony od sposobu, w jaki związane jest ono z zażywaniem narkotyków, zaś z drugiej strony z ryzykiem wynikającym z ich iniekcyjnego aplikowania.

Badania porównawcze i podłużne: rola restrykcyjnego i liberalnego egzekwowania prawa.

Badania ewaluacyjne koncentrują się na porównywaniu krajów, gdzie prawo przestrzegane jest w sposób restrykcyjny lub liberalny, zakładając, że polityka nastawiona na ograniczanie konsumpcji narkotyków poprzez twarde egzekwowanie prawa pociągać za sobą będzie większą częstotliwość zakażeń wirusem HIV. Do testowania tej hipotezy wykorzystywane są przede wszystkim badania porównawcze. Innym typem są badania podłużne, określające wzorce transmisji wirusa HIV w danym przedziale czasu przy jednoczesnej ocenie zmian polityki, ram prawnych oraz wzorców egzekwowania prawa. Trzeci typ badań to (kontrolowane) eksperymenty, w których manipuluje się reżimami prawnymi poprzez zezwalanie na bezpieczny dostęp do kontrolowanych substancji lub minimalizujących ryzyko sposobów przyjmowania kontrolowanych oraz nielegalnych narkotyków.

Celem badań porównawczych jest zidentyfikowanie krajów, w których, z jednej strony prawo narkotykowe jest restrykcyjne czy sztywne, z drugiej zaś ich klasyfikacja według ilości zakażeń wirusem HIV (w przypadku zakażeń HIV związanych z zażywaniem narkotyków). Podejście to stwarza kilka interesujących problemów. Przede wszystkim wymaga ustalenia faktycznie praktykowanych sposobów egzekwowania prawa (które z pewnością różnią się od „prawa książkowego”)⁵, po drugie zaś ustalenia, czy rzeczywiście HIV (i inne choroby) przenoszone są w wyniku dzielenia się sprzętem do iniekcji lub innych związanych z narkotykami ryzykownych zachowań (np. prostytucji). Tego typu projekty badawcze prowadzone były w Europie, gdzie różnice w systemach prawnych oraz sposobach egzekwowania prawa pozwalają na prowadzenie badań zarówno o charakterze porównawczym, jak i podłużnym.

Pomimo faktu, że badania ewaluacyjne ze swojej natury są porównawcze, większość z nich, a zwłaszcza te, których celem jest podsumowanie stanu wiedzy na temat wdrażania i rezultatów polityki narkotykowej

oraz innych kwestii związanych z narkotykami, stanowi klasyczne podsumowanie stanu wiedzy fachowej⁶. Powodem prowadzenia tego typu badań często była chęć wyciągnięcia wniosków na temat profilaktyki HIV wśród osób przyjmujących środki odurzające drogą iniekcyjną, osiągnięć programów leczenia substytucyjnego, wymiany igieł i strzykawek czy programów redukcji szkód w ogóle⁷, dystrybucji heroiny⁸, a także polityki nie opartej na ściganiu przez wymiar sprawiedliwości. Jednak prace mające na celu podsumowanie i usystematyzowanie wyników badań przeprowadzanych dotychczas (w większości przypadków dokonywane na drodze teoretycznej metaanalizy), nie biorą ostatecznie pod uwagę kulturowych, prawnych i społecznych uwarunkowań środowiska, w którym są prowadzone.

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych opublikowano wyniki serii badań porównawczych, prowadzonych pod patronatem UNICRIⁱ w Rzymie. Obejmowały one „Badanie nadużywania narkotyków” (1976)⁹, „Zwalczanie zażywania narkotyków i związanej z nim przestępczości” (1984)¹⁰ oraz „Narkotyki i karę” (1988)¹¹. Badanie z roku 1976, poświęcone nadużywaniu narkotyków w wielu krajach, oparte jest na tak zwanych „badaniach krajów”ⁱⁱ. Wybór takiego podejścia uzasadniano wielkim zróżnicowaniem danych dostępnych w poszczególnych państwach pod względem jakości i ilości. Wspomniano, że ze względu na ogromne różnice w obrębie oficjalnych baz danych, porównywanie ich ze sobą było niemożliwe. Argument ten w sposób oczywisty odnosił się do systemowych ograniczeń w dokonywaniu pomiaru istotnych zmiennych. Porównywanie różniących się między sobą krajów i wynikające z tego wnioski pozwoliły autorom twierdzić, że międzykulturowa perspektywa badawcza daje „płytki i zniekształcony obraz”. Tymczasem bez wątpienia omawiane badanie nie jest w swojej istocie porównawcze, lecz prezentuje raczej indywidualne „przypadki” zebrane jeden po drugim, a następnie po kolei oceniane.

Badanie z roku 1984 miało na celu wyjaśnienie kwestii związku między surowością sankcji karnych a poziomem przestępczości związanej

ⁱ UNICRI – Międzyregionalny Instytut Narodów Zjednoczonych ds. Badań nad Przestępczością i Wymiarom Sprawiedliwości (przyp. tłum.)

ⁱⁱ Ang. *Countries studies* (przyp. tłum.)

z narkotykami w poszczególnych krajach. Już zarys badania pokazał, jak trudne – jeśli nie niemożliwe – jest porównywanie poszczególnych systemów. Po raz kolejny dotknięto szczególnego problemu międzynarodowych badań komparatywnych, jednak poza opisaniem trudności z porównywaniem różnych systemów na podstawie istniejących w ich obrębie baz danych nie wyciągnięto żadnych wniosków. Dlatego stwierdzono konieczność ograniczenia wymiarów, którymi należy objąć badanie, poprzez koncentrowanie się na „surowości” systemów, „powadze” uzależnienia, jak również wyborze najważniejszych przestępstw (zabójstwo, gwałt, kradzież, oszustwo i różnego rodzaju przestępstwa przeciwko własności). Surowość i powaga ważone były na podstawie różnych czynników (w przypadku surowości brano pod uwagę poziomy występujących w danym prawie karnym sankcji). Aby otrzymać porównywalne dane (reakcje systemu) jeśli chodzi o skazanie przestępcy narkotykowego, wykorzystywano fikcyjne przypadki. Mimo faktu, że celem przyjętych ograniczeń i doboru zmiennych była niewątpliwie chęć uzyskania równoważnych jednostek badawczych, takich badań nie można zakwalifikować do grupy badań porównawczych. Płynące z nich dla polityki narkotykowej wnioski ograniczają się w gruncie rzeczy do stwierdzenia, że sankcje karne wiążą się ze zwiększoną przestępczością narkotykową.

Celem badania z 1988 roku było przedstawienie aktualnego obrazu sankcji karnych za przestępstwa narkotykowe oraz obowiązujących trendów karania przestępców. Przy zestawianiu obowiązujących ram prawnych porównywano jedynie związane z narkotykami ustawodawstwo, bez próby odniesienia go do możliwych skutków prowadzenia takiej a nie innej polityki. Jednak informacje na temat wymierzanych sankcji (czyli wprowadzania w życie prawa narkotykowego) pochodziły tylko z niektórych objętych badaniem krajów. Większość branych pod uwagę w analizie państw nie mogła dostarczyć niezbędnych danych statystycznych, takich jak typ wykroczenia, przestępca, typ narkotyku itd., co powoduje ograniczenie tego badania do przedstawienia zarysu trendów w rozwoju prawa materialnego i proceduralnego.

Od 1983 roku grupa Pompidou prowadzi badania nadużywania narkotyków w wielu miastach. Oparte są one na projekcie porównawczym,

w którym brane są pod uwagę różnorodne wskaźniki. Pierwszy raport opublikowany został w 1987 roku, kolejny zaś w roku 1994¹². Badania te są niewątpliwie bardziej dopracowane z punktu widzenia metodologii porównawczej. Wykorzystywane w nich wskaźniki opierają się z jednej strony na ujednoliconych narzędziach, z drugiej zaś na różnorodnych podejściach do zagadnienia nadużywania narkotyków. Autorzy przyznają, że uzasadnione i znaczące porównania między krajami i miastami są trudne do osiągnięcia¹³, ponieważ w obrębie poszczególnych państw większość wykorzystywanych w analizie danych jest odzwierciedleniem zróżnicowanych czynników o charakterze historycznym, administracyjnym itd., które bardzo trudno oceniać, a tym bardziej kontrolować. Kwestia zachowań ukształtowanych historycznie, kulturowo i narodowo traktowana jest więc jako problem w interpretacji danych. Sposobem na przezwycięzenie tej trudności było zatrudnienie ekip badawczych, które dobrze znają specyfikę poddawanych analizie miast. Tym sposobem zebrane przy użyciu jednolitego, standaryzowanego narzędzia dane interpretowane były metodami o charakterze jakościowym przez pochodzących z konkretnych miast badaczy, którzy byli w stanie korzystać z dodatkowych – choć nie pochodzących z tych konkretnych badań – informacji. Posłużono się więc specyficznym kontekstem zebranych danych, wyjaśniając je przy pomocy bardziej lub mniej jakościowych metod, wykorzystujących, obok ilościowych, jednolitych procedur zastosowanych we wszystkich objętych badaniem miastach, dodatkową wiedzę i informacje na ich temat. Kolejny kluczowy element w procesie porównywania danych związany jest więc ze szczegółowością i jasnością procedur ich zbierania oraz definicjami wykorzystywanymi do formułowania podstawowych wskaźników i ustanawiania zmiennych.

Należy także wspomnieć o dorocznych raportach EMCDDAⁱ na temat „Stanu problemu narkotykowego” w krajach Unii Europejskiej. Oparte o dane ilościowe, zbierane z wykorzystaniem – na ile to tylko możliwe – standaryzowanych metod, raporty te próbują udzielić reprezentatywnych odpowiedzi na pytania o częstotliwość zażywania

ⁱ EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (przyp. tłum.)

narkotyków w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, zmieniających się w czasie trendów, nowych wzorców spożywania różnych narkotyków, ich podaży i dostępności¹⁴.

Podsumowanie stanu wiedzy i spostrzeżeń ekspertów na temat aktualnie obowiązującej polityki narkotykowej w poszczególnych krajach Unii Europejskiej stanowi badanie „Polityki narkotykowej w Europie” przeprowadzone w 1989 roku¹⁵. Koncentrowało się ono na odkryciu trendów w rozwoju polityki i ustawodawstwa narkotykowego (zarówno jeśli chodzi o prawo materialne, jak i proceduralne). Badania rozszerzono o trendy normatywne (debaty prawne i rozważania na temat narodowych polityk narkotykowych), które uwzględniono obok czysto empirycznych danych i informacji na temat wprowadzania w życie prawa narkotykowego oraz rozmiarów problemu narkotykowego w poszczególnych krajach. Zapoczątkowany w Szwajcarii w 1990 roku przegląd polityk poszczególnych państw stanowił swego rodzaju kontynuację takiego modelu badań, tyle że na małą skalę. W latach dziewięćdziesiątych tempo dociekań naukowych na ten temat w Europie gwałtownie wzrosło, szczególnie tych inicjowanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków. Jednym z nich jest badanie ewolucji represyjnych i leczniczych systemów kontroli narkotyków w krajach europejskich, prowadzone we Francji, Holandii, Szwajcarii, Włoszech i Wielkiej Brytanii¹⁶. Jednak z punktu widzenia metodologii badań porównawczych, cele tego badania są wyraźnie ograniczone do wymiany informacji i dyskusji na ich temat.

Próbując dojść do uzasadnionych wniosków na temat korelacji między tworzeniem i wdrażaniem polityki narkotykowej, rozmaitych wskaźników wykorzystywanych w opisie skali problemu narkotykowego oraz osiągania celów polityki narkotykowej, Reuband (1992) dokonał porównania polityki narkotykowej i jej skutków w Niemczech i w Holandii¹⁷. To badanie jest jak dotąd najlepiej dopracowane, jeżeli chodzi o wykorzystanie rozmaitych wskaźników częstotliwości i zasięgu występowania problemu narkotykowego. Ponadto autor dogłębnie rekonstruuje niemiecką i holenderską politykę narkotykową, ustalając jednocześnie ramy interpretacji wskaźników problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi.

Prowadzono również badania porównawcze polityki narkotykowej w krajach skandynawskich¹⁸. W jednym z nich wzięto pod uwagę różnorodne aspekty polityki narkotykowej, jak również skalę ich zażywania, jednakże nie dokonano żadnej próby oceny różniących się między sobą skandynawskich strategii narkotykowych. Głównym celem badania był niewątpliwie opis i zestawienie najważniejszych elementów polityki narkotykowej oraz intensywności i zasięgu konsumpcji środków psychoaktywnych w poszczególnych krajach skandynawskich. Ten typ badań stosować można do wykrycia podobieństw i różnic między krajami, nie zaś do testowania hipotez na temat przyczynowo-skutkowego związku między polityką narkotykową i takimi jej efektami, jak częstotliwość i skala zażywania. Jest on jednak niewątpliwie obiecujący, pozwala bowiem głębiej zrozumieć rozwój polityki narkotykowej w danym kraju oraz zdiagnozować podstawowe różnice między państwami w podejściu do tego zagadnienia.

Podobne, choć szersze badanie porównawcze prowadzone było przez Reubanda na podstawie wskaźników intensywności zażywania środków odurzających oraz innych danych empirycznych na temat ich konsumpcji. Wnioski sprowadzały się do tego, że „różne polityki mogą pociągać za sobą podobne poziomy częstotliwości zażywania narkotyków, zaś podobne polityki mogą pociągać za sobą różne poziomy częstotliwości ich konsumpcji”¹⁹. To samo odnosi się do zażywania heroiny i liczby uzależnionych od niej osób²⁰.

Próbie porównania polityki narkotykowej w Ameryce Północnej i krajach europejskich podjęli w 1993 roku Reuter, Falco i MacCoun²¹. Ich intencją było zaobserwowanie problemów występujących w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej pod kątem różnorodnych wymiarów i wskaźników. Okazało się, że chociaż w prowadzonych w Ameryce Północnej debatach politycznych bardzo często stosuje się odwołania do przykładów z Europy Zachodniej, liczba dostępnych w Ameryce danych na temat natury i skutków polityki narkotykowej w Unii Europejskiej jest bardzo ograniczona. Autorzy wskazują na różnice w dostępności badań dotyczących zażywania narkotyków i problemy wynikające z tych różnic. Jednak na podstawie posiadanych informacji opisują oni „fale heroinowe”, które dotknęły zarówno Amerykę Północną, jak

i Europę, w okresie od lat sześćdziesiątych do początku osiemdziesiątych i wskazują na różne doświadczenia z kokainą i crackiem. Szacunki na temat liczby osób uzależnionych oraz liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków najwyraźniej zbyt z sobą nie korelują.

Na koniec wzięto pod uwagę wprowadzanie w życie polityki narkotykowej. Okazuje się, że mimo raczej jednolitego sposobu formułowania prawa, istnieją dość wyraźne różnice, jeśli chodzi o aresztowania związane z narkotykami, kary za przestępstwa narkotykowe oraz inne elementy (np. testowanie na obecność niedozwolonych substancji). A więc mimo konsensusu na temat znaczenia ścigania i karania dostawców narkotyków, cele polityki narkotykowej w Stanach Zjednoczonych i na Starym Kontynencie nie są tożsame. Europa, mimo znaczących różnic w retoryce, postrzegana jest jako mniej zróżnicowana pod względem podejścia praktycznego, bowiem redukcję szkód traktuje się tam bardziej priorytetowo²². Konkluzje z przeprowadzonych porównań są mniej wyraźne. Autorzy stwierdzają, że jak dotąd istnieje „daleko zbyt mała wymiana informacji (...) zarówno przez Atlantyk, jak i w obrębie samej Europy”²³.

W 1996 roku opublikowano badanie, którego celem było zidentyfikowanie modeli polityki narkotykowej w Europie²⁴. Założeniem autorów było przedstawienie różnych modeli takiej polityki z perspektywy porównawczej oraz stworzenie ich typologii. Ostateczny rezultat nie jest jednak całkowicie jasny. Autorzy wierzą, że możliwe jest stworzenie typologii polityk oraz teorii narkotykowych, które mogłyby służyć za (empiryczny) punkt wyjścia dla tworzenia scenariuszy ich rozwoju. Co więcej, typologie takie powinny również służyć jako podstawa podejmowania decyzji odnośnie ich kształtu²⁵. Nie jest jednak jasne, w jaki sposób cele te mogą być osiągnięte, ponieważ zamierzeniem autorów nie było podjęcie próby ewaluacji poszczególnych modeli polityk narkotykowych zidentyfikowanych w tym badaniu. Przy zawężeniu celów w ten sposób, sam opis traktować trzeba jako zbieranie informacji na temat polityki narkotykowej w poszczególnych krajach.

Badaniem objęto następujące miasta: Frankfurt, Göteborg, Lyon, Modenę, Rotterdam i szwajcarski kanton Wallis. Sposobem poradzenia sobie z kontekstem ekonomicznym, kulturowym i społecznym był

adekwatny dobór miast, które – według autorów – dzielą wspólną, zachodnioeuropejską kulturę i charakteryzują się podobną sytuacją ekonomiczną. Przynależność do cywilizacji europejskiej oraz podobne warunki społeczno-ekonomiczne uznano więc za wystarczające do porównywania sytuacji w poszczególnych miastach, dzięki czemu badanie to uznano za oparte „na najbardziej podobnym projekcie badawczym”. Rezultaty, będące efektem przede wszystkim analizy zawartości prasy, wywiadów z kluczowymi postaciami, przeglądu dokumentów i materiałów prawnych oraz wizyt w miejscach objętych projektem, sprowadzają się do przedstawienia trzech podstawowych modeli polityki narkotykowej, opartych odpowiednio na: redukcji szkód, leczeniu i kontroli²⁶.

Seria artykułów dotyczyła ogólnych tematów, takich jak podstawowe modele kontroli narkotyków²⁷. W przypadku takich najwyraźniej „idealnych typów” kontroli, ich wyodrębnienie powinno opierać się na podstawowych elementach tych modeli. Problem z tego typu analizą polega na oczywistym braku danych empirycznych. Efektem jest wykazanie dość słabego związku między narkotykami i wskaźnikami problemów narkotykowych a występowaniem określonych modeli kontroli w wielu krajach.

Światowa Organizacja Zdrowia prowadziła kilka badań porównawczych na temat ustawodawstwa skupiającego się na leczeniu nadużywania środków psychoaktywnych i alkoholu. Wykorzystywana w nich metodologia komparatywna opierała się na uwzględnianiu tła historycznego, znaczenia sposobu formułowania prawa oraz identyfikacji trendów pojawiających się w dyskursie na temat polityki narkotykowej i sposobów jej implementacji. Jako źródła w badaniu służyły pełne teksty ustawodawstwa danego kraju w kształcie opublikowanym przez oddział ONZ ds. narkotyków, pełne teksty ustaw i ich podsumowania opublikowane w międzynarodowym przeglądzie ustaw zdrowotnych, zaś w badanym kraju: osobista komunikacja ze specjalistami oraz archiwa dokumentów prawnych.

Pełna analiza porównawcza rozwoju polityki związanej z alkoholem i jej interakcji z problemami alkoholowymi opublikowana została w 1981 roku przez Mäkelä i innych²⁸. W celu uzyskania głębszego

wglądu w kontekst społeczny, ekonomiczny, historyczny i kulturowy wykorzystano podejście makro, w ramach którego interpretowano rozwijaną w krajach objętych badaniem politykę alkoholową oraz wskaźniki problemu alkoholowego (związane z produkcją, konsumpcją itd.). Zaletą takiego podejścia do międzynarodowych badań porównawczych jest fakt, że kontrola alkoholu, jak i problemy z nim związane to uwarunkowane historycznie i kulturowo zjawisko społeczne, co w tym konkretnym badaniu zostało wzięte pod uwagę. Stworzono więc meta poziom analizy i interpretacji danych w każdym kraju, na podstawie którego zrekonstruowano następnie sposób kontroli alkoholu i historię związanych z nim problemów. W kolejnym etapie metaanalizy „historie” te zostały ze sobą porównane. Wydaje się, że w bardzo podobny sposób można dokonać rekonstrukcji rozwoju polityki narkotykowej²⁹.

Jednakże rezultaty takich badań niewątpliwie wydają się ograniczone. Stwierdzono tendencję do braku jasnych i spójnych wzorców relacji między prawem i jego egzekwowaniem a częstotliwością zażywania narkotyków oraz HIV i problemów związanych z IDU. Na przykład na południu Europy, gdzie przez długie lata egzekwowano prawo wobec osób zażywających narkotyki w sposób liberalny i nie-agresywny, częstotliwość konsumpcji narkotyków oraz HIV i liczba problemów związanych z IDU są ewidentnie wysokie. Szwecja i Holandia, które w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych stanowiły całkowicie przeciwny biegun polityki narkotykowej w Europie, mają podobne statystyki, jeżeli chodzi o IDU i odsetek zakażeń HIV związanych z zażywaniem narkotyków, a także w odniesieniu do AIDS³⁰. Reuband doszedł do podobnych wniosków i stwierdził, że odsetek młodych osób zażywających zabronione substancje, jak również zasięg występowania związanych z nimi problemów, najwyraźniej nie zależą od typu przyjętej przez dany kraj polityki narkotykowej³¹. Zażywanie narkotyków i wynikające z tego problemy związane są z innymi zmiennymi niż te na ogół brane pod uwagę przy konstruowaniu oficjalnej polityki narkotykowej. Badania wskazują również, że popyt na środki odurzające i ich zażywanie nie zależą od zmian w prawie karnym ani zmian w sposobach egzekwowania prawa narkotykowego³². Konsumpcja narkotyków tłumaczona jest siłą związków ze spożywającymi je rówieśnikami. Fale

narkotyków, jak np. marihuany w latach sześćdziesiątych czy heroiny w latach siedemdziesiątych, były ewidentnie wynikiem pojawienia się nowych subkultur młodzieżowych, podobnie jak w przypadku wzrostu zażywania amfetaminy i ekstazy w latach dziewięćdziesiątych.

Od lat osiemdziesiątych, kiedy to w zakładach karnych gwałtownie wzrosła liczba osób uzależnionych od narkotyków, aktywność badawczą skoncentrowano na próbach ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa HIV i związanych z nim problemów w więzieniach, gdzie problem iniekcyjnego zażywania narkotyków utrzymuje się, a brak dostępu do czystych igieł i strzykawek rodzi obawę, że miejsca te mogą stać się wylęgarnią problemów związanych z IDU. W praktyce pobyt w zakładzie karnym stanowi, obok prostytucji i długości czasu dożylnego zażywania substancji psychoaktywnych, najlepszy predykat zakażenia wirusem HIV³³. Prawo i sposoby jego egzekwowania odgrywają znaczącą rolę nie tylko we wzorcach karania osób uzależnionych od narkotyków - trzymania ich w więzieniu, lub poza nim – lecz także w organizacji środowiska więziennego w taki sposób, by zapewnić dostęp do bezpieczniejszego dożylnego zażywania narkotyków (lub zapewnienia całkowitej szczelności zakładów karnych, co jest ewidentnie niewykonalne). Badania ewaluacyjne w tym obszarze są niewątpliwie ograniczone. Jednakże analiza wyników badań pokazuje, że poprzez prowadzenie wymiany igieł i strzykawek oraz poradnictwa na temat HIV można skutecznie wprowadzać profilaktykę HIV w więzieniach³⁴. Światowa Organizacja Zdrowia wydała już zalecenia odnośnie polityki i ram prawnych dotyczących środowiska więziennego, w których domaga się, aby poradnictwo, programy metadonowe oraz wymiana igieł i strzykawek były dostępne dla osób zażywających narkotyki, nie przebywających w więzieniu³⁵.

Wpływ legalnego dostępu do przepisywanego przez lekarzy metadonu lub heroiny na HIV/AIDS i inne choroby przenoszone w wyniku dożylnego zażywania narkotyków stał się celem badań ewaluacyjnych prowadzonych w obrębie metadonowych i heroinowych programów substytucyjnych. Ich rezultaty wskazują na znaczące, choć niewielkie, zmiany stanu zdrowotnego osób zażywających dożylnie heroinę, którym zapewnia się dostęp do legalnie przepisywanych substancji³⁶.

Jest oczywiste, że w programach substytucyjnych można skutecznie ograniczać także rozprzestrzenianie się wirusa HIV. Nie jest jednak jasne – ze względu na problemy z przeprowadzaniem eksperymentów na próbach losowych – czy wyniki takie są rzeczywiście związane przyczynowo z samym programem metadonowym/heroinowym, czy też z programami tego rodzaju jako całości, które oprócz legalnie dostępnych dziennych dawek heroiny/metadonu obejmują również całą gamę interwencji ukierunkowanych na obniżenie ryzyka związanego z dzieleniem się strzykawkami itd.

Wnioski

Wyciągnięcie wniosków z dostępnych badań na temat wpływu prawa i jego egzekwowania na problemy związane z dożywlnym zażywaniem narkotyków, zwłaszcza na problemy związane z HIV, nie jest łatwe.

Generalnie badania te wydają się podkreślać, że represyjna i restrykcyjna polityka narkotykowa oparta na egzekwowaniu prawa karnego wzmacnia ryzyko zakażenia wirusem HIV i wystąpienia innych problemów związanych z dożywlnym zażywaniem narkotyków. Środowiska więzienne, sceny narkotykowe i lokalna gospodarka narkotykowa (gdzie ogromną rolę w zdobywaniu środków na substancje psychoaktywne odgrywa prostytutka, która znacznie przyczynia się do infekcji HIV), mają wielki wpływ na rozprzestrzenianie się wirusa HIV i wszelkie inne problemy związane z zażywaniem środków odurzających. Prawo i sposoby jego egzekwowania powinny zwracać się w stronę strategii zmniejszających takie ryzyko. W szczególności dążyć należy do minimalizowania skutków dożywlnego zażywania narkotyków w więzieniach (dzięki umożliwiającej to zmianie prawa karnego).

Jest jasne, że ani dane na temat rozprzestrzeniania się wirusa HIV, ani na temat częstotliwości czy zasięgu ryzykownych zachowań nie są na tyle dostępne, by w sposób pewny oszacować wielkość korelacji lub relatywną wielkość wpływu prawa na kwestię HIV i innych skutków z tym związanych. Badania natury porównawczej powinny odgrywać znaczącą rolę w tej materii, mimo że ich projekty są trudne do

wprowadzenia w życie, zaś zgromadzona dotąd wiedza zdaje się uzasadniać pogląd, iż w gruncie rzeczy, to inne niż prawo i jego egzekwowanie zmienne mają znaczenie w wyjaśnianiu głównych wzorców zażywania narkotyków (łącznie z dożywlnym zażywaniem narkotyków), jak również głównych problemów zdrowotnych z tego wynikających. Ponadto dostępną wiedzę na temat skutków prawa i jego egzekwowania wśród osób zażywających narkotyki poszerzyć mogłyby badania o charakterze jakościowym.

Z drugiej strony bez ryzyka można wnioskować, że prawo powinno zezwalać na eksperymenty. Nie wolno również dopuszczać do sytuacji, w której przyjmuje ono pozycję hegemonu, stwarzającego problemy przy wprowadzaniu polityki narkotykowej opartej na wiedzy i będącej przecież podstawą wszelkich eksperymentów i zmian³⁷.

Przypisy:

¹ Zob. Albrecht, H.-J., Leppä, S. (Red.), *Criminal Law and the Environment*, HEUNI, Helsinki 1992

² Zob. Körner, H.H., *Das Betäubungsmittelgesetz - ein gesetzgeberischer Flickenteppich*, Strafverteidiger 1994, ss. 514–519, s. 519

³ Albrecht, H.-J., *Addiction, Intoxication, Criminal Law and Criminal Justice: An Introduction*. W: *European Addiction Research: Special Topic Section: Addiction and the Law*. Guest Ed. H.-J. Albrecht. Karger, Basel u.a. 1998, 85–88.

⁴ Katholnigg, O., *Ist die Entkriminalisierung von Betäubungsmittelkonsumenten mit scharfen Maßnahmen zur Eindämmung der Betäubungsmittelnachfrage vereinbar?* Goltdammers Archiv für Strafrecht 137 (1990), ss. 193–200.

⁵ Zob. np.: Ferret, J., *L'Autre Europe des Drogues. Politiques des Drogues Dans Cinq Pays d'Europe. Espagne, Portugal, Hongrie, Pologne et Bulgarie*, La Documentation Française, Paryż 2000.

⁶ Zob. MacCoun, R., Reuter, P., *Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalization Debate*, Science 278(1997), ss. 47–52.

⁷ Nadelmann, E., McNeely, J., Drucker, E., *International Perspectives*. W: Lowinson, J.H. I in. (Red.), *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Wyd. 3, Baltimore 1997, ss. 22–39.

⁸ Krausz, M., Uchtenhagen, A., van den Brink, W., *Medizinisch indizierte Heroiverschreibung in der Behandlung Drogenabhängiger. Klinische Versuche und Stand der Forschung in Europa*, Sucht 45(1999), ss.171–186.

- ⁹ Moore, J.J, *Investigating Drug Abuse. A Multi-National Programme of Pilot Studies into the Non-medical Use of Drugs*, Rzym 1976.
- ¹⁰ Bruno, F, *Combating Drug Abuse and Related Crime. Comparative Research on the Effectiveness of Socio-Legal Preventive and Control Measures in Different Countries on the Interaction Between Criminal Behavior and Drug Abuse*, Rzym 1984.
- ¹¹ Cotic, D, *Drugs and Punishment. An up-to-date interregional survey on drug-related offences*, Rzym 1988.
- ¹² Pompidou-Group, *Multi-city study: Drug Misuse trends in thirteen European cities*, Strasburg 1994.
- ¹³ Pompidou-Group, *Op. cit*, 1994, s. 3.
- ¹⁴ EMCDDA: *op. cit*, 1998, s. 10.
- ¹⁵ Albrecht, H.-J., van Kalmthout, A, *European Drug Policies*, Freiburg 1989.
- ¹⁶ Cesoni, M.L, *Usage de Stupéfiants. Politiques Européennes*, Genewa 1996.
- ¹⁷ Reuband, K.-H, *Drogenkonsum und Drogenpolitik. Deutschland und die Niederlande im Vergleich*, Opladen 1992.
- ¹⁸ Hakkarainen, P., Laursen, L., Tigerstedt, Ch.(Red.), *Discussing Drugs and Control Policy. Comparative Studies on Four Nordic Countries*, NAD Publication Nr 31, Helsinki 1996.
- ¹⁹ Reuband, K.-H, *Drug Use and Drug Policy in Western Europe. Epidemiological Findings in a Comparative Perspective*, European Addiction Research 1995, ss. 32–41, s. 36.
- ²⁰ Reuband, K.-H, *op. cit*, 1995, s. 38.
- ²¹ Reuter, P., Falco, M., MacCoun, R, *Comparing Western European and North American Drug Policies. An International Conference Report*, RAND, Santa Monica 1993.
- ²² Reuter, P. i in., *op. cit* 1993, s. 24.
- ²³ Reuter, P. i in, *op. cit*. 1993, s. 27.
- ²⁴ Cattacin, S., Lucas, B., Vetter, S, *Drogenpolitische Modelle in Europa. Eine vergleichende. Analyse sechs europäischer Realitäten*, Zürich 1996
- ²⁵ Cattacin, S. i in, *op. cit*. 1996, s. 18.
- ²⁶ Cattacin, S. i in, *op. cit*. 1996, ss. 218–219, ss. 221–224.
- ²⁷ Zob. np. Kaiser, G, *Präventionsmodelle des Betäubungsmittelrechts im internationalen Strafrechtsvergleich*. W: Institute of Comparative Law (Red.), *Law in East and West*, Waseda University Press, Tokio 1988, ss. 911–925.
- ²⁸ Mäkelä, K. i in, *Alcohol, Society, and the State: A Comparative Study of Alcohol Control*, Toronto 1981; Zob. również Davies, P., Walsh, D, *Alcohol Problems and Alcohol Control in Europe*, Londyn, Nowy Jork 1983.
- ²⁹ Zob. np.. Eisner, M, *Determinants de la Politique Suisse en Matière de Drogue. L' exemple du Programme de Prescription d' Heroïne*, *Deviance et Societe* 23(1999), ss. 189–204.

- ³⁰ Waal, H, *Drug Use Policies and HIV Prevention – Unhappy Bedfellows?* W: Waal, H. (Red.): *Patterns on the European drug scene. An exploratory of differences. Report based on a COST A6 project*, National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo 1998, ss. 211–218.
- ³¹ Reuband, K.-H, *Drug Use and Drug Policy in Western Europe*, European Addiction Research Journal 1(1995), ss. 32–41
- ³² Reuband, K.-H, *Drug Policies and Drug Prevalence*, European Journal on Criminal Policy and Research 6(1998), ss. 321–333.
- ³³ Pant, A., Kleiber, D, *HIV und AIDS bei iv Drogenkonsumenten*, W: Kreuzer, A. (Red.): *Handbuch des Betäubungsmittelstraftsrechts*, Beck, Monachium 1998, ss. 489–522, s. 520.
- ³⁴ Uchtenhagen, A, *HIV Prevention in Prison*. W: Waal, H. (Red.), *Patterns on the European drug scene. An exploratory of differences. Report based on a COST A6 project*, National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo 1998, ss. 219–224.
- ³⁵ WHO: Global Programme on AIDS. *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison*, WHO:Genewa 1993.
- ³⁶ Uchtenhagen, A. i in, *Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Wichtigste Resultate der Schweizerischen Kohortenstudie*, Karger: Basel 2000; Krausz, M., Uchtenhagen, A., van den Brink, W, *Medizinisch indizierte Heroinverschreibung in der Behandlung Drogenabhängiger*, *Klinische Versuche und Stand der Forschung in Europa*. *Sucht* 45(1999), ss. 171–186.
- ³⁷ Zob. Rehm, J., Fischer, B, *Von kontrollierten klinischen Studien zu einer Gestaltung des Behandlungssystems für Suchtkranke*, *Sucht* 48(2002), ss. 310–311. Artykuł bardzo jasno opisuje znaczenie ram prawnych, które pozwalają na ciągłe eksperymentowanie w celu rozwinięcia polityki narkotykowej opartej na informacji.

Hans-Jörg Albrecht jest dyrektorem ds. Zagranicznego i Międzynarodowego Prawa Karnego Instytutu Maxa Plancka we Freiburgu (Niemcy). Jest zaangażowany w badania porównawcze o charakterze prawnym i empirycznym. Jego główne zainteresowania dotyczą polityki narkotykowej, sprawiedliwości wobec nieletnich, systemów sankcji karnych oraz wydawania wyroków.

„Jastrzębie”, „gołębie” i „sowy”.

Kilka uwag na temat konieczności zmiany kształtu strategii antynarkotykowych

Aleksander Zeliczenko

Terminologia

Specjaliści zajmujący się problemem używania narkotyków nazywają „jastrzębiami” swoich nieprzejednanych, bezkompromisowych kolegów po fachu, których *credo* brzmi: „nadużywanie narkotyków jest złem i musi być ścigane we wszystkich swoich przejawach”. „Gołębie” uważają, że „osoby sięgające po środki odurzające nie są kryminalistami, a raczej ludźmi chorymi w pełnym tego słowa znaczeniu, również ze społecznego punktu widzenia. By powrócić do normalnego życia, potrzebują leczenia i rehabilitacji, a społeczeństwo nie powinno ich traktować jak kryminalistów”. Z kolei „sowy” sytuują się gdzieś pomiędzy tymi dwiema skrajnymi koncepcjami.

Tło

Zaangażowanie się w egzekwowanie prawa antynarkotykowego zajęło w mojej 30-letniej karierze funkcjonariusza milicji i policji aż 22 lata. Rozpocząłem w Departamencie Zwalczania Obrotu Nielegalnymi Narkotykami. Założyłem i kierowałem Specjalnym Urzędem Kontroli Narkotyków, podległym Ministerstwu Spraw Wewnętrznych jeszcze w czasach Związku Radzieckiego oraz Państwową Komisją Kontroli Narkotyków Republiki Kirgizji. Pracowałem jako funkcjonariusz

Międzynarodowego Projektu Antynarkotykowego ONZ „Osh Knot”ⁱ, którego celem jest wzmocnienie egzekwowania prawa i transgranicznej współpracy krajów Azji Środkowej (Kirgizja, Uzbekistan, Tadżykistan) w zwalczaniu handlu narkotykami pochodzącymi z Afganistanu. Na Bałkanach szkoliłem funkcjonariuszy milicji z zakresu prowadzenia operacji antynarkotykowych. Uczestniczyłem w kongresach, sympozjach i międzynarodowych konferencjach poświęconych temu problemowi, opublikowałem wiele książek i artykułów. W 2003 roku ukończyłem własne badania i obroniłem pracę doktorską na temat „Historia włączania się Kirgizji w międzynarodowe wysiłki ograniczenia ekspansji narkotykowej z Afganistanu w latach 1991-2002”. Prawie przez cały ten czas walczyłem z pozycji bezkompromisowych „jastrzębi”: na początku lat osiemdziesiątych wprowadziliśmy nowy typ ekspertyzy sądowej – którą rozwinęto później w Moskwie – i, w oparciu o doświadczenia tamtejsze oraz własne, doprowadziliśmy do postawienia przed sądem setek osób zażywających narkotyki. Nasze „osiągnięcia” były popierane i rekomendowane jako „najlepsze praktyki” przez Generalny Departament Dochodzeń Kryminalnych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Związku Radzieckiego. W tamtych czasach jakiegokolwiek inne, oprócz karnego, podejście byłoby najprawdopodobniej niemożliwe. W tym samym okresie przedstawiciele rządu stanowczo negowali istnienie na terenie kraju problemu nadużywania substancji psychoaktywnych, czy – przede wszystkim – biznesu narkotykowego. Pod koniec lat siedemdziesiątych, przy pomocy psów specjalnie wyszkolonych do wykrywania środków odurzających, moja ekipa milicyjna złapała podczas jednej zmiany 29 kurierów narkotyków. Wydarzenia te zwróciły uwagę Komitetu Centralnego Komunistycznej Partii Kirgizji. KC „rozsądnie” doszło do wniosku, że

ⁱ Osh Knot – „węzeł Osh”. Osh to 200-tysięczne miasto na południowym zachodzie Kirgizji, położone prawie na granicy z Uzbekistanem i blisko granicy z Tadżykistanem. Tędy przebiega główny szlak przemytu heroiny z Afganistanu, przez Tadżykistan, a dalej przez Uzbekistan i Kazachstan do Rosji i Europy. W mieście wg służb medycznych, socjalnych i policyjnych zarejestrowanych jest 450 osób iniekcyjnie używających heroiny. „Wiarygodne szacunki mówią o przynajmniej dziesięciokrotnie większej liczbie” (Grzegorz Wodowski, *Harm Reduction w Kirgizji*, Monar na Bajzlu, 2/2000) (przyp. tłum.)

uzależnienia od zakazanych używek „z samej definicji” nie można przypisać społeczeństwu socjalistycznemu, czyniąc tym samym delikatną aluzję wobec przedstawicieli milicji. Wszystkie działania skierowane przeciwko handlowi nielegalnymi substancjami zostały natychmiast wstrzymane...

Zmiany

Moja postawa nie zmieniała się z dnia na dzień. Wyjazdy za granicę umożliwiły mi zapoznanie się z doświadczeniami kolegów po fachu. Zauważyłem, że osoby zażywające narkotyki na zachodzie Europy są zupełnie inne – nie agresywne, nie poddawane karze, naprawdę „oswojone”. Bardzo szybko zdałem sobie sprawę, że ta „przemiana” jest wynikiem odmiennej postawy i podejścia do problemu: społeczeństwo nie traktowało tych ludzi jak kryminalistów, nie spychało ich do podziemia. Wkładano jak najwięcej wysiłku w przywracanie ich do normalnego życia, co wspierały najróżniejsze programy o charakterze medycznym i socjalnym. I, w przeciwieństwie do naszej polityki karnej (która skutkowałą przepełnieniem więzień, a nie poprawą stanu zdrowia pod względem społecznym czy medycznym), inicjatywy te mają pozytywne rezultaty – co niewątpliwie zasługuje na uwagę. Możecie polemizować, uważać że podejście takie sprawdza się tylko w bogatej, „dobrze odżywionej” Europie. Prawdą jest, że wymaga to zaangażowania znacznych środków finansowych. Ale musimy zrobić pierwszy krok w tym kierunku właśnie teraz (a powinniśmy byli zrobić to wcześniej!) - tak, jak uczyniono już w bardzo biednej Kirgizji. Dekryminalizacji uległo uzależnienie od narkotyków, natomiast posiadanie niewielkich ilości na użytek prywatny, bez intencji ich sprzedawania, wkrótce nie będzie przestępstwem ściganym z urzędu, a stanie się jedynie przedmiotem kary administracyjnej. Jest to wprawdzie punkt widzenia usytuowany gdzieś pomiędzy teoriami głoszonymi przez „gołębie” i „sowy”, jednak bardzo daleki od koncepcji bezkompromisowych „jastrzębi”.

Opublikowany kilka lat temu w Holandii podręcznik *Chroń się: zasady bezpieczeństwa dla osób uzależnionych od narkotyków* wywołał prawdziwy szok wśród przedstawicieli organów ścigania w Kirgizji.

Sam spis treści („Dziesięć złotych zasad prawie zawsze bezpiecznego zażywania narkotyków”, „Jak sporządzić roztwór do iniekcji”, „Jak przyjmować odpowiednią dawkę narkotyku”, „Jak korzystać ze strzykawki”, „Przedawkowanie”, „Schemat żył z zaznaczonymi punktami do wstrzykiwania heroiny”, itd.) był dla moich kolegów – funkcjonariuszy policji – wystarczającym powodem, by żądać zniszczenia całego nakładu. Zmiana nastawienia wymagała długotrwałych, wspólnych wysiłków, w które zaangażowane były organizacje międzynarodowe, krajowi specjaliści i bardziej „zaawansowani” funkcjonariusze policji. Jeden z ówczesnych przedstawicieli Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Republiki Kirgizji, przekonany o pozytywnych rezultatach stosowanego w Polsce podejścia humanitarnego, pod koniec lat dziewięćdziesiątych aktywnie wspierał nową politykę i wyraźnie ułatwił jej późniejsze wprowadzanie w życie. Konieczne było wielokrotne wyjaśnianie na różnych szczeblach, że praktyczne rezultaty osiemdziesięcioletniego „potrząsania szabelką” są co najmniej skromne i że przegrywamy walkę z narkomanią. W naszym kraju karano osoby stosujące środki odurzające, umieszczano ich nazwiska w oficjalnych rejestrach, zmuszano uczniów do wysłuchiwanie wykładów na temat „śmiertelnego uzależnienia”, nastolatki straszone były impotencją i perspektywą zgonu przed ukończeniem pięćdziesiątego roku życia. W tym samym czasie oświecona Europa odkrywała filozoficzne i praktyczne podejście zwane „redukcją szkód”, gdyż udało jej się zrozumieć – o wiele wcześniej niż nam – że strategia nierepresyjna (permisyjna), potwierdzona badaniami naukowymi i bazująca na ochronie praw każdego obywatela i całego społeczeństwa, jest o wiele bardziej obiecująca i skuteczna, niż segregacja i przymusowe leczenie uzależnionych.

Wysiłki te nie idą na marne. Oczywiście nadal mamy w Kirgizji pewne problemy z wdrażaniem programów redukcji szkód, jednak międzynarodowi eksperci uważają nasz kraj za najbardziej postępowy i zajmujący czołową pozycję, jeżeli chodzi o rozwój w tym kierunku.

Redukcja szkód

Podejście nazywane redukcją szkód, to szeroka gama środków ukierunkowanych na stopniową i długotrwałą poprawę stanu zdrowotnego i społecznego osób zażywających narkotyki. Jednym z nich jest projekt „Schroniska w połowie drogi”, skutecznie funkcjonujący w Biszkeku¹ i w południowej części Kirgizji, przy aktywnym wsparciu Międzynarodowego Programu Redukcji Szkód. Zapewnia punkty pierwszej pomocy z ciepłymi posiłkami, sterylnymi strzykawkami oraz opieką medyczną i psychologiczną dla osób, które chcą „odbić się od dna”. Każdy pozytywny krok w tym kierunku, nawet bardzo skromny, jest traktowany jako wielki. Całkowite „wyzdrowienie” jest oczywiście postrzegane jako główny sukces programu, jednak (bądźmy realistami!) nie jest to jedyny możliwy pozytywny rezultat. Chciałbym powtórzyć: program ma na celu przede wszystkim maksymalną redukcję negatywnych konsekwencji tak dla osób sięgających po narkotyki, jak i całego społeczeństwa, szczególnie w kontekście zagrożenia AIDS.

Nie wzywam Was do naśladowania Zachodu. Chcę tylko, byście zwrócili uwagę na fakt, że nadal nie znamy żadnej innej skutecznej metody powstrzymywania wzrostu zakażeń HIV. W przeważającej większości przypadków ten śmiertelny wirus nie rozprzestrzenia się przy udziale homoseksualistów i kobiet oferujących usługi seksualne, lecz poprzez brudne strzykawki stosowane przez osoby korzystające z nielegalnych używek. Mamy już dowody na prawdziwość tej tezy: w połowie lat dziewięćdziesiątych kilka osób, które wykorzystywały własną krew w celu utlenienia roztworu przeznaczonego do wstrzykiwania, zainfekowało wirusem HIV prawie całe miasteczko na rosyjskim Uralu. Śmiertelną epidemię w kazachskim mieście Temirtau – położonym w sąsiadującym z Kirgizją uprzemysłowionym obwodzie karagandzkim – nierozważnie wywołało tysiące tubylców przyjmujących niedozwolone substancje drogą iniekcyjną. Dlatego właśnie programy redukcji szkód nie liczą pieniędzy ani czasu, by uczyć tych ludzi,

¹ Biszkek – stolica Kirgizji (przyp. tłum)

jak bezpiecznie wstrzykiwać narkotyki, jak korzystać z jednorazowych, sterylnych strzykawek czy prezerwatyw.

W Kirgizji właśnie ten mechanizm rozprzestrzeniania się infekcji wywołuje 83,3 % wszystkich zgłoszonych przypadków HIV, w Kazachstanie – 83,5 %, zaś w republikach nadbałtyckich – 80,1 %. Natomiast na Ukrainie, Białorusi, w Rosji i Mołdawii, według najnowszych danych, osoby aplikujące sobie narkotyki dożylnie stanowią ponad 88 % wśród wszystkich zarejestrowanych zakażonych wirusem. Nie ma wyboru! W Kirgizji minął już czas szowinistycznych deklaracji, według których programy wymiany igieł i strzykawek prowadzą do legalizacji substancji psychoaktywnych. W wiodących krajach świata zachodniego zrozumiano te kwestie już lata temu. Początkowo funkcjonowaniu programów wymiany akcesoriów do iniekcji oraz dystrybucji prezerwatyw prawie wszędzie towarzyszył wyraźny opór policji i częste zatrzymania aktywistów organizacji pozarządowych. W końcu uświadomiliśmy sobie, że nie ma żadnej alternatywnej strategii walki z nadciągającą epidemią. Instytucje powołane do egzekwowania prawa zaczęły usuwać przeszkody i nawet współpracować ze sobą na wielu płaszczyznach. Bódcem do zbliżenia się obu tych przeciwstawnych koncepcji były tragiczne wydarzenia. Wielu młodych, niedoświadczonych funkcjonariuszy policji straciło życie na skutek ukłucia się, podczas przeszukań, strzykawkami z zakażoną krwią (z tego powodu Międzynarodowy Program Redukcji Szkód planuje w niedalekiej przyszłości rozpoczęcie specjalistycznych szkoleń dla przedstawicieli organów ścigania, szczególnie dla funkcjonariuszy operacyjnych i patrolowych, a także lokalnych inspektorów policji). Nie znaczy to wcale, że przedstawiciele organów ścigania mają teraz „kochać” osoby stosujące narkotyki. Szczerze mówiąc, sam odczuwałem pewien dyskomfort, kiedy uczestnicy zorganizowanej w październiku 2004 roku w Kijowie konferencji na temat redukcji szkód czcili minutą ciszy pamięć człowieka, który zmarł w wyniku przedawkowania, choć skądinąd wiem, że była to bardzo utalentowana osoba...

Jednak nagła konieczność wprowadzania w istniejącej polityce narkotykowej wielu racjonalnych zmian na korzyść zdrowia publicznego, jest dzisiaj sprawą oczywistą. Politykę tę muszą wspierać stabilne

działania profilaktyczne o charakterze ciągłym. Należy wprowadzać programy antynarkotykowe w przedszkolach, szkołach, wyższych uczelniach oraz w jednostkach sił zbrojnych. Działaniami zapobiegawczymi muszą być objęte wszystkie grupy społeczne. Ilość ośrodków rehabilitacyjnych oraz programów medycznych i psychologicznych, takich jak wspomniane „Schroniska w połowie drogi”, musi być na tyle duża, by nieść pomoc każdemu potrzebującemu.

Programy metadonowe

Ta kwestia zasługuje na s z c z e g ó ł n ą u w a g ę. Mamy już za sobą długie dysputy oraz porównywanie wyników badań w krajach, które wprowadziły programy metadonowe: Austrii, Holandii, Stanach Zjednoczonych i Izraelu – w celu oceny i ewaluacji ich dostępności i skuteczności. Miałem okazję obserwować codzienny cykl funkcjonowania wielkiego centrum rehabilitacyjnego, będącego częścią jednego z największych szpitali w Izraelu. Potrzebujący oczekują przy wejściu już od godziny piątej rano. Nie rzucający się w oczy ochroniarz kontroluje każdego i wpuszcza do środka bez żadnego zamieszania czy pośpiechu. Wszyscy tuż po wejściu pobierają naczynie na mocz. Następuje szybka analiza – w przypadku braku śladów opium w wynikach testu, pacjent nie otrzyma metadonu. Dzieje się tak w celu wyeliminowania jakiegokolwiek możliwości rozwinięcia „wolnego uzależnienia od metadonu”. Państwowego programu nie można obwiniać o dystrybucję narkotyków – tylko osoby, które n a p r a w d ę potrzebują leczenia, dostaną lekarstwo. Każdy, kto ma pozytywny wynik testu, otrzymuje tubkę z płynnym metadonem, który po chwili aplikuje sobie pod kontrolą personelu medycznego. Osoby pracujące w programie – lekarze, pracownicy społeczni – są przez cały czas gotowe by reagować na każde, nawet nieśmiałe życzenie pacjenta chcącego zerwać z nałogiem, mogą też angażować go w liczne programy rehabilitacyjne. Kiedy dana osoba dostaje swoją dzienną dawkę metadonu, wraca do normalnego życia w swojej społeczności. Do następnego ranka...

Z punktu widzenia profesjonalnego oficera policji największym osiągnięciem programów tego rodzaju jest dekryminalizacja środowiska osoby zażywającej narkotyki. Nie musi ona już kraść, by zapłacić za swoją działkę. Według specjalistów programy te sprawiają, że łatwiej jest osiągnąć sukces w terapii uzależnienia. Czego się zatem boimy? Odkąd prowadzone są w Kirgizji programy metadonowe, a więc od kilku lat, możemy obserwować ich pozytywne rezultaty. Dzięki bardzo ścisłej kontroli dystrybucji metadonu, nie zarejestrowano w tym czasie żadnego przypadku przedostania się tej substancji na czarny rynek. Dowiedziałem się niedawno, że jeden z pacjentów programu w Osh przestał marnować pieniądze na narkotyki, zaczął z powodzeniem prowadzić prywatny interes i ożenił się... Nie sądzicie, że to najlepszy dowód zerwania z nałogiem?

Pozwólcie, że przypomnę Wam niektóre argumenty przeciwko metadonowi:

- **Rozwijamy kolejne uzależnienie od substancji – metadonu – a poza tym dystrybuujemy narkotyki za darmo, czyli legalizujemy ich nadużywanie.**

Ale za to mamy możliwość, by zdjęć odpowiedzialność karną z osób stosujących środki odurzające, wyciągamy tych ludzi z podziemia. Możemy zdefiniować pewne ograniczenia: aby otrzymać metadon, trzeba być zapisanym do specjalnego programu socjalnego lub rehabilitacyjnego. Jak szybko uczestnik programu uzależni się od metadonu? Według lekarzy, substancja ta jest znacznie mniej uzależniająca niż, na przykład, heroina. A co do legalizacji... Bądźmy realistami: nadużywanie narkotyków już jest *de facto* legalne ze względu na łatwość, z jaką można je zdobyć! Co mamy myśleć o tym, że w graniczących z Afganistanem krajach Azji Środkowej jedna działka heroiny jest tańsza niż puszka piwa?! Co więcej, zdaniem ekspertów, kolejna fala napływu afgańskich narkotyków będzie o wiele silniejsza...

- **„Metadonowe kartele narkotykowe” rozprzestrzeniają się równolegle z heroiną „Made in Afghanistan”.**

Produkujemy metadon we własnym kraju i wykorzystujemy nowoczesną technologię, aby nie dopuścić do przedostawania się tego środka do nielegalnego obrotu. Według specjalistów, taki proces nie wymaga bardzo skomplikowanej technologii ani inwestycji niemożliwych do przeprowadzenia.

- **Dzisiaj otrzymujemy darmowy metadon z Zachodu. Ale kto może przewidzieć, co będzie dalej?**

Ten podstawowy argument „antymetadonowy” wydaje się mniej przerażający. Zimna Wojna zakończyła się lata temu, świat Zachodu doprowadził do wzrostu wielkiej świadomości społecznej w kwestii zagrożenia AIDS i naprawdę otworzył się na konstruktywną współpracę. Na szczęście, pomimo wszystkich istniejących barier, ta kooperacja już się rozpoczęła i nadal aktywnie się rozwija na wiele sposobów.

Dr Aleksander Zeliczenko jest pułkownikiem Milicji.

HR2: Harm Reduction and Human Rights – Redukcja Szkód i Prawa Człowieka

Robert Newman

Wstęp

Z punktu widzenia jednostkowych i społecznych problemów związanych z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych, redukcję szkód i prawa człowieka łączy nieco więcej niż tylko początkowe litery w języku angielskim. Związek między nimi można wyjaśnić przy pomocy analogii do torów kolejowych: oba zmierzają w tym samym kierunku, oba są niezbędne, by pociąg mógł jechać dalej, ale żaden z nich, w pojedynkę, nie wystarczy do osiągnięcia pożądanego celu. Ujmując to w sposób bardziej bezpośredni: niemożliwe jest osiągnięcie nawet najbardziej ograniczonych celów związanych z prawami człowieka bez jednoczesnego zajmowania się kwestią redukcji szkód, kiedy grupą docelową prowadzonych działań są osoby używające narkotyków – i odwrotnie. Dobrą wiadomością jest fakt, że dzięki doświadczeniom w różnych częściach świata wiemy już, że sumienne i uparte atakowanie przeszkód na drodze pozwala poczynić znaczne postępy w obu tych obszarach, zaś korzystne zmiany obejmują wtedy nie tylko osoby zażywające narkotyki i ich najbliższych, lecz całe społeczeństwo.

Podstawowe koncepcje i błędne przekonania

Poruszanie się w obszarze tak skomplikowanym, jak uzależnienie, wymaga uznania istnienia – a także rozwiania – pewnych fundamentalnych błędów rozumowania. Powszechnie (lecz fałszywie) przyjmuje się za pewnik, że podstawową motywacją osób zażywających narkotyki jest hedonizm – czyli pragnienie doświadczania euforii. W rzeczywistości jednak bardzo wiele osób używających takich środków nie jest powodowanych chęcią „odlotu”, ale „głodem fizycznym” lub palącą potrzebą o charakterze przymusu. Głód ten może być wynikiem powtarzanego zażywania danej substancji, wrodzoną (np. odziedziczoną) predyspozycją do zależności fizycznej lub – co najbardziej prawdopodobne – obu tych czynników.

Trzeba przyznać, że skądinąd niejasne pojęcie „głodu fizycznego” może dla niektórych brzmieć jak próba ochrony osób zażywających narkotyki przed potencjalnymi zarzutami, sugerując brak kontroli nad własnym zachowaniem, a więc odrzucając założenie o osobistej odpowiedzialności za własne czyny. Mimo że koncepcję głodu można uważać za nieszczerą racjonalizację, jest to niestety bolesna, powtarzająca się rzeczywistość niezliczonej liczby palaczy – niemożliwa do wytłumaczenia tym, którzy nigdy nie doświadczyli uczucia przygniatającego przymusu kupienia paczki papierosów, niezależnie od pory dnia czy nocy, pogody czy kosztów – po prostu wtedy, gdy ostatni papieros skończył się tlić! Można się także powołać na sytuację, co do której więcej osób jest zgodnych – innego powszechnego w naszym społeczeństwie uzależnienia: uzależnienia od alkoholu. Sama definicja alkoholizmu jest trzeźwiącym przypomnieniem złożoności problemu: „Alkoholizm oznacza c h r o n i c z n ą c h o r o b ę, w której alkoholik odczuwa głód alkoholu i konsumuje go bez zaspokojenia tego głodu (...). Występuje we wszystkich klasach społeczno-ekonomicznych i grupach kulturowych (...). Pomimo faktu, że picie determinują warunki środowiskowe, wiele jednostek narażonych jest na popadnięcie w alkoholizm z uwagi na czynniki natury genetycznej” (akcent położony celowo)¹. Niezależnie od tego, jaka konstelacja czynników etiologicznych

wchodzi tu w grę, ważne jest zastanowienie się d l a c z e g o alkoholicy piją. Wydaje się mało prawdopodobne, by dążyli do osiągnięcia uczuć zwykle opisywanych w sposób pozytywny, takich jak euforia czy zadowolenie. I, bez wątpienia, nikomu kto kiedyś widział osobę nietrzeźwą, nie będącą w stanie kontrolować własnego głosu, kroku, sądów czy funkcji wydaliniczych, nie przyszło ani przez chwilę do głowy, że to właśnie są cele, które stara się osiągnąć alkoholik!

Z błędnym przekonaniem, że osoby uzależnione powodowane są hedonizmem, związany jest rozpowszechniony pogląd, że brakuje im motywacji do leczenia, w które mogą się zaangażować tylko pod przymusem prawnym (czyli pod groźbą osadzenia w więzieniu). Przez ostatnie trzy i pół dekady, w krajach całego świata, osoby uzależnione wielokrotnie demonstrowały swoją motywację do szukania i poddawania się leczeniu z własnej woli. Na początku lat siedemdziesiątych w Nowym Jorku około 50.000 osób uzależnionych od opiatów zgłosiło się na leczenie w rozmaitych ośrodkach abstynencyjnych i chemoterapeutycznych, które przez okres kilku lat były powszechnie dostępne. Niedługo potem w Hong Kongu otwarto sieć ponad 20 klinik meta-donowych, do których w ciągu zaledwie roku przyjęto prawie 10.000 osób. Pod koniec lat osiemdziesiątych w Australii, a w latach dziewięćdziesiątych we Francji i Niemczech, dziesiątki tysięcy osób uzależnionych od heroiny zgłosiło się na leczenie, kiedy tylko stało się ono dla nich dostępne.

Nie jest również prawdą, że osoby uzależnione nie dbają o własne zdrowie, ani zdrowie tych, z którymi utrzymują kontakt. Nawet ci, którzy odrzucają leczenie oraz/lub którzy nie mają do niego dostępu, powszechnie korzystają z programów redukcji szkód. Chodzi tu o prezerwatywy, wymianę igieł i strzykawek, pomieszczenia do bezpiecznego zażywania narkotyków, testy na HIV, poradnictwo w kwestii HIV itd. Jakiegokolwiek argumenty mogłyby przemawiać na rzecz rezygnacji z prowadzenia tego rodzaju usług, programom redukcji szkód zdecydowanie nie można przypisać braku akceptacji ze strony populacji docelowej czy nieskuteczności w obniżaniu zachorowań, zgonów oraz rozprzestrzeniania się ludzkiego wirusa upośledzenia odporności.

Skuteczność: w porównaniu z czym?

Główną przeszkodą w zdobywaniu akceptacji dla usług związanych z redukcją szkód oraz leczenia dla osób uzależnionych jest niedo-rzeczne upieranie się przy wynikach, których osiągnięcie jest nierealne. Po raz kolejny doskonałym przykładem jest alkoholizm. Anonimowi Alkoholicy (AA) to od wielu dekad ceniona na całym świecie grupa, zaś ich program dwunastu kroków jest uznaną metodą pomocy w zaprzestaniu, lub przynajmniej zmniejszeniu konsumpcji alkoholu. Popularny slogan brzmi: „Alkoholizm jest chorobą uleczalną”. Przekonanie to nie rozciąga się niestety na inne formy uzależnienia – na przykład od opia-tów. Ważne jest zrozumienie wyraźnej nierówności między prawie uni-wersalną a k c e p t a c j ą osiągnięć AA i równie rozpowszechnionego o d r z u c e n i a podejść opartych na redukcji szkód oraz podejść tera-peutycznych wobec innych uzależnień.

Powody tak diametralnie różnych spojrzeń wydają się tkwić w nie-porównywalnych o c z e k i w a n i a c h, jeżeli chodzi o w y n i k i związane z pomocą udzielaną w obu tych rodzajach uzależnienia. W przypadku alkoholizmu, standardem wykorzystywanym do mie-rzenia efektywności jest to, co ruch AA tak zwięźle i elokwentnie określa jako „jeden dzień na raz”. Należy przez to rozumieć, że mimo dzisiejszego „sukcesu” w osiągnięciu trzeźwości, jutro może nastąpić załamanie; jednakże jeśli nastąpi (a niestety dzieje się tak w większo-sci przypadków), ani nie przekreśla wartości dostarczonej pomocy, ani nie umniejsza zapału niosących pomoc osób w zachęcaniu alkoholików do powrotu do AA czy innego programu własnego wyboru. Równie ważne jest bezkompromisowe przekonanie entuzjastów AA, że „alko-holik nigdy, przenigdy nie może być wyleczony!”

Oczywiście takie nastawienie do alkoholizmu dokładnie odzwier-ciedla zasady leczenia większości innych schorzeń, zarówno fizycznych (cukrzyca, epilepsja, nadciśnienie, artretyzm itd.), jak i psychicznych (np. schizofrenia czy depresja). W przypadku wszystkich wymienio-nych chorób wyraża się nadzieję i akceptuje fakt, że pomimo niemoż-liwości całkowitego wyleczenia, często dają się one bardzo skutecznie leczyć. Obecna na ogół do końca życia groźba nawrotu objawów jest

po prostu frustrującą rzeczywistością i wyzwaniem terapeutycznym, nie zaś nihilistycznym uzasadnieniem opuszczania w potrzebie osób dotkniętych problemem. „Wyleczenie” nie jest głównym celem zajmowania się którąkolwiek z niezliczonych chorób; z pewnością zaś nikt nie domaga się jej jako jedynego miernika skuteczności*. Jednak pragmatyzmu, realizmu i zdrowego rozsądku, oczywistego w odniesieniu do zależności od alkoholu i innych chronicznych chorób, w niewytłumaczalny sposób brakuje tam, gdzie zależność dotyczy substancji definiowanych w terminologii prawnej jako „nielegalne”.

To, że uzależnienie – nieważne czy od alkoholu, opiatów czy jakiegokolwiek innej substancji – to w rzeczywistości chroniczne schorzenie jak każde inne, zaś jego leczenie muszą wyznaczać te same cele i parametry skuteczności, jest oczywistym faktem. Niestety rzadko tak się dzieje. Uderzającym przykładem jest „leczenie substytucyjne” (szczególnie metadonem), którego korzystny wpływ zarówno na stan zdrowia, jak i społeczne funkcjonowanie pacjentów jest z niespotykaną wręcz konsekwencją dokumentowany od ponad 40 lat na całym świecie. Mimo to sukcesy terapii na ogół zbywane są komentarzem: „Tak, ale jak wielu z nich jest w stanie pozbyć się zależności i być czystym”? Skuteczność metadonu mierzy się w gruncie rzeczy tym, co dzieje się po jego odstawieniu. Takie podejście byłoby do granic rozsądku absurdałne w odniesieniu do leków przeciw nadciśnieniu czy antyepileptycznych, do insuliny dla cukrzyków, Levodopy – „jedynego skutecznego leku w walce z chorobą Parkinsona”², leków przeciwzapalnych na chroniczny artretyzm, itd. W nieskończoność.

Starając się zrozumieć tak bezprecedensowe podejście do uzależnienia i jego leczenia, łatwiej jest w y k l u c z y ć tłumaczenia, które na pozór starają się wnieść logikę w to inaczej niezrozumiałe odchylenie od normy. Ściśle rzecz ujmując, wytłumaczenie nie może tkwić w faktcie, że uzależnienie to stan zadawany samemu sobie, ponieważ jest ono tak samo prawdziwe jak w przypadku całej masy innych chorób, wobec których lekarze i opinia publiczna są przepełnieni wsparciem. Skoro osobę uzależnioną od heroiny można winić za jej uzależnienie, taki sam krytycyzm powinien odnosić się do alkoholików; tymczasem ci, którzy nadmiernie piją, niezależnie od tego, czy z potrzeby czy dla

przyjemności, na ogół otrzymują od otoczenia więcej sympatii i aprobaty. Co więcej, nie tylko alkoholikom udaje się uniknąć pogardy i wrogości społeczeństwa za spowodowanie choroby z własnej „winy”. Większość zależnych od insuliny, dorosłych, „początkujących” cukrzyków, mogłaby żyć spokojnie i bez konieczności przyjmowania leków, gdyby kontrolowali swoją dietę, ćwiczyli, przestali pić, ograniczyli stres itd. Taka sama konstelacja zdroworozsądkowych zachowań wyeliminowałaby (często bez konieczności uciekania się do leków) objawy nadciśnienia i różnych chorób serca. Na samym końcu tej listy, jak zwykle, znajduje się chroniczny palacz – który na ogół nie spotyka się jednak z wrogością środowiska medycznego, nie stawia się mu przeszkód w podejmowaniu leczenia rozedmy, chorób serca, raka i wielu innych konsekwencji uzależnienia od nikotyny.

„Redukcja szkód”, koncepcja, która wywołała znaczne kontrowersje w środowiskach zajmujących się uzależnieniami, stosuje to samo podejście do praktycznie wszystkich chorób, stanowiących obecnie wyzwanie dla lekarzy i społeczeństwa. Rzadko niestety można mieć nadzieję na wyeliminowanie szkód, czy powodów ich powstawania. Jednak jest niepodważalnym faktem, że alternatywą wobec redukcji szkód jest zaniechanie – polityka nie tylko niehumanitarna, lecz również nieetyczna z punktu widzenia całego społeczeństwa.

Prawa człowieka: tor równoległy

Dokładnie taka sama przeciw-intuicyjna odpowiedź charakteryzuje drugie HR – Human Rights (prawa człowieka). Odmawianie osobom zażywającym narkotyki praw, którymi cieszą się inni członkowie społeczeństwa na każdego wpływa negatywnie. Dzisiejszy złoczyńca, dzisiejszy kozioł ofiarny, dzisiejsza ofiara polityki, która uderza w osoby zażywające narkotyki, jutro z pewnością zastąpiona zostanie innym wywołującym strach, gniew, dezaprobatę i pogardę segmentem społeczeństwa. Zgubny wpływ praktyk szkodliwych z punktu widzenia praw człowieka nie jest czysto hipotetycznym zagrożeniem – można go już zaobserwować w Ameryce. By można było ścigać osoby zażywające heroinę, kokainę, amfetaminę i inne substancje, trzeba je najpierw

zidentyfikować. Potrzeba ta doprowadziła do stosowania takich praktyk jak zatrzymywanie i przeszukiwanie pojazdów na autostradach publicznych na podstawie „profilu” kierowców i pasażerów - i nagle wszyscy Afroamerykanie i Latynosi stali się podejrzani! Co więcej, uważa się ich powszechnie za winnych do czasu udowodnienia własnej niewinności poprzez poddanie się badaniom toksykologicznym. Trzeba więc „zrobić test”, by udowodnić, że można dać życie i wychowywać dzieci, mieszkać wśród sąsiadów, grać w szkolnej drużynie futbolowej (lub śpiewać w szkolnym chórze!), itd. W konsekwencji nikt nie jest wolny od podejrzeń i każdy staje się obiektem niepożądanych praktyk, wymyślonych właśnie po to, by znaleźć i ukarać „winnych”.

Z pewnością metody stosowane obecnie dla osiągnięcia celu, jakim jest zapobieganie i ograniczenie zażywania niektórych (okrzykniętych mianem „złych”) narkotyków można równie dobrze wykorzystywać przeciw wszelkim innym zachowaniom, definiowanym przez społeczeństwo (lub przynajmniej jego przywódców) jako niezgodne z przyjętą normą. Nie jest to niczym nowym: podstawowe założenie zostało unieśmiertelnione przez Martina Niemöllera, ewangelickiego pastora (i byłego kapitana U-Bootu!), który energicznie, aczkolwiek zbyt późno, sprzeciwił się rządowi nazistów:

„W Niemczech przyszli najpierw po komunistów, i nie protestowałem, ponieważ nie byłem komunistą. Potem przyszli po Żydów i nie protestowałem, bo nie byłem Żydem. Potem przyszli po związkowców, i nie protestowałem, bo nie byłem związkowcem. Potem przyszli po katolików, i nie protestowałem, bo jestem protestantem. Potem przyszli po mnie – i nie było już nikogo, kto mógłby zaprotestować³⁹”.

Kwestia odmawiania praw osobom uzależnionym nie jest „zaledwie” groźbą potencjalnych naruszeń praw wobec każdego obywatela. Zagrożeniem jest niestety możliwość wystąpienia bardziej bezpośrednich konsekwencji takich praktyk. Jak wspomniałem wcześniej, wiadomo już, że znaczny odsetek osób uzależnionych od narkotyków ma motywację do podjęcia leczenia i brania udziału w programach redukcji

szkód oraz że – jeśli tylko ma taką możliwość - wykorzystuje każdą okazję poddania się ich działaniu. Wiadomo także, że usługi tego rodzaju ograniczają liczbę chorób, cierpienia, zgonów, przestępstw itd. Jednak gotowość do przyjęcia pomocy ma swoje granice! Niewielu uzależnionych wyjdzie z szeregu, aby szukać pomocy, jeżeli oznacza to utratę prywatności (np. „rejestracja” w agendach rządowych), prawa jazdy, niespełnienie warunków do podjęcia studiów wyższych, ciągłą inwigilację i sankcje karne w przypadku kontynuowania zażywania środków odurzających lub powrotu do nałogu itd. Taka polityka, zniechęcająca osoby uzależnione od narkotyków do szukania pomocy, zaostrza medyczne, finansowe i ludzkie koszty, które ponoszą nie tylko sami zainteresowani, lecz także każdy członek społeczeństwa.

Wniosek

Co powinno wyznaczać normy pomocy osobom uzależnionym od narkotyków? Te same zasady, które mają zastosowanie względem każdej innej chronicznej choroby. Powód jest prosty: uzależnienie jest chroniczną chorobą. A jakie czynniki powinny determinować kwestię praw człowieka, przyznawanych osobom używającym narkotyków? Dokładnie takie same jak te, które mają kluczowe znaczenie dla każdego członka społeczeństwa. Wniosek ten nie jest wcale zaskakujący, ponieważ nie sposób uciec przed faktem, że osoby zażywające narkotyki są członkami społeczeństwa. I, podobnie jak na całe społeczeństwo, wpływają na nie tak samo złożone czynniki o charakterze politycznym, społecznym, demograficznym, ekonomicznym, etnicznym, religijnym itp.

Właśnie z punktu widzenia społeczeństwa jako całości, odmowa usług redukcji szkód i ograniczanie praw człowieka w odniesieniu do osób uzależnionych od narkotyków jest nie tylko nieludzkie – jest samobójcze!

Nota końcowa

- * Niektóre choroby zakaźne stanowią wyjątek od tej reguły, jednak nawet w tym obszarze medycyny, choroby które są największym zagrożeniem dla ludzkości – AIDS i różne wirusy zapalenia wątroby – ilustrują paradygmat „możliwe do leczenia, ale nieuleczalne”. Podczas, gdy inne można wyleczyć dzięki rozważnemu stosowaniu antybiotyków, na ogół może nastąpić ich nawrót, przy ponownej ekspozycji na powodujący chorobę czynnik.

Przypisy:

- ¹ *Cecil Textbook of Medicine*, Wyd. 20, JC Bennett and F Plum, (Red.). WB Saunders; Filadelfia, 1996, s. 47.
- ² *Goodman and Gilman The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Wyd. 9, JG Hardman and LE Limbird, (Red.), McGraw-Hill; Nowy Jork, 1996, s. 509.
- ³ Niemöller M. cytowany przez: Golden Gate University na stronie internetowej: http://internet.ggu.edu/university_library/if/Niemoller.html.

Robert Newman jest dyrektorem Instytutu Zależności Chemicznej Barona de Rothschilda w Centrum Medycznym Beth Israel i profesorem w Albert Einstein College of Medicine.

Część 2

Poglądy na temat zdrowia publicznego i praw człowieka

Wstęp

Zawarte w tej części książki artykuły prezentują zarys struktury praw człowieka w odniesieniu do polityki narkotykowej. Jak wykazały teksty w części pierwszej, naruszająca prawa człowieka polityka narkotykowa oparta na prohibicji, wyrządza w efekcie więcej szkody niż korzyści, szczególnie wskutek zwiększania liczby zakażeń wirusem HIV. Teksty dowiodły, że dla osiągnięcia pozytywnych z punktu widzenia zdrowia publicznego rezultatów niezbędne jest wprowadzenie polityki redukcji szkód, która w założeniu broni praw człowieka. Artykuły w części drugiej niniejszego zbioru prezentują podstawy do budowania takiej polityki. Stawiają kluczowe pytanie: czy istnieje związek między prawami jednostki i zdrowiem publicznym, istotny z punktu widzenia projektowania i wdrażania polityki narkotykowej? Przedstawione tu narzędzia z powodzeniem wykorzystywać można do ewaluacji programów omawianych szerzej w kolejnej części książki.

W artykule „Prawa osób uzależnionych i używających narkotyki” Wiktor Osiatyński przedstawia problem narkomanii z punktu widzenia praw człowieka, odnosząc go jednak do szerszego kontekstu polityki wobec narkotyków, a więc fragmentu polityki społecznej. Punktem wyjścia autora jest klasyfikacja praw, jakie mogą przysługiwać jednostkom. Osiatyński wyróżnia prawa silne, czyli fundamentalne, prawa słabsze (ustawowe) i prawa moralne. Posługując się konsekwentnie tą klasyfikacją, autor przedstawia przykładowy katalog praw, jaki przysługuje osobom uzależnionym i użytkownikom narkotyków w obrębie każdej z wymienionych grup. W dalszej części Osiatyński charakteryzuje możliwe założenia polityki wobec narkotyków, jak i dokonuje ich oceny. Odwołuje się również do międzynarodowej strategii odnośnie narkotyków. Konkluzją autora w tej materii jest ciągła ewaluacja podejścia do środków odurzających i substancji psychotropowych stosowanego w danym państwie, która będzie miała na celu dostosowanie go do aktualnej sytuacji. Kolejną część opracowania stanowi ocena poprawek wprowadzonych do polskiej ustawy o przeciwdziałaniu narkoma-

nii nowelizacją z 2000 roku. Na zakończenie autor przedstawia kilka zasad, jakimi powinna się kierować dobra polityka wobec narkotyków.

W tekście „Ocena wpływu na prawa człowieka przy tworzeniu i ewaluacji polityki zdrowia publicznego”, Larry Gostin i Jonathan Mann stwierdzają, że każda rządowa polityka narkotykowa potencjalnie narusza prawa człowieka, ponieważ w większości przypadków tworzona jest bez rozważenia wpływu, jaki wywiera zarówno na nie, jak i na zdrowie publiczne. Przy tworzeniu i wdrażaniu polityki rządowej autorzy proponują wykorzystanie Narzędzia do Oceny Wpływu na Prawa Człowieka, które pozwoli zidentyfikować potencjalne zagrożenia, a także zasugeruje sposoby ich uniknięcia.

Drugi artykuł, zatytułowany „Rozumienie i reagowanie na zażywanie substancji przez młodzież”, stara się odpowiedzieć na pytanie, na ile osiową w budowaniu polityki narkotykowej jest struktura praw człowieka. Sofia Gruskin, Karen Plafker i Allison Smith-Estelle również proponują korzystanie z modelu ewaluacji praw człowieka przy ocenie rządowych reakcji na zażywanie substancji narkotycznych. Zaproponowane przez autorki narzędzie oceny, podobne do narzędzia Gostina i Manna, może pomóc ustalić, czy i w jaki sposób działania rządu powodują nasilenie zażywania nielegalnych substancji, a następnie określić potencjalne odpowiedzi na problem. Przedstawiona metoda pozwala ponadto na stawianie pytań o nowe zagadnienia przy identyfikowaniu luk i ewaluacji istniejącej polityki i programów.

W tekście „Testowanie uczniów w szkole na obecność narkotyków – za i przeciw” Bogusława Bukowska odnosi się zarówno do formalnych, jak i merytorycznych aspektów przymusowych testów na obecność narkotyków przeprowadzanych w szkołach. Od strony formalnej wskazuje na możliwość naruszenia prawa do prywatności nie tylko samego ucznia, ale również jego rodziców. Ukazuje również, że w praktyce przymusowe testy na obecność narkotyków nie odpowiadają na najistotniejsze – z punktu widzenia zapobiegania narkomanii – pytania. Co więcej, zakładając, że test może dać wynik fałszywie negatywny albo fałszywie pozytywny, praktykowanie takich „badań” może w efekcie zaprzepaścić cały wysiłek edukacyjny, ukierunkowany na profilaktykę uzależnienia. W konkluzji autorka sugeruje, że w każdym działaniu

mającym na celu zapobieganie narkomanii nadrzędną winna być zasada *primum non nocere*, a niewiarygodne i niesprawdzone metody nie powinny być stosowane.

Dwa ostatnie artykuły w tej części: „Zdrowie, zakażenie HIV, prawa człowieka i iniekcyjne zażywanie narkotyków” oraz „Alchemia nierówności” udowadniają, że naruszająca prawa osób zażywających narkotyki polityka kontroli nie ma nic wspólnego z kontrolą rozprzestrzeniania się wirusa HIV. Pod płaszczykiem tradycyjnego podejścia do zdrowia publicznego, wczesne reakcje polityczne, których celem było zahamowanie epidemii HIV, odwoływały się do metod dyskryminujących (np. przymusowe testowanie, przymusowe rejestrowanie w państwowych wykazach osób używających narkotyków zgłaszających się po pomoc lekarską). Współczesna polityka narkotykowa wzmacnia tę dyskryminację poprzez coraz większą alienację zagrożonych grup. Alex Wodak i Daniel Wolfe przekonują, że jedynym sposobem kontroli rozprzestrzeniania się HIV wśród owych niezwykle podatnych grup społecznych jest oparcie strategii profilaktycznych na poszanowaniu praw człowieka, pozwalające organizacjom na skuteczniejsze angażowanie się w działania na rzecz grup wysokiego ryzyka.

Wolfe tłumaczy, że problemy wynikające z jednoczesnego dążenia do osiągnięcia zróżnicowanych celów z zakresu zdrowia publicznego, polityki narkotykowej i praw człowieka dotyczą nie tylko poszczególnych narodów, lecz całą społeczność międzynarodową. Równoległe wprowadzanie wewnętrznie sprzecznej polityki w obrębie Organizacji Narodów Zjednoczonych zachęca państwa członkowskie do przyjmowania represyjnej polityki kontroli narkotyków, która narusza prawa człowieka i niesie ze sobą negatywne konsekwencje dla zdrowia publicznego.

Prawa osób uzależnionych i używających narkotyki

Wiktor Osiatyński

W niniejszym tekście będzie mowa o prawach osób uzależnionych, głównie w kontekście polityki wobec narkotyków. Ten kontekst określa strukturę moich rozważań. Problemy uzależnień dotyczą styku praw i polityki publicznej. Pojęcia te są nieostre, często używane w różnych znaczeniach lub wręcz nadużywane. Warto więc je na początku wyjaśnić. Na użytek niniejszych rozważań przyjmuję, że prawa bronią uznanych za warte ochrony interesów jednostek, podczas gdy polityka publiczna chroni interesy społeczne, służy ochronie lub realizacji dobra publicznego. Prawa z reguły każą wybierać interes jednostki niekiedy nawet wbrew interesom ogółu. Polityka publiczna może postawić interes publiczny ponad interesem – choć nie ponad prawem – jednostki.

Warto również odróżnić kilka rodzajów praw w zależności od ochrony, jaka im przysługuje.

Prawa silne, czyli fundamentalne, najczęściej znajdujące się w konstytucjach, niekiedy w aktach prawa międzynarodowego o randze konstytucyjnej lub ponad-konstytucyjnej. Takie prawa mają pierwszeństwo przed interesem i dobrem publicznym. Są one chronione przed zwykłym procesem politycznym, większością parlamentarną, zmianą rządu, a nawet preferencją wyborców. Do takich praw należą m.in. wszystkie wolności osobiste, prawo do prywatności, ochrona przed bezprawnym pozbawieniem wolności, ochrona przed okrutnymi karami czy zakaz stosowania tortur.

Prawa słabsze (ustawowe), które mogą być podporządkowane dobru publicznemu. Prawa te często wynikają z ustaw, będących formalnym zapisem określonej polityki publicznej. Oznacza to, że prawa te mogą zostać zmienione lub ograniczone w drodze procesu politycznego. Do tej kategorii należy wiele praw socjalnych, w tym niektóre prawa do ochrony zdrowia, których zakres określa polityka zdrowotna państwa oraz służące jej realizacji ustawy. W Polsce taki charakter ma, między innymi, dostęp do publicznej służby zdrowia, którego warunki i zakres wedle Konstytucji ma określać ustawa (Art. 68 ust. 2 Konstytucji R.P.). Oznacza to, że ustawa, czyli prawne sformułowanie polityki publicznej, może określać charakter takiej ochrony oraz granice związanych z tym praw. W takim przypadku możliwość ingerencji państwa w sferę prywatną jednostek jest bez porównania większa.

Istnieją również **prawa moralne**, nie mające ochrony prawnej, ale uznawane za ważne i potrzebne, nawet bez sankcji. Taki charakter ma np. prawo do prawdy i korespondujący z nim obowiązek prawdomówności. Czasem charakter praw moralnych zostaje nadany nowym prawom lub prawom członków nowych grup. Dzieje się to po to, by uzasadnić roszczenie do lepszego traktowania, zmienić świadomość społeczną, a po jakimś czasie usankcjonować prawo moralne przepisami gwarantującymi im ochronę. Z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w przypadku praw kobiet oraz ludzi należących do innych ras niż biała, mniejszości i narodowych i etnicznych, dzieci poczętych, a ostatnio homoseksualistów. Podobny charakter ma wiele roszczeń wysuwanych ostatnio jako prawa narkomanów i użytkowników narkotyków.

Prawa fundamentalne osób uzależnionych?

Podstawowe pytanie dotyczy tego, czy możemy mówić o istnieniu fundamentalnego prawa do używania narkotyków oraz innych praw osób uzależnionych. Takich praw, które mają – lub powinny mieć – ochronę konstytucyjną. O ile wiem, w żadnej konstytucji ani w żadnej międzynarodowej konwencji praw człowieka prawa takie nie są sformułowane wprost. Z całą jednak pewnością osobom uzależnionym

przysługują takie same prawa konstytucyjne jak innym ludziom. W grę tu wchodzi:

Prawa konstytucyjne osób uzależnionych (jak wszystkich) do właściwej ochrony prawnej, do życia, do własności, etc. W praktyce, w przypadku narkomanów prawa te są nagminnie łamane. Wojna z narkotykami prowadzi do licznych naruszeń praw człowieka – od zabójstw przez policję w Tajlandii, poprzez długoletnie więzienia oraz odmowę właściwej ochrony prawnej. Długoletnie więzienie za posiadanie narkotyków stanowi „cruel and unusual punishment.” W Rosji, gdzie prawdopodobieństwo zarażenia śmiertelnym rodzajem gruźlicy jest ogromne – zagraża prawu do życia¹.

Prawo fundamentalne do życia, w tym przypadku do przeżycia, szczególnie zagrożone w epoce epidemii HIV i AIDS.

Prawo do informacji o działaniach władzy publicznej w zakresie kontroli narkotyków, zapobiegania narkomanii i udostępnienia programów prewencyjnych, rehabilitacyjnych oraz ograniczania szkód związanych z używaniem narkotyków.

Inne prawa fundamentalne można jedynie dedukować z innych przepisów bądź sformułowań konwencji i konstytucji; można też uzasadniać potrzebę ich uznania i respektowania. Wartościami, które uzasadniałyby takie prawa są przede wszystkim: prywatność, wolność wyboru, autonomia jednostki oraz prawo do wyboru stylu życia.

Zasadniczo nie byłoby to konkretne prawo roszczeniowe, lecz wolność decydowania o własnym życiu i własnym losie. Roszczenie występowałoby dopiero wówczas, gdy wolność ta zostałaby przez kogoś naruszona. Byłoby to roszczenie wobec naruszającego – o zaprzestanie naruszeń, oraz wobec państwa – o ochronę przed naruszeniami.

Dokładniej, byłoby to prawo do decydowania o własnym ciecie. Jego teoretyczne uzasadnienie z łatwością znajdziemy w wielu tekstach, dotyczących wolności i praw, poczynawszy od traktatu Johna Stuarta Milla „O wolności.” Uznał on, że jedynym powodem, dla którego można

użyć przymusu państwowego wobec członka cywilizowanej społeczności wbrew jego woli jest zapobieżenie krzywdzie wyrządzonej innym. Jego własne dobro — fizyczne lub psychiczne — nie uzasadnia przymusu. Człowiek jest bowiem suwerenem wobec samego siebie, swego ciała i umysłu.

Innym prawem fundamentalnym jest prawo do godnego życia. Poszanowanie godności oznacza, że człowiek nie jest środkiem do celu innych ludzi (karteli narkotykowych, ale także policji czy władz realizujących politykę antynarkotykową), lecz powinien stanowić cel takich działań. Podporządkowanie arbitralnej i wybiórczo stosowanej władzy policji, prokuratury ogranicza ludzką godność. W przypadku ustaw penalizujących posiadanie narkotyków margines takiej arbitralnej władzy jest niezwykle szeroki.

Niedawno został sformułowany postulat zapisu szczegółowych praw w międzynarodowych dokumentach praw człowieka. Na przykład przez dodanie do Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka artykułu 31, który mówiłby o tym, że „każdy ma prawo do używania substancji psychotropowych wedle własnego wyboru.” A także przez reinterpretację Art. 12 Deklaracji, który mówi o poszanowaniu prywatności, miru domowego, korespondencji, honoru i reputacji, tak by dawała ona podstawę do wolności używania narkotyków (van Ree 1999²). Jednak prawdopodobieństwo uchwalenia nowego artykułu lub reinterpretacji Deklaracji w myśl sugestii van Ree jest minimalne. „Prawa” te pozostają więc we wstępnej fazie postulatów moralnych, których poparcie jest wciąż dość wątle.

Jak wiemy, prawa fundamentalne nie są absolutne. Istnieje możliwość ograniczenia takich praw ze względu na ważny interes publiczny. Ograniczenia takie nie mogą być arbitralne; najczęściej więc wymaga się, by były one wprowadzane ustawą, a nie decyzją administracyjną. Nie mogą one przekraczać minimalnego ograniczenia koniecznego do ratowania większego dobra, nie naruszając przy tym samej istoty ograniczanego prawa. Ponadto ograniczenia te mogą być wprowadzane wyłącznie w ochronie innych zasadniczych wartości, takich jak bezpieczeństwo i porządek publiczny, zdrowie publiczne, czasem moralność publiczna.

Trudno żywić wątpliwości, że z tych względów można ograniczyć wiele praw związanych z korzystaniem z narkotyków. Na przykład sprzedaż lub inne formy dostarczania narkotyków innym ludziom. W ten sposób bowiem szkodzi się innym ludziom, a to jest wyraźna granica korzystania z praw i wolności. Nie wydaje się jednak, żeby ogólne zasady dopuszczalności ograniczenia praw uzasadniały zakaz stosowania narkotyku na własny użytek. Ochrona zdrowia użytkownika nie jest bowiem wystarczającym argumentem: wszak ograniczenie praw można wprowadzić ze względu na zdrowie publiczne, a nie zdrowie pojedynczego człowieka.

Mamy tu do czynienia z konfliktem między wolnością a paternalizmem. Podejście paternalistyczne pozwala na ograniczenie praw w interesie jednostki, nawet wbrew woli tej jednostki. Podejście wolnościowe uznaje, że jednostka może i powinna mieć prawo świadomego działania na swoją szkodę, ale musi ponosić konsekwencje takiego działania. Jak sama nazwa wskazuje, podejście paternalistyczne najlepiej stosuje się wobec dzieci i osób niezdolnych do świadomego decydowania o własnych czynach i ich konsekwencjach. Z tym zgodzi się także liberał. Nikt nie ma zatem wątpliwości co do konieczności zakazu udostępniania narkotyków – i innych substancji zmieniających nastrój – dzieciom, młodzieży i osobom upośledzonym. Liberał uzna jednak, że nie można zakazać używania – i posiadania, a nawet wytwarzania wyłącznie na własne potrzeby – takich substancji przez osoby dorosłe.

Warto jednak dodać, że na gruncie liberalnej teorii wolności osoba podejmująca świadome decyzje powinna ponosić ich konsekwencje i nie powinna obciążać nimi innych. Ludzie uczą się właściwego postępowania nie poprzez ślepe posłuszeństwo nakazom i zakazom, ale przez podejmowanie wyborów i ponoszenie konsekwencji swoich decyzji. Oznacza to, między innymi, że na gruncie tej teorii nie ma uzasadnienia dla roszczeń do bezpłatnej opieki medycznej w celu usunięcia szkód spowodowanych taką decyzją. Przeciwnie, istnieje silne uzasadnienie dla poglądu, że taka opieka powinna być odpłatna, bo to są właśnie konsekwencje świadomej decyzji. Warto dodać, że zmniejszenie takich kosztów lub dostarczanie opieki bezpłatnej jest dopuszczalne, ale nie na gruncie praw, lecz na gruncie polityki publicznej, w ramach której

społeczeństwo decyduje o takim a nie innym sposobie wykorzystywania swoich zasobów.

Kolejny problem dotyczy możliwości ograniczenia prawa do decydowania o własnym życiu i ciele ze względu na takie wartości jak porządek publiczny lub bezpieczeństwo publiczne. Mowa tu w gruncie rzeczy o tym, czy ograniczenie praw może mieć prewencyjny charakter. Czy może bezpieczeństwu i porządkowi lepiej służy egzekwowanie odpowiedzialności za konsekwencje naszych zachowań. Choćby za zanieczyszczanie przestrzeni publicznej lub zakłócanie porządku.

Istnieją argumenty za tym, że słuszniejsze jest wyciąganie konsekwencji z takich zachowań, niż prewencyjny zakaz działań, które do takich zachowań mogą prowadzić. Zakazy bowiem niczego nie uczą, nawet – a zwłaszcza wówczas – gdy są łamane. Na konsekwencjach natomiast można nauczyć się odpowiedzialnego życia – o ile tylko zostanie wykazany związek między stylem życia a tymi konsekwencjami.

Z drugiej strony w grę wchodzi jednak istotne dobro publiczne – ład i porządek. Można wprowadzić ograniczenie, gdy naruszenie ładu wydaje się bardzo wysoce prawdopodobne i nie ma sposobu, by je zatrzymać natychmiast po jego rozpoczęciu. To z kolei sugeruje potrzebę stworzenia możliwości szybkiej interwencji w przypadku naruszenia ładu przez kogoś, kto nadużył substancji. Byłby to argument za zakazem używania substancji szybko zmieniających nastrój, zwiększających agresywność, a jednocześnie organizowaniem kontrolowanych lub nadzorowanych miejsc korzystania z „łagodniejszych” substancji, jak to ma na przykład miejsce w Holandii. Gdy jednak w Szwajcarii i w innych krajach okazało się, że ładu nie udało się utrzymać, wówczas zlikwidowano miejsca, w których legalnie można było używać narkotyków. Decyzja taka miała uzasadnienie w ochronie interesu publicznego i mogłaby się obronić, nawet na gruncie dość rygorystycznej teorii praw.

Powyższe rozważania miały charakter teoretyczny, gdyż nigdzie na świecie nie stosuje się dzisiaj liberalnej teorii wolności do posiadania i używania narkotyków. W praktyce problemy te są przedmiotem polityki publicznej.

Prawa ustawowe osób uzależnionych

Polityka publiczna, znajdująca wyraz w aktach ustawowych również tworzy prawa indywidualne. Z ustawy o ochronie zdrowia publicznego wynikają liczne prawa osób nią objętych. Od praw konstytucyjnych różnią się one tym, że po pierwsze przy samym ustalaniu polityki publicznej interesy jednostki mogą być podporządkowane interesowi zbiorowemu, a po drugie – inna ustawa może te prawa ograniczyć lub zabrać. Oczywiście polityka publiczna nie może naruszać konstytucyjnych praw fundamentalnych, które wyznaczają granice wszelkiej polityki.

W dyskusjach na temat polityki wobec narkotyków w zasadzie nawet nie rozważa się prawa jednostek do nieskrępowanej sprzedaży narkotyków lub ich produkowania w celu wprowadzania do obrotu. Dyskusje dotyczą praw do użytkowania narkotyków oraz do posiadania ich drobnych ilości, przeznaczonych na własny użytek. W kontekście praw ustawowych warto również umieścić:

Prawa osób uzależnionych do ochrony zdrowia, w tym także leczenia uzależnień.

W tych przypadkach nie można mówić o istnieniu fundamentalnego prawa podmiotowego, ale państwo ma obowiązek tworzenia warunków, gdyby ktoś chciał – odpłatnie lub nie, to zależy od wyboru polityki państwa – korzystać z leczenia. Oznacza to, między innymi, stwarzanie warunków do leczenia, tworzenia ośrodków terapeutycznych, szkolenia specjalistów, a także tworzenia motywacji do leczenia. Za pogwałcenie tego prawa można uważać na przykład brak ośrodków leczenia w więzieniach lub nadmiernie długie oczekiwanie na leczenie.

Prawa osób uzależnionych (chroniące jednocześnie interes całego społeczeństwa) do środków zmierzających do zmniejszania szkód związanych z użytkowaniem narkotyków (wiąże się z tym prawo uzależnionych do bezpieczeństwa fizycznego, zdrowotnego). Szkody te dotyczą nie tylko możliwości zakażenia żółtaczką C oraz

wirusem HIV. Obejmują one również szkody, często tragiczne, związane z nielegalnym nabywaniem narkotyków nieznanej produkcji, często zanieczyszczonych, oraz o nieznanej mocy, co prowadzi do ich przedawkowania. Programy zmniejszania szkód przeciwdziałają takim skutkom, nie zajmując się moralną oceną samych narkotyków i ich użytkowników.

Państwo ma możliwość, ale nie ma obowiązku tworzenia takich programów. Obywatele i ich grupy powinny jednak mieć prawo do ich tworzenia i realizacji bez przeszkód ze strony państwa, o ile programy takie nie naruszają praw innych ludzi, ani ważnych wartości społecznych. Dyskusja na temat zmniejszania szkód dotyczy przede wszystkim moralnych aspektów takich programów, a nie ich skuteczności lub przydatności. Najczęściej zadawane pytanie brzmi: czy programy zmniejszania szkód nie sankcjonują bezprawnej działalności i nie podtrzymują samej narkomanii?

Jest bowiem oczywiste, że w warunkach legalizacji, a nawet samej dekryminalizacji – narkotyków zmniejszanie szkód nie rodziłoby w ogóle żadnych wątpliwości. Nie ma przecież takich wątpliwości w przypadku zmniejszania szkód związanych ze spożywaniem alkoholu lub z prowadzeniem pojazdów. Co więcej, samo wykazanie skuteczności zmniejszania szkód byłoby silnym argumentem na rzecz dekryminalizacji użytkowania narkotyków, a w każdym razie narkotyków „miękkich”.

Prawa wszystkich osób (a więc uzależnionych i nieuzależnionych) do stosowania marihuany i innych narkotyków w celach medycznych. Prawo to wydaje się oczywiste, uzasadnione na gruncie prawa do ochrony zdrowia oraz do unikania zbędnych cierpień. Nie jest ono fundamentalne, gdyż decyzję w tej sprawie można pozostawić w rękach lekarzy, a nie samego chorego.

W Stanach Zjednoczonych jest to obecnie przedmiotem kontrowersji. Z jednej strony poszczególne stany legalizują medyczne stosowanie marihuany. Sąd Najwyższy USA uznał prawo pacjenta i lekarza, by omawiać możliwość zastosowania marihuany w celach

medycznych (Conant v. Walters). Sąd federalny (Raich v. Ashcroft oraz Santa Cruz v. Ashcroft) uznał, że rząd federalny nie może zabronić lokalnego stosowania marihuany w celach medycznych, o ile nie ma to komercyjnego charakteru. Z drugiej strony Ministerstwo Sprawiedliwości USA wielokrotnie wydawało polecenie zatrzymania pacjentów chorych na AIDS lub raka, stosujących marihuanę w celach medycznych. W październiku 2004 roku Izba Reprezentantów Kongresu USA postanowiła sfinansować bazy danych, umożliwiające śledzenie leków, jakie są zapisywane każdemu obywatelowi USA. Informacje te będą mogły być przekazywane policji i prokuraturze w każdym stanie – bez zgody, a nawet wiedzy zainteresowanego.

Tymczasem, zdaniem Ethana Nadelmana „rozwijanie modelu kontrolowanego używania marihuany do celów leczniczych może stanowić najlepsze rozwiązanie – przynajmniej w USA – problemu: jaki jest najlepszy sposób, by zmniejszać ogromne koszty i szkody wynikające z prohibicji bez jednoczesnego stwarzania warunków do znaczącego wzrostu rzeczywistego nadużywania narkotyków”³.

Prawa podatników do tego, by ich świadczenia były wydatkowane przez państwo w sensowny sposób. Dotyczy to oceny wszelkiej polityki publicznej pod kątem sensowności, realizacji zamierzonych celów oraz niezamierzonych skutków ubocznych. Prawo to ma, niestety, wciąż jeszcze charakter postulatu moralnego, choć pojawiają się już ruchy zmierzające do jego usankcjonowania. Na razie jednak ochronę tego prawa zapewnia jedynie proces polityczny. Ale w przypadku szerszego uznania tego prawa mogłoby ono podawać w wątpliwość prowadzenie każdej kosztownej polityki publicznej, zwłaszcza jeśli nie przynosi ona pożądaných rezultatów.

Wszystkie te prawa powinny być respektowane przy uchwalaniu polityki wobec narkotyków. Ich przestrzeganie powinno stanowić istotny element oceny takiej polityki.

Polityka wobec narkotyków.

Nie ma jednoznacznej polityki w żadnej dziedzinie. W każdym przypadku polityki publicznej trzeba ważyć korzyści i koszty. Wybierać to, co zwiększa korzyści i minimalizuje koszty oraz osiągać kompromisy. A gdy rachunek kosztów i korzyści ulegnie zmianie – zmieniać politykę. Przy opracowywaniu polityki wobec narkotyków należy brać pod uwagę takie elementy, jak podaż i popyt, czynniki uzależniające i możliwości leczenia oraz motywacja do leczenia, szkody wynikające z narkotyków, a także z ich kryminalizacji i wreszcie możliwości zmniejszania tych szkód.

Trzy modele polityki wobec narkotyków to prohibicja, legalizacja oraz strategie pośrednie, do których należą m.in. dekryminalizacja i ograniczanie szkód. Ze względu na charakter i główny temat niniejszych rozważań najwięcej uwagi poświęcimy w nich prohibicji.

Prohibicja zapewne byłaby najskuteczniejsza, czyli przynosiłaby najwięcej korzyści przy najmniejszych kosztach, gdyby była pełna i całkowicie przestrzegana. To znaczy, gdyby miała pełne wsparcie kulturowo-religijne, a jednocześnie gdyby istniały środki zapewnienia jej przestrzegania. Możliwe, że tego rodzaju warunki istnieją w niektórych społecznościach islamskich. Tam oczywiście byłoby bezcelowe domaganie się jej likwidacji, przynajmniej dopóki nie ulegną zmianie istniejące aktualnie warunki. To znaczy nie ulegną rozluźnieniu zakazy kulturowe, obyczajowe i moralne, a jednocześnie nie zaczną na większą skalę napływać i być używane substancje objęte prohibicją.

Nieskuteczna prohibicja powiększa natomiast szkody związane z narkotykami. Do „zwykłych” szkód, będących wynikiem użytkowania dochodzą – przedawkowanie nieznanych substancji kupowanych na czarnym rynku; lęk przed leczeniem i w ogóle szukaniem pomocy, równoznacznym z przyznaniem się do przestępstwa, przestępczość, przemoc i korupcja aparatu władzy nieodłącznie związane z podziemiem narkotykowym, koszty kryminalizacji, trzymania ludzi w więzieniu, nie mówiąc o nie zawsze policzalnych kosztach dalszej deprawacji skazanych.

W takiej sytuacji samo niebezpieczeństwo związane z użytkowaniem narkotyków nie jest wystarczającym argumentem na rzecz prohibicji⁴. W takim bowiem przypadku trzeba by było zdelegalizować wiele innych produktów i działań, z którymi wiąże się niebezpieczeństwo (na przykład w Rosji 1,5 procent przestępstw jest popełnianych pod wpływem narkotyków, podczas gdy 20 procent – pod wpływem alkoholu). I to nie tylko alkohol, papierosy czy hamburgery, ale również wiele innych rodzajów żywności, wiele lekarstw, liczne formy aktywności sportowej, czy użytkowanie pojazdów. Zdaniem Nadelamana taki argument na rzecz prohibicji nie jest nawet konserwatywny, lecz prowadzi wręcz do totalitarnych konsekwencji.

Nieskuteczność prohibicji staje się oczywista w kraju, który był jej głównym orędownikiem, czyli w Stanach Zjednoczonych. Coraz więcej stanów w referendach przeprowadza zmiany ustawodawstwa, zamieniając więzienie kierowaniem na leczenie. W 2003 roku 25 stanów uchwaliło przepisy eliminujące poprzednio obowiązujące, niezwykle wysokie, minima obowiązujące sądy przy wyrokowaniu w sprawach o posiadanie narkotyków. Przywrócono również możliwość warunkowego zwolnienia oraz wyboru leczenia zamiast pozbawienia wolności w przypadku niektórych przestępstw związanych z posiadaniem i użytkowaniem narkotyków⁵. Istotne jest to, że głównym motywem jest nieskuteczność dotychczasowej polityki, jej marnotrawność i inne koszty, a nie tylko względy ekonomiczne. W USA te koszty to 700,000 ludzi aresztowanych co roku za posiadanie narkotyków, konfiskaty własności, naruszanie innych podstawowych praw człowieka.

Właśnie dlatego zmiany przeprowadziły również konserwatywne stany, jak Kansas, Iowa czy Missouri, a nawet Alabama. Orędownikami tych zmian nie byli liberalni myśliciele z Lindesmith Center czy z organizacji walczących o prawa narkomanów, ale często republikańscy gubernatorowie, ustawodawcy i szefowie policji. Należą do nich m.in. Norm Maleng, konserwatywny republikanin, pełniący funkcję prokuratora hrabstwa, w którym leży Seattle, czy też Joseph Lehman, dyrektor więziennictwa stanu Washington. Wszyscy oni też uznali, że pieniądze zaoszczędzone na zaniechaniu więzienia użytkowników narkotyków powinny zostać przeznaczone na ich leczenie.

Uznali oni, że „wojna z narkotykami” jest po prostu złą polityką publiczną i trzeba ją złagodzić lub zastąpić czymś innym. Inni zwolennicy zmian, tym razem właśnie liberałowie, doszli do wniosku, że w przypadku nieskutecznej prohibicji mądra polityka zdrowia publicznego domagałaby się legalizacji narkotyków – choćby po to, by zmniejszyć szkody będące rezultatem samej nieskutecznej prohibicji.

W listopadzie 2001 roku grupa zwolenników reformy prawa dotyczącego narkotyków w Wielkiej Brytanii przyjęła tak zwaną Angel Declaration, która domagała się zastąpienia prohibicji kontrolowaną i regulowaną legalizacją narkotyków. Deklaracja zakładała uznanie prawa do używania narkotyków oraz wyrażała gorące poparcie dla strategii zmniejszania szkód narkotykowych⁶.

Legalizacja nie musi oznaczać wolnego rynku dla produkcji i dystrybucji narkotyków. Istnieją propozycje legalizacji narkotyków, przy jednoczesnym poddaniu ich szczegółowej kontroli, minimalizującej szkody związane z ich używaniem. Kontrolą byłaby objęta produkcja, sprzedaż, reklama, opakowania i dozowanie substancji psychotropowych, a dochody ze sprzedaży narkotyków przeznaczane byłyby na zmniejszanie szkód i leczenie osób uzależnionych.

Legalizacji nie można jednak dziś pogodzić z dominującą zasadą moralną, potępiającą narkotyki i ich używanie. Toteż większe szanse powodzenia mają strategie pośrednie, takie jak dekryminalizacja i ograniczanie szkód. Problematyka ta jest szczegółowo omawiana w innych rozdziałach niniejszej książki.

Międzynarodowa strategia w dziedzinie narkotyków

Doświadczenia ostatnich dziesięcioleci prowadzą do wniosku, że polityka wobec narkotyków powinna być zróżnicowana. Jednakże Stany Zjednoczone narzuciły światu jednolitą politykę poprzez międzynarodowe konwencje z lat 1961, 1971 oraz 1988. W ten sposób USA wyeksportowały własne niepowodzenia. Dziś jednak coraz powszechniejsza jest świadomość, że potrzebne są zdecentralizowane decyzje, uwzględniające lokalne warunki i potrzeby.

Osobiście sędzę, że każdy kraj i każda społeczność, do której zaczynają napływać narkotyki, powinny próbować postawić im tamę. Ale wtedy, gdy tama ta zostanie przerwana, nie można trzymać się tej polityki, lecz trzeba zmienić ją, wprowadzając inne środki – na pewno minimalizujące szkody, dekryminalizując, a może nawet legalizując pewne narkotyki, obejmując je jednak ścisłą regulacją i pozostawiając pod kontrolą. Słowem, trzeba mieć inne, niż sama policja i instytucje kontroli społecznej, metody określania, czy wojna z narkotykami została przegrana, po to, by zmienić strategię na bardziej skuteczną.

Międzynarodowe konwencje na temat narkotyków z 1961, 1971 i 1988 roku nie spełniają tych kryteriów. Nakładają one na strony obowiązek uznania za przestępstwo w prawie krajowym świadomego posiadania zakazanych substancji. Konwencje powstały w czasach, gdy nie było masowego występowania żółtaczki C, gdy w ogóle nie było problemu HIV i AIDS, a ostatnia zanim AIDS przybrało epidemiczne proporcje. Na pewno nie spełniają wymogu czasu i potrzebna jest ich rewizja. „Z całą pewnością intencją twórców tych konwencji nie było uniemożliwienie przeciwdziałania śmiertelnej epidemii, a jednak to właśnie w tragiczny sposób stało się konsekwencją ich ratyfikacji”⁷. Co więcej, międzynarodowe konwencje są sprzeczne z podstawową zasadą zdrowia publicznego. Jest nią możliwość porównania skuteczności różnych polityk. „Wielu obserwatorów jest zdania, że prohibicja powoduje więcej szkód niż pożytku. Niestety, niemal nie sposób tego dowieść, gdyż jakiegokolwiek porównawcze badania, obejmujące regulowane formy dostarczania narkotyków, są zabronione przez międzynarodowe konwencje. W ten sposób twórcy Konwencji zapewnili sobie nieomyślność. Stanowi to naruszenie wolności badań naukowych oraz prawa do informacji na temat stanu zdrowia oraz skutków polityki publicznej. Stanowi także uniemożliwienie wykonania podstawowego obowiązku medycznego, jakim jest zebranie dowodów na to, jakie podejście do chorób jest najskuteczniejsze”⁸.

Skutki polityki wprowadzonej w Polsce nowelizacją z 2000 roku.

Wiele dowodów świadczy o jej nieskuteczności. Jej cel – zmniejszenie podaży i ułatwienie ścigania handlarzy, nie został zrealizowany. Jest skuteczna – tylko dla policji – bo zwiększa wykrywalność przestępstw. Ale po nowelizacji było ponad 30 000 spraw związanych z posiadaniem narkotyków, a tylko kilkanaście za uprawę. Poza tym przenosi zasoby z prewencji i leczenia do ścigania przestępstw (taki zresztą był główny efekt „wojny z narkotykami” w USA; stąd zresztą opór potężnego lobby policji, prokuratury, sądów i więziennictwa wobec postulatów dekryminalizacji marihunany)⁹.

Polityka ta pociąga za sobą ogromne koszty. Oto niektóre z nich:

- wydatki w wysokości ponad 300 milionów PLN rocznie, z czego można byłoby zaoszczędzić około 200 mln. Ta kwota pozwoliłaby na objęcie programem metadonowym 40-80 tys. osób, czyli 40-70 procent wszystkich uzależnionych.
- penalizacja ogromnej liczby ludzi lub demoralizacja poprzez zaniechanie penalizowania ich;
- ogromna władza uznaniowa policji wobec użytkowników (oraz osób im pomagających);
- umożliwienie łamania praw osób uzależnionych i użytkowników; naruszanie ich godności;
- utrudnienia w zmniejszaniu szkód;
- utrudnienia leczenia i poszukiwania pomocy.

Polityka ta prowadzi również do licznych naruszeń praw człowieka. Naruszenia takie są niemal nieuniknionym rezultatem próby egzekwowania drakońskich praw. Naruszenia takie obejmują nie tylko „słabe” prawo do ochrony zdrowia, ale wiele fundamentalnych praw konstytucyjnych, takich jak: prawo do godnego traktowania czy do ochrony prawnej. Te naruszenia praw, będące rezultatem obecnej polityki, są dodatkowym argumentem za dekryminalizacją.

A przede wszystkim polityka kryminalizująca posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek utrudnia walkę z kartelami i gangami narkotykowymi, gdyż stawia po tej samej stronie bariery prawnej drobnego użytkownika i handlarza, który na nim pasożytuje. W interesie społecznym jest to, by ofiara handlarza (czyli najczęściej uzależniony przezeń użytkownik) był po naszej stronie, by był potencjalnym sojusznikiem w walce z rekinami.

W tej perspektywie na zakończenie warto określić kilka zasad, które powinno się uwzględniać podczas opracowywania polityki w kwestii narkotyków. Dobra polityka:

Pomagałaby unikać szkód i zmniejszać te, których nie udało by się uniknąć. Programy zmniejszania szkód znajdują uzasadnienie zarówno w „słabym” jak i „silnym” rozumieniu praw osób uzależnionych. Programy takie powinny być wspierane przez odpowiednią politykę państwa, a także finansowo (choć chyba nie powinny być do końca finansowane przez państwo, bo uległyby biurokratyzacji). Na pewno niezbędna byłaby legalizacja metadonu stosowanego w celach medycznych, także w niepublicznych placówkach służby zdrowia.

Pomagałaby motywować ludzi do zmiany, do poszukiwania leczenia. Motywację taką stanowi odpowiedzialność za czyny popełniane w związku z używaniem narkotyków, za sytuację osobistą i materialną, za kłopoty, jakie użytkownik ściąga na swoją głowę. Konsekwencje wyborów muszą być powiązane z tymi wyborami (przełamanie zakłamania osoby uzależnionej). A następnie musi być pokazana alternatywa – zmiana sposobu życia, zmiana zachowań, leczenie, etc. Ważne jest, by po wszystkich stronach uniknąć pułapki choroby. Choroba jest rzeczywista, niezawiniona, ale nie zwalnia z odpowiedzialności za czyny podejmowane w trakcie choroby czy w związku z nią. Człowiek uzależniony powinien odpowiadać za czyny po użyciu substancji tak samo jak każdy człowiek. Bo bez takiej odpowiedzialności trudno stworzyć motywację do zmiany.

W Polsce można by częściej korzystać z Art. 57 ustawy, ale w połączeniu z innymi czynami karalnymi, a nie z samym użytkowaniem narkotyków. W takich przypadkach można byłoby zawieszać wykonanie kary pod warunkiem zmiany sposobu życia lub poddania się skutecznej terapii. Często jednak użytkownik popełnia tak poważne przestępstwa, że musi zostać ukarany pozbawieniem wolności. Wtedy ważne jest, by mógł uzyskać pomoc psychologiczną i możliwość odbycia terapii w więzieniu.

Taka metoda jest skuteczna w przypadku alkoholizmu, gdzie jednak kary są konsekwencją zachowania, a nie użytkowania skądinąd legalnej substancji. W przypadku narkotyków kara jest obecnie konsekwencją użytkowania bez względu na jego następstwa, a więc również użytkowania nie powodującego negatywnych konsekwencji dla innych. Taka kara przeważnie jest de-mobilizująca, bo powoduje poczucie krzywdy i niesprawiedliwości.

Jest także możliwe, by kryminalizacja samego posiadania mogła służyć stworzeniu takiej motywacji, ale tylko wówczas, gdy sądy i kuratorzy wiedzą, jak zamienić straszak kary w pozytywną motywację do leczenia. Wymagałoby to przeszkolenia kuratorów i sędziów.

Uwzględniałyby w polityce społecznej państwa – oraz w budżecie – konieczność istnienia znacznie większej niż obecnie liczby ośrodków leczenia i poradnictwa, w tym także w więzieniach, by nie trzeba było latami czekać na miejsce w programie. Zapewniałaby ludziom tam pracującym godziwe warunki i wynagrodzenie. a także zmierzałaby do stworzenia kurateli z prawdziwego zdarzenia, do przeszkolenia policji, prokuratorów, sędziów i kuratorów, a także personelu więziennego.

I wreszcie dobra polityka uznawałaby, że środki pochłaniane przez kryminalizację, policję, więzienie, etc. – bez porównania lepiej procentowałyby gdyby były wykorzystane na pomoc ludziom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem.

Taka polityka łączyłaby skuteczne przeciwdziałanie narkomanii, zmniejszanie szkód związanych z użytkowaniem substancji psychotropowych, pomagałaby ludziom uzależnionym podejmować skuteczną terapię, respektując jednocześnie prawa człowieka – uzależnionych, użytkowników, ich rodzin, oraz wszystkich podatników.

Przypisy

- ¹ (Patrz „Asserting the rights of injection drug users: An urgent call to action for U.N. member states.” By Open Society Institute and Human Rights Watch, 2003).
- ² Cytowany Neil Hunt „Public health or human rights: what comes first?” *International Journal of Drug Policy* 15 [2004], s. 234.
- ³ „The End to Marihuana Prohibition” w *National Review* z 12 lipca 2004.
- ⁴ Patrz John P. Walters, „No Surrender” w *National Review* z 27 września 2004.
- ⁵ Patrz Fox Butterfield „With Cash Tight, States Reassess Long Jail Terms.” *New York Times* z 10 listopada 2003.
- ⁶ Patrz Hunt, s. 235.
- ⁷ Patrz „Asserting the rights of injection drug users: An urgent call to action for U.N. member states” by Open Society Institute and Human Rights Watch, 2003).
- ⁸ Patrz Hunt, s. 233 oraz 236.
- ⁹ Patrz Michael Massing „The Fix”, 1998.

Prof. Wiktor Osiatyński jest prawnikiem, specjalistą z zakresu konstytucjonalizmu i praw człowieka. Jest wykładowcą wielu uczelni w Polsce i zagranicą, w tym m.in. University of Chicago Law School i Uniwersytetu Środkowoeuropejskiego w Budapeszcie. Jest również członkiem Komitetu Helsińskiego w Polsce.

Ocena wpływu na prawa człowieka przy tworzeniu i ewaluacji polityki zdrowia publicznego

Larry Gostin i Jonathan Mann

Streszczenie

Każda prowadzona przez rząd polityka, a zwłaszcza polityka zdrowotna, może w mniejszym lub większym stopniu naruszać prawa człowieka, czy poprzez ograniczanie wolności lub dyskryminowanie jednostek bądź całych grup społecznych, czy przy pomocy innych mechanizmów. Choć w niektórych przypadkach konieczność ochrony zdrowia publicznego może przeważać nad troską o ochronę praw człowieka, w wielu sytuacjach prawa te naruszane są całkowicie bezpodstawnie. Artykuł ten przedstawia Narzędzie do Oceny Wpływu na Prawa Człowieka, które pozwoli twórcom polityki, jak i obrońcom praw człowieka zidentyfikować potencjalne zagrożenia dla tych praw ze strony polityki zdrowia publicznego oraz zasugeruje sposoby ich ograniczenia.

Politykę zdrowia publicznego formułuje się czasem bez dokładnego zastanowienia się nad jej celami, skutecznością przyjętych metod oraz prognozowaniem, czy planowane korzyści zdrowotne przeważają nad stratami finansowymi i zagrożeniem dla praw człowieka. Jeszcze rzadziej tworzy się politykę zdrowotną, poświęcając należną uwagę wpływowi, jaki wyrzuci ona na prawa człowieka czy międzynarodowe zasady ich przestrzegania¹. Wdrażanie polityki zdrowia publicznego bez sumiennego rozważenia jej wpływu na prawa człowieka może skrzywdzić osoby dotknięte problemem i w konsekwencji doprowadzić do jej nieskuteczności, a nawet szkodliwości².

Niedostateczne przemyslenie konsekwencji polityki zdrowotnej dla praw człowieka nie jest zaskakujące: niewielu spośród zajmujących się problematyką zdrowia publicznego urzędników, ma choćby podstawową wiedzę w dziedzinie doktryn praw człowieka, zaś tym nielicznym, którzy mają o nich pojęcie, brakuje umiejętności i wiedzy, niezbędnych do oceny danej polityki z perspektywy praw człowieka. Jednocześnie przedstawiciele ruchu obrońców praw człowieka rzadko piszą czy inicjują dyskusje na ten temat³. Nawet tak fundamentalna koncepcja, jak prawo do zdrowia, nie została do tej pory operacyjnie zdefiniowana, ponieważ nie ma na świecie żadnej organizacji zajmującej się prawodawstwem, która mogłaby opisać parametry tego prawa⁴. Brak analitycznego narzędzia, które mogłoby być wykorzystywane przez ekspertów do spraw zdrowia publicznego i praw człowieka do systematycznej oceny wpływu takiej polityki na prawa człowieka, utrudnia rozwój nauki i działań zarówno na polu praw człowieka, jak i w sektorze zdrowia publicznego.

Artykuł ten proponuje „narzędzie oceny wpływu na prawa człowieka” – instrument, którego zadaniem jest pomoc w ocenie skutków polityki ochrony zdrowia publicznego dla praw i godności człowieka. Narzędzie to obejmuje kilka podstawowych kroków, które mogą okazać się cenną pomocą w rozwijaniu skutecznych, respektujących prawa człowieka strategii. Ocenę wpływu na prawa człowieka powinni wykorzystywać pracownicy sektora zdrowia publicznego, organizacje na co dzień zajmujące się prawami człowieka oraz grupy, które w społecznościach lokalnych walczą o wprowadzenie standardów praw człowieka do myślenia o zdrowiu publicznym i związanej z nim polityki. W celu zilustrowania oceny wpływu na prawa człowieka, artykuł ten odwołuje się do aktualnych doświadczeń z chorobami przenoszonymi drogą płciową (STD)⁵, zakażeniami ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV)⁶ oraz gruźlicą⁷.

ⁱ STD (ang.) – choroby przenoszone drogą płciową (Sexually Transmitted Diseases) (przyp. tłum.)

Tło: uwagi na temat zbierania faktów

Ocena jest jedną z podstawowych funkcji zdrowia publicznego. Ostrożne zbieranie wszelkich ważnych informacji, płynących z rozmaitych dyscyplin (np. epidemiologii, wirusologii, medycyny, pielęgniarstwa, pomocy społecznej) jest warunkiem koniecznym dla skutecznego rozwoju polityki zdrowia publicznego. Ocena wymiaru praw człowieka w obrębie takiej polityki wymaga równie rygorystycznego i bezstronnego zbierania faktów.

Instytucje, których zadaniem jest uzasadnianie strategii zdrowia publicznego (takie jak Ministerstwa Zdrowia, Środowiska czy Sprawiedliwości), przedstawiają często na pierwszy rzut oka wiarygodne, oparte na „twardych dowodach”, argumenty. Jednak prezentowany przez rządy zbiór „faktów” może być niekompletny lub stronniczy. Zbieranie odpowiednich danych wymaga szeroko zakrojonych konsultacji z międzynarodowymi agendami, organizacjami pozarządowymi, stowarzyszeniami zdrowia publicznego, organizacjami ekspertów, grupami działającymi w społecznościach lokalnych oraz lokalnymi przywódcami, którzy mogą dostarczyć bezcennych informacji na temat sposobów, w jaki polityka zdrowotna wpływa na prawa człowieka⁸. Szczególnie ważne są rozmowy z osobami, które doświadczyły oddziaływania polityki na własnej skórze oraz z ich obrońcami. W celu otrzymania zrównoważonego i pełnego obrazu problemu należy dołożyć wszelkich starań, by w trakcie konsultacji zdobyć materiał reprezentujący wszystkie możliwe punkty widzenia.

Ocena wpływu na prawa człowieka

Ocena ta obejmuje serię pytań, sformułowanych w taki sposób, by równoważyć korzyści z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz zagrożenia, jakie dana polityka stwarza dla praw człowieka.

Krok I: Wyjaśnij cel zdrowia publicznego

Jasne zrozumienie tego celu jest kwestią zasadniczą. Rząd ma obowiązek wyraźnie formułować cel polityki zdrowia publicznego.

Na przykład twierdzenia, że celem jest walka z gruźlicą, AIDS lub jakąś inną powszechną chorobą, są zbyt niejasne i ogólnikowe. Precyzyjna konceptualizacja celu powinna doprowadzić do solidnych, prawidłowo zaprojektowanych strategii. Przykłady wąsko zdefiniowanych celów polityki zdrowia publicznego zawierają profilaktykę zakażeń HIV poprzez krew i produkty krwiopochodne (dokonywane poprzez badanie dawców krwi, badania przesiewowe w kierunku HIV, poddawanie obróbce cieplnej koncentratów czynników krzepnięcia dla ludzi z hemofilią itp.), lub profilaktykę zakażeń gruźlicą (poprzez zapewnianie poddania się leczeniu poprzez bezpośrednio monitorowaną terapię – przyjmowanie leków przeciwgruźliczych pod nadzorem pracowników służby zdrowia).

Jasno wyrażone cele pomagają zidentyfikować prawdziwe zamierzenia planowanych interwencji, ułatwiają debatę społeczną na temat uzasadnionych celów polityki zdrowotnej, a także ujawniają uprzedzenia, postawy stereotypowe, czy irracjonalne lęki.

Krok II: Oceń prawdopodobną skuteczność polityki

Fakt, że cele polityki zdrowotnej są na pierwszy rzut oka uzasadnione (czy nawet nie do odrzucenia), nie usprawiedliwia jeszcze jej wprowadzenia. Na funkcjonariuszach publicznych spoczywa ciężar udowodnienia, że wykorzystywane metody są rozsądne i dają prawdopodobieństwo osiągnięcia założonego celu. Krok II wymaga uczciwego i bardzo rygorystycznego zbadania potencjalnej skuteczności proponowanej polityki. W tym celu konieczne jest ostrożne i bezstronne zbadanie faktów i opinii ekspertów oraz konsultacje z grupami dotkniętymi problemem.

Można polemizować, czy niektóre decyzje dotyczące zdrowia publicznego muszą być podejmowane w pośpiechu, co wyklucza pełne namaszczenia uzasadnianie i ocenianie naukowych dowodów skuteczności. Jednak nawet nagła konieczność nie zwalnia nikogo od opierania sądów na wszelkich dostępnych danych. Nagłe wypadki zagrożenia zdrowia publicznego, tak jak wszelkie inne nagłe sytuacje, wymagają szybkiej, lecz rygorystycznej oceny wszystkich dostępnych danych⁹.

Dalszy tok myślenia o potencjalnej skuteczności proponowanej polityki zdrowia publicznego może pomóc ukierunkować kilka pytań. Poniżej przedstawione są przykłady, wybrane z programów badań przesiewowych w kierunku STD, HIV i gruźlicy.

(A) *Czy proponowany program badań przesiewowych jest właściwy i dokładny?*

Żaden test przesiewowy nie jest w 100 procentach czuły (czyli nie u wszystkich ludzi z danym schorzeniem wykaże pozytywny wynik) ani w 100 procentach swoisty (czyli nie u wszystkich ludzi bez schorzenia wykaże wynik negatywny). Oprócz cech właściwych dla metod testowania, występuje kilka źródeł potencjalnych problemów: błąd człowieka (np. nieprawidłowe wykonanie lub przechowywanie odczynników laboratoryjnych); cechy biologiczne schorzenia (np. w zakażeniu HIV występuje kilkutygodniowe „okienko” między zakażeniem a pojawieniem się wykrywalnych przeciwciał) i cechy epidemiologiczne, takie jak częstotliwość zakażenia w grupie osób, która ma zostać przebadana. Wziąwszy pod uwagę niedoskonałą czułość samego testu, im mniejsza intensywność występowania danego schorzenia w grupie, tym mniejsze prawdopodobieństwo, by pozytywny wynik testu dokładnie wskazał, że testowana osoba cierpi na daną przypadłość. W związku z tym badanie przesiewowe populacji o niskim rozpowszechnieniu danego schorzenia rodzi znaczne niebezpieczeństwo występowania testów „fałszywie dodatnich”. Nie można więc oddzielać technicznych możliwości testu od specyficznego kontekstu, w którym jest on wykorzystywany.

(B) *Czy skuteczność planowanej interwencji jest prawdopodobna?*

Fakt, że rząd ustanawia agresywny program badań przesiewowych, informowania partnerów czy izolowania osób dotkniętych problemem, niekoniecznie oznacza, że naprawdę „coś robi”, by przeciwdziałać problemowi. Kwestia, czy obrana strategia może w konsekwencji doprowadzić do przedsięwzięcia rzeczywiście skutecznych działań pozostaje bowiem nadal otwarta.

W przypadku programów badań przesiewowych ważne jest ustalenie minimalnej wartości każdego wyniku testu. Chodzi o to, czy, wzięwszy pod uwagę wszystko, co dotychczas wiadomo na temat danego pacjenta czy grupy osób, wynik testu dostarcza nowych, użytecznych informacji. Co więcej, czy obrana strategia jest na te informacje skuteczną odpowiedzią?

Na przykład, jeśli rząd prowadzi na oddziałach intensywnej terapii, w więzieniach czy domach publicznych szeroko zakrojony program badań przesiewowych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (STD), którego celem jest zapobieganie transmisji zakażeń, należy taką strategię najpierw dokładnie przeanalizować, by ustalić, czy rzeczywiście może ona doprowadzić do osiągnięcia założonego celu. Jeśli program nie uwzględnia dodatkowo usług profilaktycznych (takich jak edukacja i poradnictwo) lub jeśli następstwem badań przesiewowych nie jest leczenie osób, u których wykryto STD, należy stwierdzić, że – chociaż rezultatem programu jest zdiagnozowanie przypadków zakażeń – poniósł on jednak klęskę w zakresie skuteczności interwencji. Badania przesiewowe wydają się więc strategią konstruktywną tylko i wyłącznie wtedy, gdy zdobyte tą drogą informacje zostają w zauważalny sposób wykorzystane dla dobra publicznego.

Czasem błędnie twierdzi się, że zbieranie informacji na temat stanu zdrowia populacji jest korzystne w każdym wypadku. Mimo faktu, że badania przesiewowe dostarczają wielu użytecznych danych, ich zasadność lub możliwość uogólniania wobec określonej grupy może być przecież tendencyjna lub bezpodstawna. Bardziej wiarygodne podstawy dla zrozumienia sposobu rozpowszechniania się choroby w populacji można natomiast zyskać przy pomocy metod badań epidemiologicznych.

(C) Czy istnieje lepsze podejście do problemu?

Proponowaną politykę należy porównać z pozostałymi możliwościami. Bez wątpienia zbadanie szeregu bardziej humanitarnych strategii zawsze jest dobrym rozwiązaniem. Za przykład weźmy osoby oferujące usługi seksualne i osoby, które mają wielu partnerów seksualnych. Działania przymusowe lub mające charakter kary prowadzą

na ogół do alienacji społeczności docelowych, często nawet odstrasza ją je od korzystania z usług medycznych i poradnictwa, a więc czynników które mogą pomóc im zmienić ryzykowne zachowania. Zamiast stosować środki karne, władze zdrowotne mogłyby natomiast próbować nauczyć kobiety żyjące w nędzy czy w krzywdzących związkach np. domagania się od swoich partnerów używania prezerwatyw, jednocześnie promując styl życia, w którym ich godność jako jednostek jest szanowana i nie wykorzystywana – poprzez prowadzenie działań mających na celu zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych, zdrowotnych, pracy oraz różnorodnych potrzeb społecznych¹⁰.

Rozwój polityki zdrowia publicznego daje możliwość wpływania na poprawę jakości zdrowia całych społeczności. Pochopnie podjęta decyzja o realizacji pełnych programów badań przesiewowych, śledzenia kontaktów czy stosowania środków przymusu, powoduje coś więcej, niż „tylko” szkody finansowe i humanitarne: to również bezpowrotna utrata szansy. Rzecz w tym, że poświęcanie środków na realizację jednej polityki czy rodzaju usług, kosztuje rząd utratę okazji do wprowadzenia innej, potencjalnie bardziej skutecznej, polityki lub usługi. Społeczność międzynarodowa nie może sobie pozwolić na rezygnowanie ze skutecznych metod, które zapobiegają rozprzestrzenianiu się chorób i propagują dostęp do opieki medycznej.

Reasumując, poważne rozważenie tych trzech pytań może okazać się korzystne zarówno dla zdrowia publicznego, jak i dla praw człowieka. Czy forma interwencji jest odpowiednio i precyzyjnie dobrana? Czy istnieje prawdopodobieństwo, że doprowadzi do skutecznego działania? Czy dana polityka jest równie skuteczna, jak inne możliwe do przeprowadzenia opcje?

KROK III: Ustal, czy polityka zdrowia publicznego jest odpowiednio ukierunkowana

Grupami docelowymi dobrze zaplanowanej polityki zdrowotnej są populacje, które jej potrzebują. Idealnie byłoby, gdyby „szyto je na miarę” tych, którzy mają z nich skorzystać. Tymczasem każda polityka tworzy klasę osób, względem których ma zastosowanie i osób, które pomija. Na przykład grupą docelową w przypadku badań

przesiewowych mogą być bezdomni, osoby zażywające narkotyki, obcokrajowcy, osoby świadczące usługi seksualne czy więźniowie. Polityka izolowania wszystkich chorych na gruźlicę, którzy nie zakończyli jeszcze pełnego leczenia, może przede wszystkim dotyczyć pozbawionych odpowiedniego dostępu do opieki medycznej osób ubogich. Każda, nawet najbardziej na pierwszy rzut oka neutralna polityka, może w rzeczywistości nieproporcjonalnie wpływać na niektóre grupy społeczne. Sprawą kluczową jest uświadomienie sobie faktu, że każda polityka tworzy klasyfikacje, które mogą dyskryminować grupy szczególnie marginalizowane. Świadomość ta uwrażliwia osoby zajmujące się zdrowiem publicznym na kwestie związane z prawami człowieka i zapewnia, że wszelkie hierarchizacje będą ściśle związane tylko i wyłącznie z potrzebami zdrowia publicznego. Polityka, w której grupy docelowe wyodrębniane są na podstawie rasy, płci, wyznania, pochodzenia etnicznego, orientacji seksualnej, statusu materialnego, niepełnosprawności czy bezdomności, jest często wynikiem krzywdzących stereotypów.

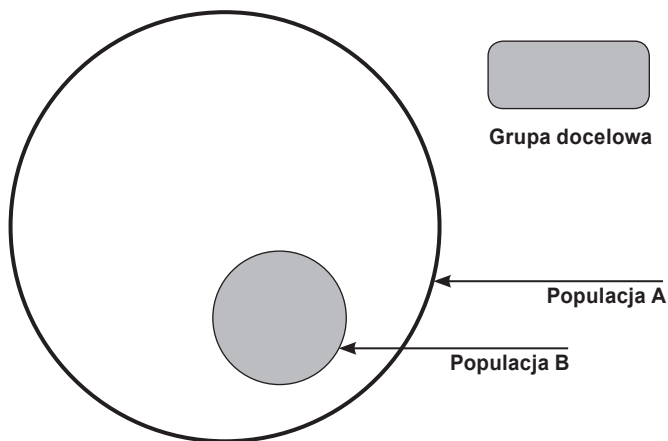
Rozsądna polityka zdrowia publicznego musi unikać oddziaływania zarówno na zbyt małą, jak i zbyt dużą liczbę osób lub grup osóbⁱ. Obejmuje zbyt małą liczbę osób² wtedy, gdy dociera wprawdzie do niektórych, ale nie wszystkich, do których powinna dotrzeć. Niekoniecznie stanowi to problem sam w sobie: rząd jest w stanie celowo wykorzystywać ograniczone środki finansowe, by zająć się jedynie częścią zagadnienia z zakresu zdrowia publicznego. Może na przykład adresować profilaktykę chorób i leczenie (jak choćby edukację seksualną, dystrybucję prezerwatyw, terapię) tylko i wyłącznie do dzieci ulicy, z pominięciem ich uczących się rówieśników czy dorosłych. Obejmowanie określoną polityką zdrowotną zbyt małej liczby osób niekoniecznie oznacza dyskryminację: może po prostu wskazywać na problemy zdrowia publicznego i priorytety danego kraju.

ⁱ Autorzy stosują terminy *over-inclusion* dla określenia polityki obejmującej zbyt dużą liczbę osób oraz *under-inclusion* dla określenia polityki obejmującej zbyt małą liczbę osób. Ze względu na brak polskiego odpowiednika tych terminów, w dalszej części artykułu stosowany będzie ich ekwiwalent opisowy (przyp. tłum.)

Taką formę dopuszczalnego oddziaływania polityki na zbyt małą liczbę osób pokazuje Diagram 1. Populacja A to wszystkie nastolatki narażone na STD i niechciane ciążę, które mogłyby uczestniczyć w zajęciach edukacji seksualnej i poradnictwie. Populacja B to wszystkie nastolatki w środowiskach instytucjonalnych, takich jak więzienia, domy poprawcze i szpitale psychiatryczne. Proponowana polityka zdrowia publicznego zapewniałaby kompleksową edukację seksualną i dystrybucję prezerwatyw tylko grupie B. Oparta jest ona na założeniu, że rodzice pozostałych nastolatków zapewnią im odpowiednią wiedzę, zaś kiedy pojawią się na to środki, program edukacji zdrowotnej zostanie rozszerzony. Choć nie jest to podejście idealne, niekoniecznie stanowi przykład krzywdzącego pomijania w interwencji wszystkich potrzebujących¹².

Diagram 1: Dopuszczalne objęcie polityką zbyt małej liczby osób (Under-Inclusion)

Proponowana polityka: zapewnienie kompleksowej edukacji seksualnej i dystrybucji prezerwatyw tylko dla Populacji B



Populacja A: wszystkie nastolatki narażone na STD i niechciane ciążę, którzy mogłyby korzystać z edukacji seksualnej i poradnictwa

Populacja B: wszystkie nastolatki w środowiskach instytucjonalnych, takich jak więzienia, domy poprawcze i szpitale psychiatryczne

Niektóre rodzaje polityki nie obejmujące wszystkich potrzebujących tego osób mogą stanowić zamaskowane przejawy dyskryminacji. Przykładem może być sytuacja, kiedy rząd wykorzystuje swą władzę, kierując działania na grupy bezbronne, pozbawione wpływu politycznego, a nie na inne, potencjalnie przejawiające podobne zachowania, populacje. Rząd nie ma obowiązku tworzyć polityki, która obejmować będzie całą część społeczeństwa narażoną na zachorowanie. Zamiast tego może jednak zdecydować, że będzie zajmować się po kolei poszczególnymi grupami społecznymi. Jednak jeśli populacja, na której stosowane będą formy przymusu czy karania, wybrana została z powodów niebezpośrednio związanych ze zdrowiem publicznym, niedopuszczalne jest nie-objęcie wszystkich zainteresowanych interwencją.

Diagram 2 ilustruje tak pojmowane nieuwzględnienie w polityce wszystkich zainteresowanych. Populacja A to wszystkie osoby, u których rozpoznano czynną gruźlicę. Osoby włączone w grupę A (ale nie w B), to przede wszystkim jednostki o średnim lub wysokim dochodzie wywodzące się z dominującej w tym społeczeństwie grupy etnicznej. Populacja B zawiera wszystkie osoby bezdomne, u których rozpoznano czynną gruźlicę, i składa się wyłącznie z osób z najniższej klasy socjoekonomicznej, zaś ponad 90 % spośród nich to członkowie mniejszości etnicznych. Polityka izolacji w czasie aktywnej fazy choroby i bezpośrednio obserwowana terapia podczas całego przebiegu leczenia, jest krzywdząca, jeśli stosuje się ją tylko wobec populacji B, ponieważ wynika z opartych na uprzedzeniach, nieuzasadnionych założeniach co do członków obu grup. Urzędnicy zajmujący się zdrowiem publicznym zakładają bowiem, że osoby z populacji A będą w czasie fazy czynnej z własnej woli izolować się we własnych domach i można im ufać, jeżeli chodzi o realizowanie pełnego leczenia. Z kolei osoby z grupy B, w przekonaniu urzędników, nie poddadzą się izolacji z własnej woli, nie będą przestrzegać leczenia i świadomie będą narażać innych na zarażenie poprzez przebywanie w zatłoczonych miejscach. Założenia te oparte są po części na uogólnieniach co do określonych populacji, na podstawie ich statusu socjoekonomicznego i rasy.

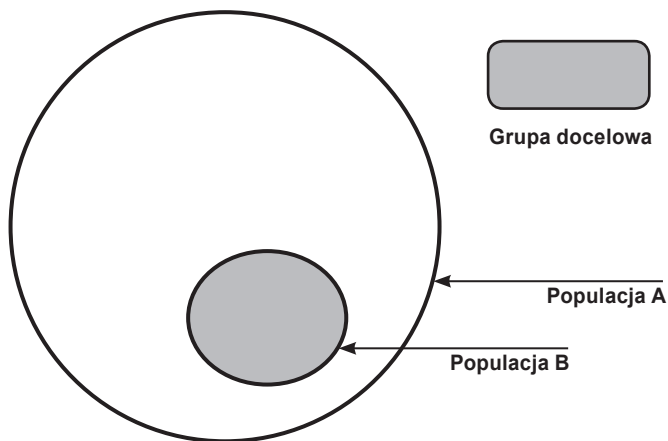
Nawet jeśli polityka rządu zakłada w większej mierze działania korzystne dla populacji docelowej niż przymus, nie zmienia to faktu, że

może w niedopuszczalny sposób nie uwzględniać wszystkich zainteresowanych członków społeczeństwa. Na przykład zapewnianie leczenia lub prowadzenie badań klinicznych na mężczyznach, a nie na kobietach, odzwierciedlać może raczej zaniedbywanie kobiet przez społeczeństwo, niż uzasadnione priorytety zdrowia publicznego.

Włączanie w zasięg oddziaływania polityki nadmiernej liczby osób występuje wtedy, gdy proponowana polityka obejmuje więcej osób niż jest niezbędne dla osiągnięcia zamierzonego celu. Tego rodzaju strategia może nie być wydajna, czego przykładem jest chociażby obejmowanie poradnictwem na temat HIV wszystkich osób zgłaszających się do przychodni lekarskich.

Diagram 2: Niedopuszczalne obejmowanie polityką zbyt małej liczby osób

Proponowana polityka: Izolowanie w czasie aktywnej fazy gruźlicy i bezpośrednio obserwowanej terapii w czasie całego przebiegu leczenia wszystkich członków Populacji B



Populacja A: wszystkie osoby, u których zdiagnozowano aktywną gruźlicę

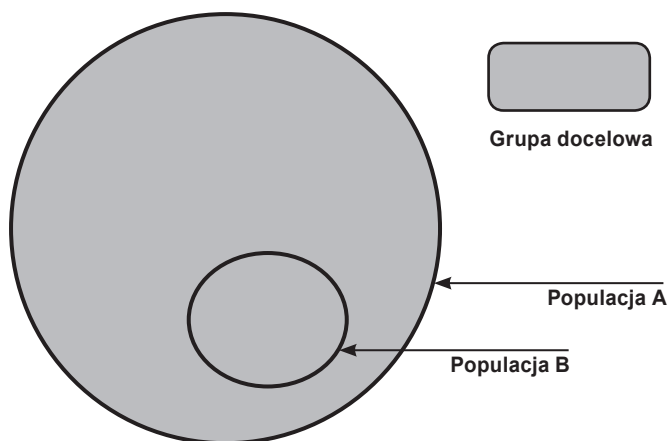
Populacja B: wszystkie osoby bez stałego miejsca zamieszkania, u których zdiagnozowano gruźlicę

Natomiast poddanie działaniom o charakterze przymusowym zbyt dużej liczby osób jest prawie zawsze niedopuszczalne. Polityka taka narzuca środki przymusu grupom, co do których z a k ł a d a s i ę, że stanowią zagrożenie rozprzestrzeniania się jakiejś choroby, mimo że faktycznie wiele jednostek w obrębie danej grupy nie stwarza żadnego zagrożenia dla społeczeństwa. Środki przymusu stosowane wobec wszystkich homoseksualistów, osób świadczących usługi seksualne, zażywających dożylnie narkotyki, czy pochodzących z kraju o wysokim odsetku zakażeń wirusem HIV, wywodzą się z błędnego przekonania, że wszyscy członkowie danej grupy uprawiają ryzykowny seks czy korzystają ze wspólnych igieł.

Diagram 3, przedstawiający kwarantannę stosowaną wobec osób zakażonych HIV na Kubie, dobrze ilustruje sytuację, o której mowa.

Diagram 3: Polityka obejmująca zbyt dużą liczbę osób (Over-Inclusion)

Proponowana polityka: Kwarantanna wszystkich osób zakażonych wirusem HIV w kraju



Populacja A: Wszystkie żyjące z HIV osoby w kraju

Populacja B: Wszystkie osoby żyjące z HIV, które angażują się w ryzykowne zachowania

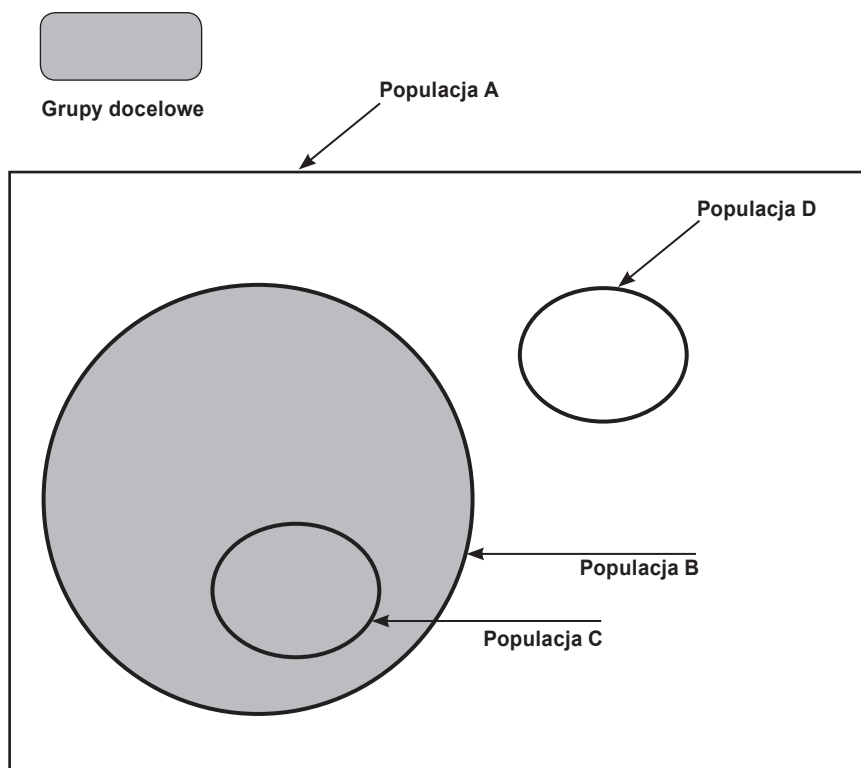
Populacja A zawiera wszystkie osoby zakażone wirusem HIV na Kubie. Populacja B to zakażone osoby, które angażują się w ryzykowne zachowania. Polityka kwarantanny dotyka wszystkich członków grupy A, pomimo faktu, że tylko niewielki jej odsetek może faktycznie doprowadzić do zakażenia kogoś innego. Choć taka polityka może być skuteczna jako strategia zdrowia publicznego, pozbawia ona prawa do wolności wiele osób, które nie są jakimkolwiek zagrożeniem dla społeczeństwa.

Polityka może obejmować zarówno zbyt małą, jak i zbyt dużą liczbę osób. Wpływać może na ludzi, którzy nie stwarzają zagrożenia dla społeczeństwa (*over-inclusiveness*), może również nie objąć osób, które potencjalnie mogłyby takie zagrożenie stwarzać (*under-inclusiveness*). Sankcje karne względem osób świadczących usługi seksualne, ale nie wobec ich agentów czy klientów, to przykład takiej właśnie polityki. Tego rodzaju strategia obejmuje podejrzanie zbyt małą liczbę osób, ponieważ wybiórczo karze podatną populację podczas, gdy w ryzykownym zachowaniu uczestniczą jeszcze co najmniej dwie grupy (wyklucza również wszystkich tych, którzy uprawiają seks nie informując partnerów o swoim zakażeniu). Jednocześnie obejmuje ona zbyt wiele osób, ponieważ niektóre z kobiet oferujących swe usługi nie są zakażone chorobami przenoszonymi drogą płciową, informują klientów o potencjalnym ryzyku i/lub praktykują bezpieczniejszy seks.

Diagram 4 to kolejna ilustracja polityki obejmującej jednocześnie zbyt mało i zbyt wiele osób. Populacja A to wszyscy obcokrajowcy wjeżdżający na teren danego kraju. Populacja B to wszyscy obcokrajowcy wjeżdżający na teren kraju z Regionu X. Populacja C to wszyscy obcokrajowcy wjeżdżający na teren kraju z Regionu X, którzy angażują się w ryzykowne zachowania. Populacja D to wszyscy obcokrajowcy wjeżdżający na teren kraju spoza Regionu X, którzy angażują się w ryzykowne zachowania. Proponowana polityka badań przesiewowych i nie wpuszczania osób z dodatnim wynikiem testu na HIV do kraju nastawiona jest tylko na grupę B (obcokrajowcy z Regionu X). Taka strategia obejmuje zbyt szeroki krąg osób, bowiem chociaż niektóre zakażone osoby z populacji B będą angażowały się w ryzykowne zachowania, wielu członków tej grupy nie jest zakażonych, zaś wielu spośród

tych, którzy ulegli zakażeniu, będzie zachowywać się odpowiedzialnie. Jednocześnie polityka ta nie wpływa w żaden sposób na obcokrajowców spoza Regionu X, choć przecież wielu z nich może być zakażonych wirusem HIV oraz angażować się w zachowania wysokiego ryzyka¹³.

Diagram 3: Polityka obejmująca zbyt małą i zbyt dużą liczbę osób (Under i Over-Inclusion)



Populacja A: Wszyscy obcokrajowcy wjeżdżający na teren kraju

Populacja B: Wszyscy obcokrajowcy z regionu X

Populacja C: Wszyscy obcokrajowcy z regionu X, którzy praktykują zachowania wysokiego ryzyka

Populacja D: Wszyscy obcokrajowcy spoza regionu X, którzy praktykują zachowania wysokiego ryzyka

Krok IV: Dokładnie zbadaj każdą politykę pod kątem możliwych naruszeń praw człowieka

Po rozważeniu tych kilku ważnych wymiarów tworzenia polityki zdrowia publicznego, należy wziąć pod uwagę wpływ proponowanych rozwiązań na prawa człowieka. Wymaga to skrupulatnego wyważenia potencjalnych korzyści dla zdrowia społeczeństwa i reperkusji dla praw człowieka. Nawet w najlepiej zaprojektowanej polityce, naruszenia praw człowieka mogą przeważać szalę. Identyfikacja wszelkich możliwych ich przejawów oraz ewaluacja tych, które wystąpią z największym prawdopodobieństwem, przyczyni się do podejmowania przez rząd właściwych działań.

Jako najważniejsze źródło wiedzy na temat podstawowych praw człowieka traktować można Międzynarodową Kartę Praw Człowieka¹⁴. W dokumencie tym zebrano i opisano prawa i obowiązki człowieka wobec społeczeństwa¹⁵, prawa, których nie wolno naruszać nawet w czasach poważnych kryzysów państwowych oraz szczegółowe kryteria ograniczania innych swobód.

Niektóre prawa człowieka są tak podstawowe dla jego godności i dobrostanu, że powszechnie traktowane są jako absolutne. Nie wolno ich naruszać nigdy, nawet w sytuacji stanu wyjątkowego i niezwykle silnej potrzeby ochrony zdrowia publicznego. Wśród takich nienaruszalnych praw znajduje się: zakaz dyskryminacji, prawo do życia, wolność od tortur, okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, zakaz niewolnictwa czy pracy przymusowej, zakaz pozbawienia wolności jedynie z powodu niemożności wywiązywania się ze zobowiązań umownych, zakaz działania prawa wstecz, prawo uznawania wszędzie osobowości prawnej jednostki, wolność myśli, sumienia i wyznania¹⁶. Z tej perspektywy staje się jasne, że korzyści dla zdrowia publicznego, które podważają niezbywalne prawa człowieka, nie będą nigdy przewyższać szkód spowodowanych ich naruszeniem. W skrócie: fakt, że polityka może spowodować poprawę zdrowia publicznego, nie usprawiedliwia wszystkich wykorzystywanych do osiągnięcia tego celu środków.

Są również prawa, których ograniczanie jest w niektórych sytuacjach dopuszczalne. Artykuł 29 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka

stwierdza, że ograniczenia takie muszą być „ustalone przez prawo wyłącznie w celu zapewnienia odpowiedniego uznania i poszanowania praw i wolności innych i w celu zadośćuczynienia słusznym wymogom moralności, porządku publicznego i powszechnego dobrobytu demokratycznego społeczeństwa”. Mówiąc ogólnie, ograniczanie praw człowieka musi być: nakazane przez prawo demokratycznego społeczeństwa (ograniczenia muszą być oparte na starannym rozważeniu obowiązującego prawa) oraz niezbędne do obrony ważnego celu społecznego (ustawodawstwo musi promować niepodważalny interes publiczny, taki jak bezpieczeństwo lub zdrowie). Ograniczania praw człowieka nie wolno traktować dowolnie. W wielu przypadkach przymusowa lub karna polityka nie pomaga, a szkodzi zdrowiu społeczeństwa.

Prawa obywatelskie i polityczne można naruszyć tylko w sytuacjach, gdy cel społeczny, który wymaga ochrony zawiera w sobie: prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, wolność od arbitralnego aresztowania, zatrzymania lub wygnania, wolność poruszania się, wolność od arbitralnej ingerencji w prywatność, życie rodzinne czy korespondencję, prawo do pokojowego zgromadzania się i stowarzyszania, wolność posiadania i wyrażania opinii, w tym prawo poszukiwania, otrzymywania i przekazywania informacji. Nieznaczne naruszenia praw człowieka mogą być usprawiedliwione, kiedy interes zdrowia publicznego jest nie do podważenia i nie istnieje żadna inna możliwość osiągnięcia tak pojmowanego celu. Na przykład konieczność uodpornienia populacji przy pomocy bezpiecznej i skutecznej szczepionki może wprowadzić naruszyć prawo do bezpieczeństwa obywateli, lecz znacząca redukcja zachorowalności i śmiertelności może być wystarczającym usprawiedliwieniem takiej interwencji.

Prawa gospodarcze, kulturalne i społeczne nie mają takiej samej rangi jak obywatelskie i polityczne¹⁷. Wśród wartości gwarantowanych przez Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (ICESR) znajduje się prawo do pracy (Artykuł 6), zabezpieczenia społecznego (Artykuł 9), odpowiedniego poziomu życia, łącznie z odpowiednim wyżywieniem, odzieżą i mieszkaniem (Artykuł 11), korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu leczenia fizycznego i psychicznego (Artykuł 12), nauki (Artykuł 13) oraz korzystania

z osiągnięć postępu naukowego i jego zastosowań (Artykuł 15). Praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych nie można natychmiastowo wyegzekwować, zaś powołany do ich ochrony Komitet ONZ nie ma uprawnień, by wymagać podporządkowania się im. Jednakże Artykuł 2 ICESR nakłada na państwa obowiązek podejmowania kroków w celu stopniowego osiągnięcia pełnej realizacji tych praw – indywidualnie lub w ramach pomocy i współpracy międzynarodowej, szczególnie w dziedzinie gospodarki i techniki, z maksymalnym wykorzystaniem dostępnych im środków.

Jak można zbadać naruszenia praw człowieka przez politykę zdrowia publicznego? Rozważając cztery czynniki: istotę konkretnego prawa człowieka, inwazyjność interwencji, częstotliwość i zasięg naruszenia oraz długość jego trwania.

Polityka, która wpływa na fundamentalne prawa i wolności, może je w sposób znaczący naruszać. Decyzja uwięzienia, izolowania lub ograniczania swobody jednostki w jakikolwiek inny sposób, odbija się wyraźnie na całokształcie jej życia. Na przykład: chociaż wymóg informowania partnera potencjalnie narusza prywatność, ten typ inwazji jest zazwyczaj mniej poważny niż pozbawienie wolności.

Drugi czynnik dotyczy stopnia naruszenia danego prawa. Ani wolność, ani prywatność nie są prawami absolutnymi. Wszystkie społeczeństwa tolerują pewne naruszenia praw jednostek, na przykład ograniczenie wolności jednostki w sytuacjach, w których wpływałaby ona negatywnie na fundamentalne prawa innych osób, czy ujawnienie prywatnych informacji wtedy, gdy ścisła poufność stwarzałaaby bezpośrednie zagrożenie dla drugiej osoby¹⁸. Jednak nie należy zapominać, że szkody wynikające z naruszenia któregośkolwiek z tych praw mogą przeważać potencjalne korzyści.

Przykładem poważnego naruszenia prawa do prywatności osób chorych jest nałożenie przez rząd obowiązku rejestrowania nazwisk jednostek cierpiących na określone schorzenia i zapewnienie dostępu do tych informacji całemu społeczeństwu. Podobnie zakazanie kobiecie zakażonej HIV posiadania dziecka ze względu na ryzyko okołoporodowej transmisji wirusa poważnie ogranicza jej prywatność w kontekście podejmowania decyzji o reprodukcji.

Trzecie pytanie nakazuje rozważenie, czy ograniczanie praw dotyczy niewielu osób, czy całej mniejszej, lub większej grupy. Decyzja odizolowania jednostki z czynną, zakaźną gruźlicą, jest całkowicie uzasadniona. Jednakże polityka, która zmusza do kwarantanny znaczną liczbę osób zakażonych prątkiem gruźlicy, poważnie narusza prawa człowieka. Na przykład władze Kuby próbowały ograniczyć transmisję HIV poprzez badania przesiewowe i izolację wszystkich powracających z zagranicy osób. Uzasadnieniem mógł tu być prawdopodobnie argument, że decyzja spowodowana była koniecznością osiągnięcia celu zdrowotnego nie do podważenia, jednak powaga i rozmiar ograniczeń praw człowieka były w tym wypadku zdecydowanie zbyt wygórowane¹⁹.

Po czwarte, należy rozważyć czas trwania ograniczeń praw człowieka. Izolowanie osoby zakażonej prątkiem gruźlicy w czasie czynnego stadium choroby jest konieczną, krótkoterminową interwencją. Jednak podobne działanie wobec osoby zakażonej HIV jest prawie zawsze niewłaściwe: musiałoby ono trwać w nieskończoność, jako że człowiek żyjący z tym wirusem pozostaje potencjalnie zakaźny przez całe swoje życie²⁰.

I w końcu, prawne i etyczne standardy sugerują, by w programach zdrowia publicznego posługiwać się zasadą swobodnie wyrażonej i świadomej zgody²¹. Doktryna ta dotyczy najwyraźniej badań biomedycznych, jednak może być z powodzeniem stosowana również w innych programach zdrowotnych, takich jak testowanie i leczenie. Dobrowolną i świadomą zgodę definiuje Zasada 1 Kodeksu Norymberskiego²², na podstawie której powstały również aktualnie obowiązujące wytyczne międzynarodowe²³:

Dobrowolna zgoda poddawanej badaniom jednostki jest absolutnie niezbędna. Oznacza to, że zaangażowana w badanie osoba powinna mieć prawną możliwość udzielenia zgody, powinna mieć możliwość wolnego wyboru bez udziału najmniejszego chociażby elementu siły, oszustwa, podstępu, czy jakiegokolwiek innej ukrytej formy ograniczenia lub przymusu; powinna mieć wystarczającą wiedzę i zrozumienie wszelkich aspektów danej sprawy, umożliwiających podjęcie rozumnej i oświeconej decyzji.

Jak wynika z powyższego, zgoda osoby poddawanej badaniom musi być ważna z punktu widzenia prawa, dobrowolna, świadoma i rozumna²⁴. Artykuł 7 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych zabrania jakichkolwiek eksperymentów medycznych czy naukowych bez świadomej zgody jednostki.

Podstawą do rozszerzenia zasady świadomej zgody na leczenie i inne działania zdrowia publicznego jest Artykuł 9 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, który gwarantuje jednostkom prawo do bezpieczeństwa. Można je interpretować w ten sposób, że każdy człowiek ma prawo do samodzielnego podejmowania decyzji odnośnie sposobu, w jaki będzie leczony.

U podstaw doktryny świadomej zgody leży poszanowanie osobistej autonomii człowieka. Zasada autonomii oznacza, że każda istota ludzka ma prawo do podejmowania decyzji o własnym zdrowiu i dobrostanie²⁵.

Koncepcja świadomej zgody jest szczególnie ważna dla utrzymywania rozsądnej praktyki zdrowia publicznego. Należy traktować ją bardziej jako proces komunikacji i interakcji lekarza z pacjentem, niż surowy wymóg prawny. Proces udzielania zgody to doskonała okazja do prowadzenia poradnictwa i działań edukacyjnych, chroniąca jednocześnie zarówno integralność lekarzy, jak i godność pacjentów.

Eksperti i organizacje pozarządowe zajmujące się prawami człowieka mogą świadczyć becenną pomoc wobec osób próbujących oceniać wpływ polityki zdrowia publicznego na prawa człowieka, a także wymusić międzynarodową ochronę prawną. Pomocne w prowadzeniu konstruktywnych dyskusji mogą być sieci ekspertów zajmujących się prawami człowieka i zdrowiem publicznym. Konsekwencją może stać się wzrost poszanowania dla praw człowieka podczas tworzenia, wprowadzania w życie a także egzekwowania polityki zdrowia publicznego.

KROK V: Określ, czy proponowana polityka jest najmniej restrykcyjną alternatywą na drodze do celu z zakresu zdrowia publicznego

Ocena wpływu polityki zdrowotnej na prawa człowieka sugeruje równowagę między ich naruszeniami a korzyściami dla zdrowia publicznego. Ogólnie rzecz biorąc, bardzo rzadko – jeśli w ogóle –

nakazuje się szeroko zakrojone lub inwazyjne naruszenie tych praw. Może się tak stać jedynie w ekstremalnych przypadkach, tylko i wyłącznie na podstawie polityki, która wykorzystuje skuteczne środki do osiągnięcia niepodważalnych celów zdrowia publicznego. Znacznie mniejszą wagę na tej szali będzie mieć natomiast wątpliwie użyteczna polityka rządu.

Ważnym krokiem w ocenie wpływu polityki zdrowia publicznego na prawa człowieka jest zbadanie wszelkich możliwych rozwiązań, które mniej niekorzystnie odbijają się na prawach człowieka, jednocześnie chroniąc zdrowie społeczeństwa. Ideą poszukiwania mniej restrykcyjnych możliwości jest znalezienie jak najmniej inwazyjnej polityki, która służyłaby osiągnięciu założonego celu w tym samym, lub nawet wyższym stopniu. Zadaniem organizacji i osób zaangażowanych w ochronę praw człowieka jest wywieranie presji na rząd, z uwzględnieniem poszukiwania rozwiązań korzystnych z punktu widzenia zdrowia publicznego, jednocześnie nie obciążających nadmiernie praw ani godności obywateli.

Często zdarza się, że urzędnicy zajmujący się zdrowiem publicznym opacznie rozumieją zasadę szukania najmniej restrykcyjnej alternatywy. Nie wymaga ona od rządu przyjmowania nieefektywnej polityki ani rezygnowania ze skutecznych rozwiązań. Proponuje raczej selektywne wprowadzanie programów, które są „wrażliwe” na prawa człowieka i jednocześnie tak samo lub bardziej skuteczne w osiąganiu cennego celu zdrowia publicznego. Rzadko zdarza się, by mniej inwazyjne działania były także mniej skuteczne, jednak nawet wtedy zasada najmniej restrykcyjnej alternatywy wcale nie wymaga ich przyjęcia.

Aby określić najmniej surową alternatywę, należy najpierw przeanalizować wszelkie metody nie oparte na przymusie. Jeśli okażą się one niewystarczające, w przypadkach naprawdę uzasadnionej konieczności, dozwolone jest stopniowe badanie bardziej inwazyjnych metod. Na przykład, jeśli zapewnianie usług lub programów (np. poradnictwo, edukacja i leczenie) rzeczywiście w niedostateczny sposób chroni zdrowie publiczne, można nakazać stosowanie bardziej restrykcyjnej polityki.

Czasem opinia publiczna wywiera presję na rząd oczekując, że na pałacy problem zdrowotny zareaguje restrykcyjnymi lub karnymi metodami. Przykładem jest obarczanie winą za istniejące zagrożenie zdrowotne: obcokrajowców, osób zażywających narkotyki, homoseksualistów, osób świadczących usługi seksualne lub inne grupy, którym z reguły odmawia się przysługujących reszcie społeczeństwa praw obywatelskich. Jednak właśnie dzięki wnikliwemu obserwowaniu całej gamy mniej restrykcyjnych rozwiązań można odkryć taki wariant strategii działania, który nie tylko chroni prawa jednostki, lecz również jest bardziej wartościowy dla populacji jako całości.

Od czasu do czasu intensywnie narastają konflikty między sferami zdrowia publicznego i praw człowieka. Słychać wtedy głosy polityków i osób publicznych, że czas najwyższy zacząć ostro przeciwdziałać roznościom danej choroby. Mimo to zdrowie publiczne i prawa człowieka pozostają na ogół ze sobą w harmonii: promowanie praw człowieka jest samo w sobie najlepszym sposobem ochrony zdrowia, zaś najlepsze strategie ochrony zdrowia szanują wrodzoną godność jednostki. Polityka oparta na nadmiernym przymusie może odstraszyć zainteresowane osoby od poddawania się testom, poradnictwu czy leczeniu. Rezultatem jest utrata kontaktu lekarzy z osobami, które mogą potencjalnie roznosić chorobę, czego konsekwencją są jeszcze większe szkody dla społeczeństwa. Ponadto cele zdrowia publicznego i praw człowieka są zazwyczaj wspólne: ochrona praw człowieka wywołuje poczucie dążenia do współpracy i dzielenia wspólnej wizji w celu położenia akcentu na bezpieczne zachowania. A zatem promuje zdrowie publiczne.

By lepiej zbadać koncepcję najmniej restrykcyjnej alternatywy, rozważmy przykład miasta poszukującego rozwiązania problemu szerszenia się opornej na wiele leków gruźlicy. Opinia publiczna może nawoływać do obywatelskiego zaangażowania lub nakazanej przez sąd bezpośrednio obserwowanej terapii dla wszystkich osób z czynną gruźlicą. Jednak motywowanie i oferowanie chorym takich zachęt jak bilety przejazdowe, jedzenie, schronienie i opieka dla dzieci może pomóc im zakończyć pełen cykl leczenia skuteczniej, aniżeli przymus czy denuncjacja²⁶.

KROK VI: Jeśli przymusowe środki polityki zdrowotnej są naprawdę najskuteczniejszą i najmniej restrykcyjną alternatywą, oprzyj ją na standardzie „znaczącego ryzyka”

Po przeanalizowaniu całej gamy możliwych do zastosowania strategii, przedstawiciele władz zdrowotnych mogą dojść do wniosku, że podejście oparte na przymusie jest naprawdę najskuteczniejszą, najmniej restrykcyjną alternatywą. W takim przypadku to, czy dana osoba rzeczywiście stwarza z n a c z ą c e zagrożenie dla społeczeństwa, powinno być w każdym przypadku indywidualnie określone²⁷. Standard „znaczącego ryzyka” pozwala przymusowym środkom uniknąć potencjalnych szkód dla zdrowia i bezpieczeństwa jednostek. Jego określenie wymaga szczegółowego dochodzenia w kwestii stanu zdrowia publicznego. Chodzi tu o zastąpienie decyzji bazujących na irracjonalnym strachu, spekulacjach, stereotypach czy szkodliwej „mitologii” rozsądnymi i potwierdzonymi naukowo sądami.

Podstawą do określenia znaczącego ryzyka musi być analiza konkretnych przypadków za pomocą indywidualnych, nastawionych na fakty dochodzeń. Całościowe reguły czy generalizowanie na temat określonych grup osób nie są tu wystarczające.

W przypadku chorób zakaźnych, takich jak HIV i AIDS czy gruźlica, standard znaczącego ryzyka oparty jest na czterech czynnikach takich jak: natura ryzyka (np. sposób transmisji); prawdopodobieństwo ryzyka (np. na ile prawdopodobna jest transmisja zakażenia); surowość szkody (np. szkody dla osoby, na którą ewentualnie zakażenie zostało przeniesione) oraz czas trwania ryzyka (np. okres, w jakim dana osoba jest zakaźna).

Jeżeli chodzi o naturę ryzyka, działania podejmowane na rzecz zdrowia publicznego muszą wynikać z precyzyjnych, epidemiologicznie określonych sposobów transmisji zakażenia. Dla przykładu: dowody epidemiologiczne wskazują, że głównymi drogami zakażenia HIV są kontakty seksualne i dzielenie się zakażonym sprzętem do iniekcji, w związku z czym wykluczanie ze szkół dzieci zakażonych HIV, oparte na strachu przed gryzieniem, pluciem czy brutalną grą sportową, nie sprostą kryteriom znaczącego ryzyka. Również prawdopodobieństwo, że osoby żyjące z HIV, które zajmują się przygotowywaniem posiłków,

będą w to jedzenie krwawić, bądź że pilota samolotu właśnie w trakcie lotu dotknie początek właściwej dla AIDS demencji, jest tak niskie, że nie usprawiedliwia pozbawiania całej masy ludzi ich praw i możliwości zdobywania środków do życia.

Zagrożenie dla społeczeństwa musi być p r a w d o p o d o b n e, nie zaś zaledwie spekulatywne lub oddalone w czasie. Teoretycznie, na przykład, ktoś mógłby zakazać kogoś innego wirusem HIV, gryząc goⁱ. Jednak prawdziwe ryzyko jest w takiej sytuacji wyjątkowo niskie (bliskie zeru). Nakładanie na taką osobę sankcji karnych nie ma żadnego uzasadnienia z punktu widzenia zdrowia publicznego. S z k o d a, która jest wynikiem transmisji zakażenia, musi być znacząca. Jednakże nawet potencjalnie bardzo znaczne szkody (np. zakażenie HIV) nie usprawiedliwiają przymusu, jeśli prawdopodobieństwo transmisji jest wyjątkowo niskie. „Znaczące ryzyko” oznacza, że nawet pomimo faktu, że choroba może być poważna lub śmiertelna, nie ma uzasadnienia dla restrykcji stosowanych wobec jednostek, chyba że istnieje rozsądne, rzeczywiste prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia. Na przykład niektórzy rodzice dzieci w wieku szkolnym mają trudności ze zrozumieniem, dlaczego władze są w stanie relegować ze szkoły dzieci zawzione, a nie mogą ich rówieśników zakażonych HIV. Standard „znaczącego ryzyka” dotyczy pierwszego z tych przypadków, ponieważ jest wysokie prawdopodobieństwo, że inne dzieci też będą miały wszy, natomiast ryzyko, że zakażą się wirusem HIV, jest bardzo niewielkie. I w końcu jeżeli chodzi o czas trwania ryzyka: osoba musi być a k t u a l n i e z a k a ż n a. Standard znaczącego ryzyka zezwala na stosowanie przymusu tylko w trakcie tego okresu, w którym dana osoba faktycznie stwarza zagrożenie dla społeczeństwa. Kiedy tylko zagrożenie ustąpi, ustępuje również uzasadnienie stosowania przymusu.

ⁱ Ryzyko zakażenia w takiej sytuacji jest większe dla osoby gryzącej, gdyż to ona ma kontakt z krwią gryzionej przez siebie osoby (przyp. tłum.)

KROK VII: Jeśli stosowanie przymusu jest naprawdę konieczne do uniknięcia znaczącego ryzyka, zagwarantuj sprawiedliwe procedury wobec dotkniętych problemem osób

Fakt, że intencją władz nie są działania o charakterze karnym, nie zmienia tego, że może ona ograniczać wolność osobistą jednostek. Międzynarodowe standardy praw człowieka wymagają, by rządy zapewniały każdemu sprawiedliwą, publiczną rozprawę zanim pozbawią go wolności, prawa do przemieszczania się czy innych fundamentalnych praw.

Przykłady tego procesu są dobrze opisane w kontekście zdrowia psychicznego. Zasady ONZ dotyczące ochrony osób z chorobami psychicznymi oraz na rzecz poprawy ochrony zdrowia psychicznego, wymagają podejmowania odpowiednich zabezpieczeń proceduralnych („właściwego procesu”) przed zamknięciem obywatela w zakładzie psychiatrycznym²⁸. Podobnie, jak w przypadku zdrowia psychicznego, polityka zdrowia publicznego, która pozbawia ludzi wolności w celu ochrony społeczeństwa, musi gwarantować istnienie sprawiedliwych procedur.

Naturalna zasada sprawiedliwości, według interpretacji Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, wymaga zapewnienia przesłuchania przez osobę bezstronną, nie związaną ani z oddziałem wykonawczym, ani z żadną ze stron zaangażowanych w sprawę²⁹. Dlatego wszelkie spory rozsądzać musi niezawisły sąd lub trybunał. Osoba, której wolność jest zagrożona, ma prawo do wcześniejszego powiadomienia o rozprawie, reprezentacji prawnej i możliwości przedstawienia dowodów.

Zabezpieczenia proceduralne nie są jedynie kwestią formalną. Ich celem jest zapewnienie jak największej rzetelności procesu zbierania faktów oraz sprawiedliwości wobec jednostek, które stoją przed groźbą utraty wolności. Przesłuchania dają władzom zdrowotnym możliwość zrewidowania ogólnego podejścia do spraw zdrowia i jego wpływu na prawa człowieka poszczególnych jednostek.

Rząd, który pozbawia osobę wolności lub innych przysługujących jej praw, musi zapewnić jej sprawiedliwe i publiczne przesłuchanie. Celem tak jasno określonych wymagań o charakterze proceduralnym

jest dopilnowanie, by przymusowe działania prowadzone były rzeczywiście tylko w sytuacjach najwyższej konieczności, by chronić społeczeństwo i zadbać o sprawiedliwość wobec jednostki.

Wnioski

Programy zdrowia publicznego, które chronią prawa człowieka, zachęcają jednostki oraz społeczeństwo do zaufania urzędnikom zdrowia publicznego i współpracy z nimi. Promocja praw człowieka, zwłaszcza wśród grup, którym do tej pory tych praw odmawiano, zwiększa ich zdolność ochrony własnego zdrowia. W końcu prawo do bycia zdrowym jest najbardziej podstawowym prawem człowieka, nierozzerwalnie związanym i zależnym od wielu innych praw każdej istoty ludzkiej. Opisana w tym artykule ocena wpływu na prawa człowieka to narzędzie, dzięki któremu możliwe jest osiąganie najlepszych możliwych wyników w aspekcie zdrowia publicznego, chroniąc jednocześnie prawa jednostki i całego społeczeństwa.

Ocena Wpływu na Prawa Człowieka to wynik pracy grupy przyjaciół i kolegów pracujących w Harwardzkiej Szkole Zdrowia Publicznego. Oprócz autorów znajdują się wśród nich: dr Katarina Tomasevski, Zita Lazzarini i Sofia Gruskin. Celem Oceny Wpływu na Prawa Człowieka jest zapewnienie praktykom zdrowia publicznego, osobom walczącym o prawa człowieka, pracownikom społecznym i wszystkim innym zainteresowanym polityką zdrowotną osobom systematycznego podejścia do badania wymiarów praw człowieka w kontekście polityki zdrowia publicznego, praktyki, decyzji o alokacji środków oraz programów. Autorzy doceniają pomoc eksperta, Jean C. Allison, w konceptualizacji tego artykułu przy pomocy wykorzystanych w nim diagramów.

Przypisy

¹ Polityka zdrowia publicznego tworzona jest często przy braku wyraźnych zasad prawa krajowego. Zob. Institute of Medicine, *The Future of Public Health*, National Academy Press, Waszyngton, 1988; Gostin L, *The Future of Public Health Law*, American J. of Law & Med., 1987, 12:461-490

² Duża część wpływowej literatury wykorzystuje dyscypliny takie jak filozofia prawa i etyka biomedyczna do ewaluacji polityki zdrowotnej. Jedną z ważnych

analiz prawoznawczych jest klasyczna już książka Ronalda Dworkina *Taking Rights Seriously* (Harvard University Press, Cambridge, 1977) oraz bardziej współczesna analiza śmierci i umierania w książce *The Law's Empire* (Oxford University Press, 1993). Zob. również John Rawls, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1971. Niektórzy autorzy traktują etykę biomedyczną i prawa człowieka jako jedną dziedzinę. Zob. Eugene B. Brody, *Biomedical Technology and Human Rights*, UNESCO, Paryż, 1993. Jednak badanie polityki zdrowotnej z perspektywy prawoznawczej czy etycznej, choć niezwykle ważne, nie może zastąpić jej analizy z punktu widzenia praw człowieka. Perspektywa praw człowieka jest jedyna w swoim rodzaju, ponieważ opiera się na zorganizowanym zestawie uznanych międzynarodowo i możliwych do egzekwowania standardów prawnych. Zob. Philip Alston i in., *The United Nations and Human Rights: A Critical Appraisal*. Clarendon Press, Oxford, 1992.

- ³ Główne teksty na temat praw człowieka prawie w ogóle nie biorą pod uwagę zastosowania prawa międzynarodowego w zdrowiu publicznym. Zob. na przykład Frank Newman & David Weissbrodt, *International Human Rights*, Anderson Publishing Co, Cincinnati, 1990. Jednak pojawiło się kilka doskonałych raportów na temat wpływu zakażenia HIV na prawa człowieka. Zob. Paul Sieghart, *AIDS and Human Rights*, British Medical Foundation, London, 1989; Tomasevski K, Gruskin S, Lazzarini Z, Hendriks A, *AIDS and Human Rights*. W: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, (Red.) *AIDS in the World 1992*, Harvard University Press, Cambridge, 1992, ss. 537–573; Rights and Humanity, *The Rights and Humanity Declaration and Charter on HIV and AIDS*, The Hague, 1992.
- ⁴ Wart rozważenia wyjątek pojawia się w tym numerze, Leary V, *The Right to Health*, Health and Human Rights, 1994, 1:28. Zob. Komisja Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Dziewiąta Sesja, 22 listopada – 10 grudnia 1993, *Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Day of General Discussion on the Right to Health* (6 grudnia 1993), E/C.12/1993/WP.27.
- ⁵ Zob. np. Allan Brandt, *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*, Oxford University Press, Nowy Jork 1985, wyd. popr 1987
- ⁶ Zob. np. Ronald Bayer, *Private Acts, Social Consequences: AIDS and the Politics of Public Health*, New Brunswick, Rutgers University Press 1991
- ⁷ Por. np. Sheila M. Rothman, *Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History*, Basic Books, Nowy Jork, 1994.
- ⁸ Zob. np. Human Rights Watch, *World Report 1994*, Human Rights Watch 1994, Nowy Jork; Amnesty International, *Report 1993*, Londyn, 1993; Physicians for Human Rights, *Landmines: A Deadly Legacy*, Human Rights Watch, Nowy Jork, 1993; Human Rights Watch & the American Civil Liberties Union, *Human Rights Violations in the United States*, Nowy Jork, Human Rights Watch & the American Civil Liberties Union, 1993.
- ⁹ Elaine Scarry, *Thinking in an Emergency*, Harvard University Press, 1993.
- ¹⁰ Hauserman J, *Ethical and Social Aspects of AIDS in Africa*, Commonwealth Secretariat, Londyn, 1990
- ¹¹ Koncepcja *under-breadth* i *over-breadth* jest często wykorzystywana w analizie

Równej Ochrony (Equal Protection) w Stanach Zjednoczonych, kiedy rząd narusza fundamentalne prawo (jak np. prawo do podróżowania) lub ustanawia klasę społeczną w oparciu o rasę lub inną podejrzaną kategorię. Zob. Laurence Tribe, *American Constitutional Law* 1446–1451, Foundation Press, Mineola, wyd. drugie 1988.

¹² W niektórych okolicznościach polityka może jednak pozbawiać nastolatków nie przebywających w instytucjach zamkniętych prawa do edukacji czy prawa do zdrowia. Jeśli są narażeni na znaczące ryzyko zakażenia chorobą przenoszoną drogą płciową oraz niechcianej ciąży, a rząd systematycznie odmawia im niezbędnej do uniknięcia tych szkód edukacji, argumenty przeciw takiemu działaniu można podciągnąć pod Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych.

¹³ Gostin L, Cleary P, Mayer K i in, *Screening and exclusion of international travelers and immigrants for public health purposes: an evaluation of United States policy*, NEJM 1990; 322:1743–1746.

¹⁴ Na Międzynarodową Kartę Praw Człowieka składa się Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (UDHR), Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (ICCPR), Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (ICESCR) oraz Protokół Fakultatywny do Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych.

¹⁵ Artykuł 29 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stwierdza, że „każdy człowiek ma obowiązki wobec społeczeństwa, bez którego niemożliwy jest swobodny i pełny rozwój jego osobowości”.

¹⁶ Artykuł 4 (paragraf 2) Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych nie pozwala na żadne wyjątki od uznawania wymienionych praw

¹⁷ Alston P, *The Committee on Economic, Social and Cultural Rights*. W: *The United Nations and Human Rights: A Critical Appraisal* 471–508, Clarendon Press, Oxford, 1992.

¹⁸ Ankrah EM, Gostin L. O, *Ethical and Legal Considerations of the HIV Epidemic in Africa*, w: *AIDS in Africa* 547–558, Essex M, Mboup S, Kanki P. J, Kalengay M. R i in, Raven Press, Nowy Jork, 1994.

¹⁹ Bayer R, Heaton C, *Controlling AIDS in Cuba: the logic of quarantine*, NEJM 1989; 320:1022.

²⁰ Wendy E. Parmet, *AIDS and Quarantine: The Revival of an Archaic Doctrine*, Hofstra L. Rev. 1985;14:53–90.

²¹ Faden RR, Beauchamp TL, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press 1986.

²² Kodeks Norymberski z 1947 roku, reprint z *Trials of War Criminals Before the Nuremberg Military Tribunals Under Control Council Law No. 10*, vol. 2, s. 181–82 (1949). Kodeks ten był częścią orzeczenia Sądu w Norymberdze w sprawie Stany Zjednoczone przeciwko Karlowi Brandtowi i innym; U.S. Adjutant General's Department, *Trials of War Criminals Under Control Council Law No. 10* (Oct. 1946–April 1949), vol. 2, The Medical Case, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1947

²³ Por. IV Deklaracja Helsińska, Podstawowe Zasady Prowadzenia Wszystkich Eksperymentów Medycznych 9, 41 Walne Zgromadzenie Światowego

- Stowarzyszenia Lekarzy (1989); Rada Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych, Międzynarodowe Wytyczne dla Etycznej Rewizji Badań Epidemiologicznych (CIOMS, Genewa, 1991).
- ²⁴ Robert J. Levine, *Ethics and Regulation of Clinical Research* 98–99, Yale University Press, New Haven 1988.
- ²⁵ Arnold J. Rosoff, *Informed Consent: A Guide for Health Care Providers*, Aspen Publishers, Rockville, 1981
- ²⁶ Dubler NN, Bayer R, Landesman S, White A, *The Tuberculosis Revival Individual Rights and Societal Obligation in a Time of AIDS*, United Hospital Fund, N.Y, 1992.
- ²⁷ Jest to podobne do wykorzystywanych w Stanach Zjednoczonych standardów zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych Amerykanach. Gostin L, *Impact of the ADA on the Health Care System*, W: *Implementing the Americans with Disabilities Act: Rights and Responsibilities of All Americans* 175–186, Gostin L, Beyer H (Red.), Brookes Publishing, Baltimore, Maryland, 1993.
- ²⁸ Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zasady Ochrony Osób Chorych Psychiczenie oraz na rzecz Poprawy Opieki Zdrowia Psychicznego, G.A. Res. 119, U.N. GAOR, 46th Sess, Supp. No. 49, Annex, at 188–92, U.N. Doc. A/46/49 (1991).
- ²⁹ X v. Wielka Brytania, Europejski Trybunał Praw Człowieka, Orzeczenie Wydane 5 listopada 1981. Por. Publikacje Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, Seria B: *Pleadings, Oral Arguments and Documents*, vol. 41, 1980–82, Sprawa X v. Wielka Brytania, Rada Europejska, 1985.

Lawrence Gostin jest profesorem prawa w Centrum Prawa Uniwersytetu Georgetown; profesorem polityki zdrowotnej w Szkole Higieny i Zdrowia Publicznego Johna Hopkinsa, dyrektorem projektu John Hopkins/Georgetown Program on Law and Public Health.

Jonathan Mann jest profesorem zdrowia i praw człowieka we Francois-Xavier Bagnould oraz profesorem epidemiologii i zdrowia międzynarodowego w Harvardzkiej Szkole Zdrowia Publicznego.

Przedruk z *Health and Human Rights*, 1:1 (1994), za zgodą Centrum Zdrowia i Praw Człowieka Francois-Xavier Bagnould oraz Harvardzkiej Szkoły Zdrowia Publicznego. Copyright © 1994, President and Fellows of Harvard College.

Zażywanie substancji przez młodzież: zrozumienie i reakcje, udział zdrowia publicznego i praw człowieka

Sophia Gruskin, Karen Plafker,
Allison Smith-Estelle

Streszczenie

Artykuł ten bada użyteczność ram zdrowia publicznego i praw człowieka w konceptualizacji i formułowaniu systemowych odpowiedzi na przyczyny i konsekwencje spożywania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Dostarcza operacyjnych definicji terminów „młodzież” i „substancje”, przeglądu prowadzonych obecnie w kraju i za granicą działań na rzecz rozwiązania problemu zażywania substancji przez młodych ludzi, zawiera także wprowadzenie do praw człowieka i tej ich części, która jest wspólna z zagadnieniami dotyczącymi zdrowia. Wprowadza również metodologię modelowania podatności w związku z zażywaniem szkodliwych substancji oraz omawia krajowe i międzynarodowe koncepcje rozwiązania tego problemu.

Gdy rządy przestrzegają swoich obowiązków: ochrony, poszanowania i wcielania w życie praw człowieka, możliwe jest ograniczenie zarówno podatności na spożywanie szkodliwych substancji, jak i konsekwencji ich spożywania (Am J Public Health. 2001; 91:1954–1963).

Wierzimy, że prowadzona obecnie wojna z narkotykami wyrządza więcej szkód niż samo zażywanie narkotyków. Co dziesięć lat Organizacja Narodów Zjednoczonych przyjmuje nowe, skoncentrowane przede wszystkim na kryminalizacji i karaniu, międzynarodowe konwencje, które ograniczają możliwość znajdowania przez poszczególne państwa członkowskie skutecznych rozwiązań ich lokalnych problemów narkotykowych. (...) W wielu częściach świata

polityka narkotykowa utrudnia wysiłki specjalistów do spraw zdrowia publicznego na rzecz powstrzymania żółtaczki Hilla i innych chorób zakaźnych. Powszechne staje się naruszanie praw człowieka, dokonywanie ataków na całe grupy społeczne, więzienia zaś wypełniane są setkami tysięcy przestępców przeciwko prawu narkotykowemu. Nieliczne środki, które lepiej byłoby przeznaczyć na ochronę zdrowia, edukację i rozwój gospodarczy, trwonione są na coraz kosztowniejszą politykę zakazów. Realistyczne propozycje ograniczenia przestępczości, chorób i śmierci związanych z narkotykami porzuca się na rzecz retorycznych propozycji stworzenia społeczeństwa wolnego od narkotyków.

List otwarty do Sekretarza Generalnego ONZ, Kofiego Annana¹

Jasne i wyraźne zwrócenie uwagi na związek zdrowia z prawami człowieka może doprowadzić do reorientacji publicznego sposobu myślenia na temat światowych wyzwań związanych ze zdrowiem i, przyczyniając się do poszerzenia perspektywy o teorię i praktykę praw człowieka, stworzyć oparte na solidnych podstawach podejście do poprawy jakości życia jednostek². Związek ten zapewnia ramy użyteczne jeżeli chodzi o skuteczniejszy wkład zdrowia publicznego i praw człowieka w konceptualizację uwarunkowań zdrowia. Ułatwia także systematyzację politycznych i programowych reakcji, promujących zarówno zdrowie jak i prawa człowieka.

Zażywanie substancji narkotycznych wśród młodzieży osiągnęło rozmiar epidemii i objęło cały świat. Młodzi ludzie bardzo wcześnie rozpoczynają konsumpcję narkotyków, czy to pojedynczych, czy w rozmaitych kombinacjach, deklarują też różnorodne powody ich używania. Mimo szkód, jakie mogą powodować - i powodują - substancje, ilość skutecznych reakcji na ich zażywanie (a przede wszystkim zażywanie szkodliwe) wśród młodych ludzi jest nadal ograniczona. Artykuł ten rozpoczynamy krótką dyskusją na temat koncepcji, które często wydają się nie posiadać definicji: kto to są „młodzi ludzie”? O jakiego rodzaju „substancjach” mówimy? Zażywanie jakiego rodzaju substancji wymaga uwagi teoretyków i praktyków zdrowia publicznego oraz udziału zagadnienia praw człowieka?

Po sformułowaniu tych podstawowych definicji następuje wprowadzenie do problemu praw człowieka, zwłaszcza praw młodych ludzi,

oraz dyskusja na temat związku tych praw ze zdrowiem w odniesieniu do nadużywania substancji. Wszystkie te definicje i wprowadzenia są konieczne, stanowią bowiem konceptualny punkt wyjścia do prezentacji metodologii modelowania podatności na negatywne rezultaty zdrowotne, takie jak używanie szkodliwych substancji. Model ilustruje, w jaki sposób podatność na szkodliwe środki może być związana ze stopniem poszanowania praw człowieka w odniesieniu do poszczególnych segmentów populacji ludzi młodych. Dopelnieniem tego omówionego w dalszej części artykułu sporu jest fakt, że poszanowanie, ochrona i wcielanie w życie praw wszystkich młodych ludzi może wydatnie ograniczyć ich podatność na choroby, łącznie z ryzykiem nadużywania szkodliwych substancji.

Następnie dokonamy przeglądu aktualnie stosowanych w kraju i za granicą strategii radzenia sobie z problemem zażywania substancji przez nieletnich. Zaproponowany model podatności posłuży nam jako argument do twierdzenia, że podejmowane wysiłki nie są wystarczające, jeżeli chodzi o respektowanie praw młodych ludzi (ponieważ odnoszą się jedynie do zażywania substancji), ale w niektórych przypadkach przyczyniają się do ich naruszania. W konkluzji wykażemy, w jaki sposób prawa człowieka mogą pomóc stworzyć bardziej skuteczne i całościowe, systemowe odpowiedzi na problem używania niedozwolonych środków. W naszym przekonaniu proponowane podejście odnosi się do całego szeregu problemów zdrowotnych, a korzystanie ze środków psychoaktywnych traktować można jako przykład, który doskonale pokazuje złożoność prezentowanego modelu. Problematyka zażywania substancji szkodliwych jest natomiast niezwykle ważna dla każdej osoby zainteresowanej programami adresowanymi do młodzieży.

Młodzi ludzie są różni

Młodzi ludzie nie stanowią grupy homogenicznej. Według definicji UNICEFⁱ, są to wszystkie osoby pomiędzy 10 a 24 rokiem życia³. Żyją zarówno w krajach uprzemysłowionych, jak i rozwijających się, na

ⁱ UNICEF – Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (przyp. tłum.)

obszarach miejskich i wiejskich, lub gdzieś pomiędzy. Niektóre chodzą do szkoły, inne nie; niektóre umieją czytać, inne nie. Niektóre z nich pracują w odpowiednich warunkach, inne są eksploatowane, bezrobotne lub mają niedostatecznie dużo pracy. Mogą mieszkać z rodzicami lub dalszą rodziną, albo, z powodu śmierci, migracji, biedy, czy przemocy w rodzinie, mieszkać samodzielnie lub z innymi, niespokrewnionymi rówieśnikami lub dorosłymi. Młodzi ludzie sami mogą być rodzicami. Nie trzeba wspominać, że różnią się między sobą płcią, rasą/pochodzeniem etnicznym, klasą społeczną czy orientacją seksualną.

Lista ta nie jest wcale wyczerpująca. Nie określa również sposobów funkcjonowania tych zróżnicowanych składników osobistej i społecznej tożsamości w kontekście danego kraju i kultury. Jednak kwestią kluczową jest wzięcie pod uwagę, że bardzo często to właśnie te czynniki, same lub w połączeniu z innymi, wzmagają lub ograniczają podatność młodych ludzi na zażywanie szkodliwych substancji. Twórcy polityki nie dostrzegają różnorodności młodych ludzi, zaś do momentu osiągnięcia określonego, arbitralnie przyjętego wieku wyłączają ich z procesu tworzenia i wcielania w życie polityki społecznej. Oznacza to, że sposoby naruszania praw młodych ludzi – dyskryminacja, molestowanie w domu, szkole i na ulicy, oddzielanie od rodziny, brak możliwości nauki czy alternatywnych rozwiązań – są często niedoceniane i ignorowane. Toruje to drogę nieadekwatnym i niewłaściwym sposobom zapobiegania nadużywaniu substancji oraz ograniczania szkód i leczenia uzależnienia wtedy, kiedy już się pojawi.

Definicja „substancji”, o których mowa

Aneks do Konwencji Narodów Zjednoczonych o Substancjach Psychotropowych z 1971 roku zawiera listę substancji chemicznych, nazywanych narkotykami, zebranych w Wykazach I, II, III i IV. Artykuł 2 tejże konwencji opisuje, w sposób charakterystyczny raczej dla laika, narkotyki, które powinny podlegać kontroli: są to substancje, które „mogą wywołać stan zależności [i] powodować pobudzenie lub hamowanie w ośrodkowym systemie nerwowym, prowadzące do omamów albo zaburzeń motorycznych, albo zaburzeń sądu, zachowania,

postrzegania, nastroju”⁴. Najczęściej omawianymi w literaturze substancjami są: konopie indyjskie, kokaina, opium, heroina, środki pobudzające takie jak amfetamina, Ecstasy i substancje wziewne^{5,6,7,8,9,10}. Pomimo istnienia rozległej literatury na temat palenia tytoniu i picia alkoholu przez młodych, używki te na ogół nie są brane pod uwagę w światowej dyskusji na temat spożycia substancji^{11,12,13}.

Ważne jest zwrócenie uwagi, że „substancje” są na ogół „wrzucane do jednego worka” i rozróżniane w sposób nieco arbitralny, przysłaniający prawdziwe zagrożenia, jakie powoduje zażywanie danej substancji, to, w jaki sposób środki te różnią się między sobą oraz jak działają w zależności od osoby, która je zażywa i dlaczego. Przegląd literatury^{5-8,11} ujawnia interesujące wzorce. Na przykład mało toksyczne konopie: rzadziej zdarzają się przypadki konieczności leczenia szpitalnego osób pod ich wpływem, powodują też mniej zgonów niż jakakolwiek inna substancja, traktowane są często na równi ze znacznie bardziej toksycznymi, uzależniającymi psychicznie i potencjalnie śmiertelnymi środkami, jak kokaina, heroina i Ecstasy. Z drugiej strony często całkowicie ignoruje się alkohol, choć ten właśnie środek odurzający wybiera znaczna część populacji ludzi młodych. Powoduje on problemy związane z pracą, a także uszkodzenia ciała znacznie częściej niż inne substancje⁶, a w niektórych krajach jest przyczyną większej liczby zgonów i obrażeń wśród młodych ludzi, niż jakakolwiek inna substancja.

Czy każde zażywanie substancji jest szkodliwe?

W wielu dokumentach i znacznej części literatury przeglądanej przez nas przy pisaniu tego artykułu, przytłaczającym trendem zdaje się być wykorzystywanie terminów „zażywać” i „nadużywać” wymiennie. Do rozległego kontinuum zachowań, stanów i skutków zażycia substancji, stosuje się niewiele rozróżnień, lub nie stosuje się ich wcale. Język używany w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jest nieco bardziej, choć nadal niewystarczająco, klarowny: „szkodliwe używanie” definiowane jest jako „wzorec zażywania substancji psychoaktywnych, który powoduje szkody

zdrowotne. Szkody te mogą być natury fizycznej (...) lub psychicznej". Termin „szkodliwe używanie” używany jest zamiennie z terminem „nadużywanie substancji psychoaktywnych”¹⁴.

Wyzwanie, jakim jest zdefiniowanie i sprecyzowanie tego, co dokładnie stanowi przyczynę niemożności zaakceptowania zażywania substancji, zarówno w kontekście zdrowia publicznego, jak i w kontekście praw człowieka, nie zostało do tej pory w adekwatny sposób podjęte ani przez twórców polityki i badaczy, ani przez zwolenników kontroli narkotyków. Właściwie w jakimś sensie każde użycie jest szkodliwe. Jednak to, w jakim stopniu od praktyków zdrowia publicznego i praw człowieka wymaga się zapobiegania zażywaniu substancji, ograniczania szkód i leczenia młodych ludzi, zależy od całej gamy ciągle zmieniających się czynników społecznych, określających wszystko to, co składa się na tak zwane właściwe zachowanie i wolną wolę. Uwarunkowane jest także imperatywami natury ekonomicznej, takimi jak brak środków czy istnienie innych, ważniejszych priorytetów.

Celem niniejszego tekstu jest podkreślenie dwóch niezwykle istotnych pytań związanych ze szkodami wynikającymi z używania substancji. Pierwsze dotyczy tego, dlaczego młodzi ludzie je spożywają (zakładając, że jest to w rzeczywistości odpowiedź na całą gamę problemów). Mimo że część młodzieży, zwłaszcza w krajach bardziej rozwiniętych (lecz również, w coraz większym stopniu, w krajach słabiej rozwiniętych) zażywa narkotyki, pije alkohol oraz pali tytoń z błahych powodów lub „dla zabawy” (do takich osób w literaturze na temat nadużywania substancji stosuje się często termin „młodzież zintegrowana społecznie”¹¹), inni młodzi ludzie w tych samych środowiskach sięgają po używki po to, by móc dłużej pracować, poprawić wyniki w nauce, poradzić sobie ze szkolną presją, złagodzić głód, zmniejszyć zmęczenie fizyczne lub psychiczne, skrócić bądź wywołać sen czy stracić na wadze^{11,15,16,17,18}. Jeszcze inni zażywanie substancji mogą traktować jako strategię radzenia sobie z wojną, bezrobociem, zaniedbaniem, przeemocą, bezdomnością czy wykorzystywaniem seksualnym.

Drugie pytanie dotyczy wpływu zażywania substancji na jednostkę, na zdrowie i dobrostan młodzieży. W tym przypadku szkody mogą być definiowane na rozmaite sposoby, takie jak zależność, przedawkowanie,

zakażenie wirusem HIV, wykorzystywanie seksualne, niezdolność do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie czy uczestnictwo w działalności przestępczej.

Pytania te są istotne, ponieważ zwracają uwagę na nieodpowiedni sposób omawiania problematyki rozwoju programów i polityki bez ich uwzględniania. Ich celem jest również wyjaśnienie całej gamy kwestii, do których powinni odnosić się praktycy zdrowia publicznego i praw człowieka w swoich staraniach w tworzeniu prawidłowego uzasadnienia spożywania substancji przez młodzież.

Definicja praw człowieka

Mimo długiej historii praw człowieka można powiedzieć, że współczesny ruch ich obrońców narodził się dzięki ONZ, której celem statutowym jest promocja praw człowieka¹⁹. Stanowią one obecnie prawo międzynarodowe, a leżąca u ich podstaw idea, w myśl której ludzie „rodzą się równi pod względem swej godności i swych praw”²⁴, odzwierciedla ewolucję myśli ludzkiej na temat związku praw człowieka z państwem.

Poza pełnymi nadziei aspiracjami, teoria praw człowieka dostarcza odpowiedzi na pytania o przyczyny i konsekwencje złożonych problemów w sferze zdrowia publicznego. Za przyjęciem w 1948 roku przez Narody Zjednoczone Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka jako uniwersalnego, wspólnego dla wszystkich ludzi i narodów standardu, stoją wieki myśli filozoficznej i politycznej. Od tamtej pory wiele rządów na świecie przyjęło i ratyfikowało liczne instrumenty praw człowieka, rozwijając prawa ustanowione przez wspomnianą Deklarację²¹⁻²⁸. Dokumenty te tworzą część prawa międzynarodowego, które nakłada wiążące zobowiązania prawne na kraje, które je ratyfikowały.

Prawa człowieka obejmują: prawa obywatelskie i polityczne, takie jak prawo wolności od tortur i arbitralnej egzekucji, prawo do informacji, czy prawo do swobodnego wyrażania opinii; prawa gospodarcze, społeczne i kulturalne, takie jak prawo do odpowiedniego poziomu życia, prawo do zdrowia oraz prawo do nauki. Walka o wolność od dyskryminacji rozumiana jest jako nadrzędna i odnosząca się do

wszystkich pozostałych praw. Treść tych praw – czyli sposób, w jaki mogą być przełożone z języka prawniczego na działania – jest ciągle rozwijana w krajach na całym świecie.

Proces przekształcania języka prawa w polityczne i programowe odpowiedzi, użyteczne z punktu widzenia zdrowia na poziomie krajowym, zwięzła cała gama dokumentów końcowych, będących efektem serii międzynarodowych konferencji w ostatnim dziesięcioleciu XX wieku (Światowa Konferencja Praw Człowieka, Wiedeń 1993; Międzynarodowa Konferencja o Populacji i Rozwoju, Kair 1994; Światowy Szczyt Rozwoju Społecznego, Kopenhaga 1995; Czwarta Światowa Konferencja Kobiet, Pekin 1995; Konferencja ONZ o Osadach Ludzkich, Stambuł 1996).

Przestrzegać, chronić, zapewniać

W świetle obowiązujących konwencji, rządy są zobowiązane do przestrzegania, ochrony i zapewniania wymienionych wyżej praw²⁹⁻³⁰. Wszystkie prawa człowieka nakładają te trzy poziomy obowiązki.

Obowiązek *p r z e s t r z e g a n i a* praw człowieka oznacza, że wymaga się od rządów odstąpienia od bezpośredniego naruszania praw. Przestrzeganie prawa młodych ludzi do nauki oznacza na przykład, że państwo nie może arbitralnie zakazać młodym ludziom uczęszczać do szkoły, ponieważ naruszyli prawo i zostali z tego powodu osadzeni w zakładzie karnym lub podlegają leczeniu uzależnienia od substancji.

Obowiązek *o c h r o n y* praw człowieka oznacza, że wymaga się od rządów zapobiegania naruszaniu praw człowieka przez osoby i instytucje nie reprezentujące państwa, zaś wtedy, gdy nie uda się im zapobiec, trzeba zapewnić prawne sposoby zadośćuczynienia wobec osób, do których można dotrzeć. Ochrona prawa młodych ludzi do życia oznacza na przykład, że wymaga się od rządu zapobiegania morderstwom dzieci ulicy, które podejrzewa się o zażywanie substancji. W razie wystąpienia takich przestępstw, od państwa wymaga się przeprowadzenia pełnego dochodzenia, ścigania oskarżonych, sprawiedliwego procesu i skazania tych, którzy zostaną uznani za winnych.

Obowiązek z a p e w n i a n i a praw człowieka oznacza, że od rządów wymaga się podejmowania wszelkich kroków, w tym działań administracyjnych, legislacyjnych, budżetowych, sądowych itp., by zapewnić pełną realizację tych praw. Państwo może zapewniać prawo młodych ludzi do zdrowia i informacji poprzez na przykład: oferowanie i zapewnianie dostępu do odpowiedniej informacji, docieranie do zainteresowanych osób, programy do nich adresowane, ukierunkowane na zapobieganie, redukcję szkód lub leczenie używania substancji.

Wszystkie ministerstwa, łącznie z resortem zdrowia, odpowiedzialne są w swojej pracy za przestrzeganie, ochronę i zapewnianie praw człowieka. W związku z tym prawa te należy wyraźnie włączyć w prace związane ze zdrowiem publicznym. Podporządkowanie się zobowiązaniom państwa względem praw człowieka jest formalnie ewaluowane przez międzynarodowe organy podczas okresowych sesji. Monitoring i działania propagujące prawa człowieka prowadzą coraz częściej również organizacje pozarządowe, media oraz osoby i instytucje prywatne.

Prawa człowieka i młodzi ludzie

Każdy z głównych traktatów o prawach człowieka – wśród nich Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych; Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet oraz Międzynarodowa Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej – zawiera zobowiązania prawne, które odnoszą się również do młodych ludzi.

Pierwszy dokument poświęcony prawom człowieka, skoncentrowany tylko i wyłącznie na prawach dziecka – Konwencja o Prawach Dziecka, powstał w 1990 roku²⁴. Różni się on od wcześniejszych dokumentów swoim zasięgiem oraz przyjęciem nowego podejścia do dzieci i ich pozycji w społeczeństwie, zwłaszcza poprzez wyraźne traktowanie ich bardziej w kontekście ich praw, niż jako obiektów działań charytatywnych i dobrej woli³¹.

Konwencja o Prawach Dziecka jest dokumentem szczególnie ważnym: przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ i przedłożona do zatwierdzenia przez rządy pod koniec 1989 roku, weszła w życie niespełna rok później, a więc szybciej niż jakikolwiek inny traktat o prawach człowieka. Do chwili obecnej została ratyfikowana przez wszystkie kraje z wyjątkiem Stanów Zjednoczonych i Somalii²⁴. Sama w sobie, jak również dzięki definicji dziecka jako każdej istoty ludzkiej poniżej 18 roku życia, gwarantuje jeszcze większą ochronę tym, których UNICEF określa jako „młodych ludzi”.

Zdrowie, prawa człowieka i zażywanie substancji.

Debaty nad kwestią, czy zażywanie substancji powinno być traktowane jak przestępstwo, choroba, zaburzenie społeczne czy dowolna mieszanina wymienionych czynników, trwają w wielu krajach. Bardzo często w polityce publicznej występują niespójności i ambiwalentne postawy wobec natury uzależnienia czy nadużywania narkotyków, które odzwierciedlają niepewność jego przyczyn i tego, kogo należy obarczać za nie odpowiedzialnością. Dynamiczny i obopólny związek zdrowia i praw człowieka sprzyja rozkwitowi obu tych dyscyplin. Uświadomienie go sobie daje potężne narzędzie do określania i wyjaśniania rezultatów strategii zdrowia publicznego, ich ewaluacji oraz konceptualizacji, czego efektem ma być bardziej skuteczna i zgodna z prawami człowieka promocja zdrowia publicznego.

Ujmując sprawę zwięźle: naruszenie lub zaniedbanie praw człowieka może wzmocnić zagrożenie negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Ramy sfer zdrowia i praw człowieka ilustrują, że naruszenie lub zaniedbanie praw młodych ludzi może zwiększyć ryzyko sięgnięcia po substancje i szkodliwego ich zażywania. Takie naruszenia oznaczają na przykład nieprzestrzeganie, brak ochrony i realizacji praw młodych ludzi do informacji, nauki, wypoczynku i odpowiedniego poziomu życia.

Ważne jest, aby zdać sobie sprawę z istnienia również odwrotnej zależności: zażywanie substancji przez młodych ludzi może dalej negatywnie wpływać na stopień przestrzegania, ochrony i zapewniania ich praw. Przedwczesna i możliwa do uniknięcia zachorowalność i śmiertelność, jak również wynikająca ze szkodliwego zażywania substancji marginalizacja, są przejawami naruszania lub zaniedbywania całej gamy zapisów zawartych w traktatach o prawach człowieka, jak na przykład prawa do zdrowia czy zakazu dyskryminacji.

Należy także zauważyć, że choć nigdy nie należy pozwalać na naruszanie lub świadome zaniedbywanie praw, to mogą zdarzyć się przypadki, kiedy takie działania dokonywane przez rząd wobec dziecka czy dorosłego, jest uzasadnione. Na przykład uwięzienie jednostki, która została osądzona i uznana za winną przestępstwa, powszechnie uważane jest za uprawnione ograniczenie prawa do wolności i swobodnego poruszania się. Takie ograniczenia muszą być jednak podporządkowane ścisłym kryteriom, uzasadnionym w świetle praw człowieka³².

Związek między zdrowiem i prawami człowieka jest więc dynamiczny i wzmacnia się wzajemnie. Podejmując kroki na rzecz przestrzegania, ochrony i zapewniania praw młodym ludziom, rządy mogą ograniczyć zarówno ryzyko zażywania substancji, jak i szkody, jakie ono powoduje.

Modelowanie podatności

W latach osiemdziesiątych, kiedy stało się jasne, że wiele zachorowań i zgonów wśród młodych ludzi było następstwem określonego zachowania, rozwinęto koncepcje „ryzyka” i „ryzykownego zachowania”. Zachowanie często traktowano w literaturze jako jedyną przyczynę problemu, nie wspominając o większych i potężniejszych siłach na nie wpływających. Chociaż w badaniach ryzykownych zachowań zaczęto dociekać ich przyczyn i konsekwencji, wydaje się, że traktowano je w dużej mierze jako wolicjonalne, zaś w przypadku nastolatków jako nieuniknioną konsekwencję rozwoju³³. Zakładano ponadto, że przed podjęciem ryzykownego zachowania następuje moment świadomego rozważania alternatywnych opcji zachowań³⁴. W literaturze

zwracano również uwagę na wpływ rówieśników, rodziców, struktury rodziny oraz roli instytucji w podejmowaniu ryzykownych zachowań, jak również przyznawano, że wszystkie niebezpieczne zachowania „łączą wspólne psychologiczne, środowiskowe i/lub biologiczne przyczyny”³⁴. Jednakże możliwość, że mogą one być w istocie spójnymi predyktami szkodliwego używania substancji nie była w wystarczającym stopniu poddawana dyskusji.

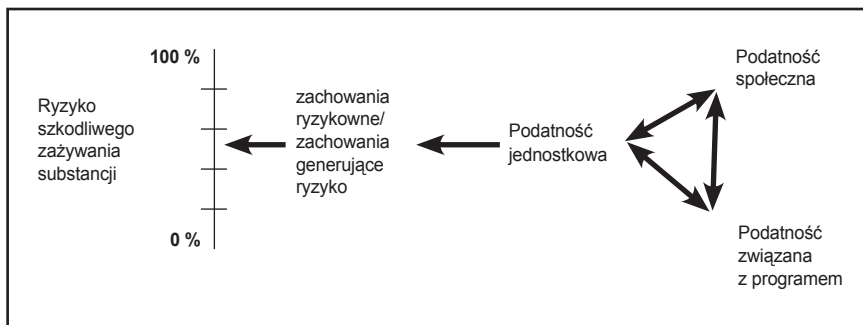
Metodologia modelowania podatności, rozwinięta w kontekście związku praw człowieka z HIV i AIDS¹⁵⁻¹⁷, zastosowana została tutaj do zbadania związku praw człowieka z zażywaniem substancji przez młodych ludzi. Model ten zaczyna się tam, gdzie kończą się tradycyjne modele ryzyka, rozwijając koncepcję podatności w celu pełniejszego wyjaśnienia czynników prowadzących do ryzykownych zachowań. Tym samym podkreśla on rangę polityki i odpowiedzi programowych. Ramy zdrowia i praw człowieka mogą być wykorzystane jako wskaźniki przy projektowaniu skutecznych odpowiedzi, których celem jest wyeliminowanie lub złagodzenie źródeł podatności i, koniec końców, ryzyka.

Wykorzystując stosowaną w literaturze HIV i AIDS definicję, „podatność” rozumiana będzie jako ograniczenie stopnia, w jakim ludzie zdolni są do podejmowania i realizowania wolnych i świadomych decyzji³⁷. Większa podatność prowadzi prawdopodobnie do większego zaangażowania w ryzykowne sytuacje i zachowania, co podnosi zagrożenie negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Koncepcja podatności rozszerza tradycyjne rozumienie czynników ryzyka poprzez wyjaśnienie kontekstu, w którym zakorzenione są doświadczenia jednostki. Daje szersze spojrzenie na przyczyny skutków zdrowotnych i właściwe reakcje sektora zdrowia publicznego. Z kolei omówione poniżej składniki podatności kształtowane są przez stopień, w jakim jednostka uświadamia sobie przysługujące jej prawa.

Wykorzystywanie koncepcji podatności rozszerza grę czynników ryzyka, uważanych za istotne dla danego skutku zdrowotnego (Rysunek 1). Koncepcja ta, obok tradycyjnych czynników ryzyka, włącza w model wyjaśniania szkodliwego zażywania substancji również czynniki o charakterze jednostkowym, programowym i społecznym

– takie jak zażywanie substancji w rodzinie czy w społeczności lokalnej, przemoc domowa i inne formy psychologicznego, fizycznego czy seksualnego znęcania się lub wyzysku, programy opieki i wsparcia skierowane do niewłaściwych grup docelowych, wykształcenie i poziom biedy, możliwości zatrudnienia oraz bezdomność.

Rysunek 1: Model podatności związanej z czynnikami indywidualnymi, społecznymi i programowymi, prowadzącej do ryzykownych zachowań i jednostkowego zagrożenia zażywaniem substancji



Źródło: przystosowane za: Gruskin S, Tarantola D, HIV/AIDS, Health and Human Rights. W: Lampthey P, Gayle H, Mane P (Red.), HIV/AIDS Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs, Arlington, VA, Family Health International.in Press

„Podatność jednostkową” charakteryzuje osobista historia, wiedza oraz zachowanie. Czynniki behawioralne są wynikiem cech osobowościowych – takich jak rozwój emocjonalny i poznawczy, postrzeganie i postawy wobec ryzyka, rodzinna historia deprawacji lub nadużyć oraz umiejętności, takich jak na przykład zdolność do przeciwstawienia się innym lub sobie samemu poprzez odmowę lub ograniczenie palenia tytoniu, picia alkoholu czy używania innych substancji.

„Podatność związana z programem” dotyczy wpływu polityki i programów zdrowotnych na ryzykowne zachowania i sytuacje i – w konsekwencji – ryzyko szkodliwego zażywania substancji. Na przykład programy profilaktyki narkotykowej, które ignorują istnienie różnic w obrębie populacji młodych ludzi, a co za tym idzie, w ich szczególnej podatności na używanie³⁸, mogą być traktowane jako składnik związanej z nimi podatności. Delikatny status prawny i akceptacja społeczna

niektórych inicjatyw profilaktycznych i leczniczych, np. programów wymiany igieł i strzykawek sprawia, że można je również traktować jako wzmacniające podatność.

„Podatność społeczna” zdeterminowana jest przez struktury społeczne, które mogą wpływać – pozytywnie lub negatywnie – na ryzykowne sytuacje, zachowania i – na samym końcu łańcucha – na samo ryzyko. Struktury te obejmują warunki socjoekonomiczne, środowisko społeczne³⁵ i infrastrukturę, udział w życiu politycznym i normy kulturowe. Na przykład członkowie społeczności stygmatyzowanej biedą, przynależnością do grupy etnicznej czy usytuowaniem geograficznym, mogą być narażeni na zwiększone ryzyko szkodliwego używania substancji ze względu na swoją podatność społeczną.

Podatność jednostkowa, związana z programem i społeczna wchodzi ze sobą w interakcje i wzmacniają się nawzajem, co powoduje wzrost prawdopodobieństwa, że młodzi ludzie znajdują się w ryzykownych sytuacjach (np. bezdomność lub wyzysk seksualny) i zaangażują się w niebezpieczne zachowania (np. używanie substancji). Zwiększa to jednocześnie ryzyko negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Model ten podkreśla między innymi fakt, że ciągła marginalizacja biednych może być przyczyną nie-przeznaczenia środków na rzecz niektórych społeczności, co prowadzi do nierównych szans edukacyjnych (i w konsekwencji na rynku pracy), braku programów profilaktycznych dla młodych ludzi, ignorowania lub wartościowania potencjalnych zagrożeń związanych z zażywaniem narkotyków czy polegania na finansowym lub społecznym wsparciu innych młodych ludzi, którzy sprzedają lub zażywają środki psychoaktywne.

Właśnie dlatego, że każdy ze składników tego modelu wzmacnia inne, interwencje polegające na promocji praw człowieka zawsze odnosić mogą wielorakie, pozytywne rezultaty. Kiedy działania takie świadomie obejmują różne obszary, potencjalne korzyści mogą być jeszcze większe. Twierdzi się więc, że gdy rząd przestrzega, chroni i zapewnia pełną gamę praw człowieka, wzrasta zdolność młodych ludzi do rozpoznawania źródeł podatności, redukując zarówno ryzyko, jak i szkody. Gdy wysiłki te uzupełniane są działaniami służby zdrowia i innych służb, wpływ ten może być naprawdę znaczący.

Odpowiedzi międzynarodowe

Spółeczność międzynarodowa nie dość konsekwentnie uznaje prawa człowieka za główną i fundamentalną kwestię w rozumieniu problematyki używania substancji, zaś w swoich wysiłkach ograniczenia podatności niedostatecznie przeciwdziała ich konsumpcji, ogranicza szkody oraz leczy młodych ludzi. Z tego powodu reakcje w kraju i za granicą pozostają fragmentaryczne i w wielu przypadkach naruszają prawa młodych ludzi.

W skali globalnej system kontroli narkotyków regulowany jest przez serię międzynarodowych traktatów, nakładających na rządy obowiązek kontroli produkcji i dystrybucji narkotyków oraz substancji psychotropowych, a także podejmowania kroków na rzecz zwalczania nadużywania i handlu nielegalnymi substancjami narkotykowymi^{4,9,10}. Głównym ciałem tworzącym politykę międzynarodowej „kontroli narkotyków” jest Komisja Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków (CND). Wszystkie działania ONZ na tym polu koordynowane są przez Program Kontroli Narkotyków (UNDCP), ustanowiony w 1990 roku i finansowany z budżetu ONZ oraz dobrowolnych dotacji rządów poszczególnych krajów.

System administracyjnej kontroli i sankcji karnych, zarysowany w międzynarodowych traktatach narkotykowych, postrzegany jest jako główny element profilaktyki zażywania narkotyków³⁹. Konwencje z 1961 i 1971 roku stwierdzają, że strony „m o g ą zamiast skazania lub orzeczenia sankcji karnej albo oprócz sankcji karnej zastosować wobec tych osób środki leczenia, kształcenia, opieki po leczeniu, rehabilitacji i włączenia do życia społecznego” [dodano podkreślenie]^{4,9}. Język i charakter konwencji z 1988 roku jest podobny¹⁰. W kwestii profilaktyki, konwencje z 1961 i 1971 roku zalecają, by podejmować kroki w kierunku profilaktyki nadużywania substancji psychotropowych. Język obu tych konwencji jest po raz kolejny zbieżny i stwierdza: „Strony b ę d ą podejmować wszelkie środki mogące zapobiec nadużywaniu substancji psychotropowych i zapewnić wczesne wykrywanie, leczenie, kształcenie, opiekę po leczeniu, rehabilitację i włączenie do życia społecznego osób nadużywających. Strony będą także koordynować

swoje wysiłki podejmowane w tym celu” [podkreślenie autorek]^{4,9,10}. Choć można argumentować, że język odnoszący się do profilaktyki szkodliwego zażywania jest bardziej wrażliwy na prawa człowieka, niż na kary, należy zauważyć, że sankcje karne pozostają głównym i podstawowym mechanizmem rozwiązywania problemów profilaktyki i traktowania osób zażywających narkotyki, podczas gdy wszystkie pozostałe usługi – leczenie, kształcenie, rehabilitacja, opieka rekonwalescencyjna i włączanie w życie społeczne – pozostają opcjonalne, mimo faktu, że konwencje obligują rządy do promowania i ochrony praw jednostek żyjących w granicach danego kraju, łącznie z prawem do zdrowia i do nauki⁴⁰.

Mimo licznych dowodów, że długotrwałe i kosztowne wysiłki ograniczania podaży w bardzo niewielkim stopniu okazały się skuteczne, powszechnie skupia się uwagę na ograniczaniu dostępności zakazanych narkotyków przy pomocy środków egzekwowania prawa i względnym zaniedbywaniu popytu oraz podejść opartych na filozofii redukcji szkód^{41,42}. Jak pisze Wodak:

Od pół wieku polityka narkotykowa w coraz większym stopniu zależy od efektów ograniczania podaży narkotyków. Mimo to zarówno światowa produkcja, jak i konsumpcja narkotyków ciągle rosną (najwyraźniej widać to ostatnio na przykładzie krajów rozwijających się). Trendy te zaczęły pojawiać się równocześnie ze stopniową intensyfikacją egzekwowania prawa dotyczącego nielegalnych substancji narkotykowych niemal wszędzie tam, gdzie występują rozdęte do granic rozsądku urzędy celne i policyjne oddziały narkotykowe, kary za przestępstwa narkotykowe stają się coraz surowsze, a finansowanie wszystkich elementów składających się na politykę ograniczania podaży rośnie⁴².

Dobrym wskaźnikiem aktualnych priorytetów na całym świecie jest ilość środków przeznaczanych na ograniczanie podaży i działalność związaną z kontrolą narkotyków, w porównaniu do sum przeznaczanych na działania związane z redukcją popytu. W 1996 i 1997 roku Program Kontroli Narkotyków ONZ przeznaczył 49 % swojego budżetu na działalność związaną z redukcją podaży i kontrolą

narkotyków, podczas gdy ograniczanie popytu „zasłużyło” na zaledwie 31 % całego budżetu. Na działania wielosektorowe, takie jak tworzenie polityki, rozwój wielkich planów i wzmacnianie instytucjonalne, przeznaczono pozostałe 20 % funduszy⁴³.

Skoncentrowanie uwagi prawie wyłącznie na tych działaniach powoduje, że międzynarodowe agendy narkotykowe są współodpowiedzialne za zaniedbywanie praw człowieka. W wielu miejscach te same międzynarodowe organizacje, które ustanawiają priorytety, finansują podejmowane przez rządy działania. Twierdzimy, że UNDCP i inne agendy zajmujące się narkotykami nieumyślnie wspierają rządy w zaniedbywaniu zobowiązań wobec konwencji praw człowieka. Dzieje się tak poprzez koncentrowanie się na karaniu zamiast leczeniu osób konsumujących substancje oraz skupianie wysiłków na ściganiu producentów i handlarzy narkotykami zamiast na wspieraniu ludzi, szczególnie młodych, podatnych na szkodliwe zażywanie niedozwolonych środków.

Nie ulega wątpliwości, że intencją społeczności międzynarodowej jest spadek zażywania substancji na całym świecie. Jednak należy dokładnie przeanalizować pod kątem integracji z prawami człowieka ustanawiane priorytety, alokacje budżetowe i metody aktualnie stosowane do realizacji tego celu.

Odpowiedzi na poziomie krajowym

Odpowiedzi na szkodliwe zażywanie narkotyków na poziomie krajowym są tak zróżnicowane, jak państwa, które je tworzą. Choć niektóre kraje od dawna notują względne sukcesy w radzeniu sobie z zażywaniem i nadużywaniem substancji, inne stosują relatywnie nowe lub nieskuteczne strategie, obejmujące profilaktykę i leczenie oraz kary za uprawę i handel nielegalnymi substancjami.

Tabele 1 i 2 przedstawiają globalny obraz, z podkreśleniem różnic w aktualnych strategiach na poziomie poszczególnych krajów. Tabela 1 to krótkie wprowadzenie do aktualnie wdrażanej polityki i praw związanych z nielegalnymi substancjami. Tabela 2 przedstawia krótki przegląd koncepcji profilaktyki i leczenia. Wybrane do tego przeglądu

kraje nie są reprezentatywne dla całych regionów czy kontynentów; dobrane zostały tak, aby unaocznić oczywistą arbitralność sposobów, jakimi odpowiedzi państw na używanie narkotyków są projektowane i implementowane.

Niektóre kraje zwracają się ku coraz większej surowości reakcji na problem narkotykowy, inne zaś przechodzą radykalne reformy ustawodawstwa związanego z substancjami. Jak pokazuje Tabela 1, w niektórych krajach prawo rozróżnia rodzaje narkotyków, związane z ich zażywaniem działania (uprawa – osobiste używanie – handel) oraz kary za odmienne substancje i zachowania. Na przykład w Etiopii mężczyznę posiadającego 2 g marihuany skazano na rok więzienia i karę 2000 birr (250 dolarów), podczas gdy inny mężczyzna za handel heroiną skazany został na rok więzienia i o połowę mniejszą grzywnę¹⁸. Wiele systemów prawnych jest na tyle niedoskonałych, że osoby podejrzane o używanie narkotyków czy handel nimi, spędzają długi czas w areszcie, zanim zostaną oficjalnie oskarżone o popełnienie domniemanego przestępstwa, zaś ci, którym przedstawione zostaną zarzuty, latami czekają na proces. Nadgorliwość organów kontroli narkotyków jest nagminna, zaś w wielu krajach dobrze udokumentowano brutalność, łapówkarstwo i inne formy korupcji w szeregach policji^{15,18}.

Polityka profilaktyki i leczenia

Profilaktyka i leczenie są w wielu krajach bardzo ograniczone. Podstawowym powodem jest najczęściej brak środków, choć nawet w takiej sytuacji powołuje się często rady i komitety obmyślające rozwiązania prawne. W Krajowej Polityce Alkoholowej i Narkotykowej w Zimbabwe zawarto projekty podnoszenia świadomości narkotykowej obywateli, ambitne programy leczenia uzależnienia oraz tworzenia centrów rehabilitacji, jednak żadnego z tych planów do tej pory nie zrealizowano. Ustawodawstwo Kenii nakazuje, by pieniądze skonfiskowane osobom skazanym za przestępstwa narkotykowe przeznaczać na tworzenie ośrodków leczenia i rehabilitacji, jednak choć sądy uzbierały już pokaźne sumy pieniędzy, nie zostały one do tej pory na ten cel przekazane.¹⁸

Próby wdrażania programów profilaktycznych dla młodych ludzi wydają się koncentrować przede wszystkim na szkołach. W Tajlandii literatura na temat świadomości narkotykowej została włączona do programów nauczania na każdym poziomie, zaś w Czechach wprowadzono intensywne programy nauczania w gimnazjach⁵¹. Chociaż są one bardzo ważne, nie służą tym, którzy nie uczęszczają do szkół, ani tym, którzy nie umieją czytać.

Innym powodem ograniczania leczenia i opieki nad osobami zażywającymi narkotyki jest ogólne pogorszenie jakości publicznych usług zdrowotnych (Tabela 2). Mimo to w wielu krajach, by okiełznać szerzenie się chorób zakaźnych, takich jak HIV i AIDS, zainicjowano programy wymiany igieł i strzykawek. Między innymi w Brazylii nie znaleziono żadnych dowodów na to, że tego rodzaju programy zwiększają częstotliwość iniekcyjnego zażywania narkotyków czy liczbę przyjmujących je osób^{52,53}. Mimo znaczenia i niewątpliwego sukcesu takich interwencji zdrowotnych, niektóre kraje zakazały wprowadzania programów wymiany igieł. Inne, ze Stanami Zjednoczonymi na czele, zabroniły wprowadzić federalnego finansowania, jednak pozwalają społecznościom lokalnym samodzielnie decydować o wprowadzaniu programów wymiany igieł⁵⁴.

Tabela 1. Polityka i prawo o zażywaniu i nadużywaniu narkotyków w różnych krajach

Bangladesz ⁴⁴	Kara dożywocia lub śmierci za posiadanie 25 g lub więcej kokainy lub heroiny, 2 kg lub więcej konopi indyjskich lub opium
Kamerun ¹⁸	Prawo nie czyni rozróżnienia między konopiami, kokainą czy heroiną, definiując je wszystkie jako nielegalne narkotyki wysokiego ryzyka
Etiopia ¹⁸	Prawo nie czyni rozróżnienia między kategoriami: uprawiający, dealer i konsument, stosując podobne kary wobec wszystkich tych grup. Funkcjonariusze policji donoszą o opóźnieniach, powodujących trudności w przetrzymywaniu świadków i przechowywaniu łatwo psujących się dowodów rzeczowych – wszystko to zmniejsza prawdopodobieństwo sprawiedliwych wyroków.

Ghana ¹⁸	Istnieją doniesienia, że ci, którzy nie są w stanie zapłacić kaucji, czekają na wyrok w więzieniu do 4 lat
Malezja ⁵¹	Znaczne uprawnienia przyznane organom egzekwowania prawa pozwalają policji i celnikom przechwytywać korespondencję, telefony i komunikację telegraficzną, zezwalają na karę chłosty wobec tych, którzy posiadają niewielkie ilości nielegalnych substancji; obligatoryjna kara śmierci za handel niebezpiecznymi narkotykami (sądy w Malezji za przestępstwa narkotykowe skazują na śmierć ponad 200 osób rocznie)
Holandia ⁴⁵	Dekryminalizacja używania i handlu detalicznego produktami z konopi indyjskich
Nigeria ¹⁸	Krajowa Agencja Egzekwowania Prawa Narkotykowego ma uprawnienia do prowadzenia nalotów i dochodzeń, monitorowania i zamrażania osobistych kont bankowych, konfiskowania własności osobistej oraz monitorowania linii telefonicznych
Syria ⁴⁶	Wobec braku okoliczności łagodzących, kara śmierci za przemyt substancji narkotykowych
Stany Zjednoczone ⁴³	Kara pięciu lat więzienia za posiadanie zarówno 500 g kokainy w proszku, jak i 5 g cracku; czarni mężczyźni stanowią 12% populacji ogólnej i tylko 13% populacji osób zażywających narkotyki, tymczasem stanowią aż 55% wśród skazanych za posiadanie narkotyków.
Brazylia ⁴⁷	Sukces w ograniczaniu ryzyka dzięki wprowadzeniu programów wymiany igieł.

Tabela 2. Przykłady opieki i leczenia w wybranych krajach

Czechy ⁴⁸	Programy wymiany igieł i strzykawek w 5 miastach, intensywna profilaktyka narkotykowa w gimnazjach.
Etiopia ¹⁸	Brak instytucji medycznych z odpowiednimi do leczenia uzależnień warunkami. Każdy, kto szuka pomocy medycznej w leczeniu uzależnienia od nielegalnej substancji, jest natychmiast aresztowany. Wielu lekarzy donosi o presji, jaką wywierają organy prawa, by zgłaszać przypadki osób, które zwracają się do nich z prośbą o leczenie.
Japonia ⁴⁹	Nieliczne ośrodki leczenia specjalizujące się w terapii uzależnienia nieletnich czy dorosłych. Większość ośrodków leczenia znajduje się w szpitalach psychiatrycznych.
Kenia ¹⁸	Pieniądze konfiskowane skazanym mają być przekazywane na zakładanie ośrodków leczenia uzależnień i rehabilitacji (nie przekazano na ten cel jeszcze żadnych środków)
Nepal ⁴⁸	Programy wymiany igieł i strzykawek w dwóch miastach.
Nigeria ¹⁸	Leczenie obejmuje poszukiwanie fizycznych, psychicznych i społecznych deficytów: detoksykacja, psychoterapia i poradnictwo na rzecz całkowitej abstynencji, rehabilitacja społeczna, pracownicza (doniesienia o wysokich odsetkach nieudanego leczenia) i poprzez naukę.
Tajlandia ³⁹	Program informacyjny w szkołach na wszystkich poziomach.
Stany Zjednoczone ⁵⁰⁻⁵⁵	Posiadanie, dystrybucja i sprzedaż strzykawek pozostaje w większej części kraju wykroczeniem. Rząd federalny nadal zabrania wykorzystywania funduszy federalnych na programy wymiany strzykawek (HR 982 – przepis o „trzymaniu strzykawek i igieł z dala od ulic”, nad którym nadal prowadzi się debaty, ma całkowicie i trwale zakazać jakiegokolwiek wykorzystywania federalnych funduszy na „bezpośrednie lub pośrednie” wspieranie programów wymiany igieł i strzykawek).
Zimbabwe ¹⁸	Plany krajowej edukacji narkotykowej i programów leczenia i rehabilitacji (jak dotąd żaden nie został wprowadzony w życie).

Od teorii do praktyki

Model podatności to analiza czynników powodujących występowanie różnorodnych konsekwencji zdrowotnych. Mimo że na pierwszy rzut oka problem zażywania substancji wydaje się ogromny, prawa człowieka pomagają politykom, pracownikom służby zdrowia i sektora zdrowia publicznego stawiać precyzyjnie określone kroki w kierunku znaczącego zmniejszania podatności. Umożliwia to przełożenie wysokich aspiracji skodyfikowanych w języku prawnym na praktyczne, możliwe do wykonania działania.

Szczególnie uważne potraktowanie praw człowieka może wskazać nowe sposoby postrzegania i reagowania na różnorodne przyczyny i w konsekwencji pomóc niwelować podatność na szkodliwe zażywanie substancji. Przyznawanie prawom człowieka szczególnego znaczenia służy zarówno przestrzeganiu, ochronie i zapewnianiu praw młodym ludziom, jak i promocji zdrowia. Pokazuje też potrzebę natychmiastowego działania i tworzenia strategii o charakterze długofalowym. Prawa człowieka, obok nakładania na rządy zobowiązań ich respektowania, proponują również standardy, które są w stanie ukierunkować (co w pewnym sensie ma miejsce już teraz) działania podejmowane przez organizacje pozarządowe i wszelkie inne instytucje zajmujące się zdrowiem i dobrostanem młodych ludzi.

Tabela 3 pokazuje jak specjaliści ds. profilaktyki, leczenia oraz ograniczania podatności młodzieży na używanie narkotyków, postrzegają wynikające z praw człowieka obowiązki wobec młodych ludzi. Kolumny zawierają wszystkie obowiązki, które rząd musi spełnić: przestrzeganie, ochronę i zapewnianie praw człowieka. Wiersze to poszczególne odpowiedzi programowe na trzy aspekty doświadczeń jednostki z narkotykami.

Tabela ilustruje, że obietnice rządu jeżeli chodzi o zapobieganie używaniu szkodliwych substancji przez młodzież są ze sobą w znacznym stopniu powiązane, jednak daleko im do zobowiązań leczenia tych młodych ludzi, którzy już zażywają lub nadużywają narkotyków, jak również do zobowiązań ograniczania podatności na nadużywanie substancji. Wspomniane kwestie nie zostaną tu szczegółowo opisane –

stanowić mają jedynie przykład zagadnień, jakich dotyczyć może podejście oparte na prawach człowieka.

Użyteczność takiej tabeli ilustrują wykorzystane powyżej przykłady. Mimo istnienia naukowych dowodów, że programy wymiany igieł ograniczają rozprzestrzenianie się wirusa HIV i nie prowadzą do wzrostu zażywania narkotyków, Stany Zjednoczone zakazały ich finansowania z funduszy federalnych⁵⁵. Zakaz ten może zwiększać podatność na negatywne konsekwencje zdrowotne, tym samym można go traktować jako nie-wywiązywanie się przez rząd z obowiązku przestrzegania prawa obywateli do zdrowia. Odczuwana przez lekarzy w Etiopii presja, by donosili policji o każdej osobie zgłaszającej się na leczenie, odzwierciedla niezdolność rządu do ochrony praw człowieka. Ostatecznie wywiera także negatywny wpływ na zdrowie osób uzależnionych: wiele z nich nie będzie szukało pomocy ze strachu przed więzieniem. Z drugiej strony w Nepalu podjęto kroki wypełnienia zobowiązań przez stopniowe zwiększanie liczby programów wymiany igieł i strzykawek.

Tabela 3 to również propozycja krytycznego podejścia do oceny planów i sposobów wprowadzania w życie nowej lub już istniejącej polityki oraz oceny jej praktycznych implikacji dla zdrowia publicznego i praw człowieka. Warto je poszerzyć o analizę sposobu, w jaki najlepsze praktyki zdrowotne w każdej z przedstawionych dziedzin mogą przyczyniać się do rozwijania praw człowieka. Daje to nadzieję na powstawanie programów, które rzeczywiście wpłyną na zmniejszenie częstotliwości szkodliwego zażywania substancji tak w kraju, jak i za granicą.

Tabela 3. Zobowiązania rządów dotyczące praw człowieka w odniesieniu do zażywania szkodliwych substancji

	Przestrzeganie	Ochrona	Zapewnianie
Profilaktyka	Rząd nie może naruszać praw człowieka podczas projektowania i wdrażania polityki oraz programów profilaktyki narkotykowej	Obowiązkiem rządu jest zapobieganie naruszaniu praw człowieka przez instytucje niepaństwowe. Przy projektowaniu i wdrażaniu polityki oraz programów profilaktyki narkotykowej	Rząd ma obowiązek podejmować administracyjne, prawne, sądowe i wszelkie inne kroki na rzecz promowania i ochrony praw człowieka w kontekście polityki narkotykowej i programów profilaktycznych, w tym również zapewniać prawne środki zadośćuczynienia osobom, których prawa ucierpiały na skutek niewłaściwego systemu
Leczenie	Rząd nie może naruszać praw bezpośrednio przy tworzeniu, wdrażaniu i ewaluacji programów leczenia uzależnień, łącznie z zapewnieniem wystarczającej dostępności programów, ich skuteczności, przystępności i jakości	Obowiązkiem rządu jest zapobieganie naruszaniu praw człowieka przez instytucje niepaństwowe przy tworzeniu, wdrażaniu oraz ewaluacji programów leczenia uzależnień lub zapewnianiu wystarczającej dostępności, efektywności, przystępności i jakości tych programów	Rząd ma obowiązek podejmować administracyjne, prawne, sądowe oraz wszelkie inne kroki, a także przeznaczać wystarczające środki w celu zapewnienia wystarczającej dostępności, efektywności, przystępności i jakości tych programów oraz zapewnić prawne środki zadośćuczynienia osobom, których prawa ucierpiały na skutek niewłaściwego systemu
Ograniczanie podatności	Rząd nie może bezpośrednio naruszać obywatelskich, politycznych, gospodarczych ani kulturowych praw człowieka, uznając, że zaniedbywanie i naruszanie tych praw ma bezpośredni wpływ na podatność	Obowiązkiem rządu jest zapobieganie naruszaniu praw przez instytucje niepaństwowe, uznając, że zaniedbywanie lub naruszanie praw ma bezpośredni wpływ na podatność	Rząd ma podejmować wszelkie możliwe administracyjne, prawne, sądowe i inne kroki, w tym poparcie dla mechanizmów rozwoju praw człowieka w kierunku ich promocji i ochrony oraz zapewniać prawne środki zadośćuczynienia osobom, które ucierpiały na skutek niewłaściwego systemu

Źródło: adaptowane z: Tarantola i Gruskin³¹

Do przodu

Pierwszym krokiem w kierunku pełnego wykorzystania podejścia opartego na prawach człowieka jest ocena stopnia odpowiedzialności rządu w kwestii zdrowia. Następnie można zbadać, w jaki sposób działania rządu - lub ich brak - przyczyniają się, czy nawet zachęcają młodzież do szkodliwego zażywania substancji, a także przeanalizować sposoby reagowania przez państwo na problem. Umożliwi to studiowanie ratyfikowanych przez dany kraj traktatów na temat praw człowieka lub ocena stopnia przestrzegania, ochrony i zapewniania praw człowieka przy pomocy przedstawionej powyżej tabeli. Dzięki temu możliwe będzie dokonanie analizy, na ile wzorce zażywania substancji przez młodzież odzwierciedlają stopień podporządkowania się przez państwo międzynarodowym traktatom oraz jakie działania podejmuje się po zidentyfikowaniu problemu.

Po drugie, osoby zaangażowane w badanie używania substancji przez młodzież, zarówno w sektorze państwowym, jak i pozarządowym, z pewnością interesować będą nowe kwestie związane ze stosowaniem i nadużywaniem przez młodzież środków odurzających, podnoszone przez proponowany model podatności.

Po trzecie, twórcy polityki zdrowia publicznego oraz osoby zajmujące się młodzieżą zażywającą narkotyki z powodzeniem stosować mogą proponowane ramy odniesienia do oceny aktualnie obowiązującej polityki zdrowotnej i istniejących programów. Ma to zastosowanie w szczególności wobec programów, których podstawowym celem nie jest zdrowie, jednak które mogą bezpośrednio wpływać na częstotliwość spożywania substancji wśród ludzi młodych (np. edukacja, polityka finansowa, mieszkaniowa i infrastrukturalna, rozwój obszarów wiejskich). Taka ewaluacja może stać się narzędziem walki o rozwijanie i wdrażanie nowych programów profilaktycznych w różnych sektorach życia publicznego lub może być rewizją dotychczas funkcjonujących programów.

I wreszcie, dzięki identyfikacji uchybień rządów w podporządkowaniu się zobowiązaniom wobec praw człowieka, organizacje pozarządowe zyskują możliwość zastosowania struktury praw człowieka

we własnej pracy, a także sprawdzenia, w jaki sposób mogą uzupełnić rządowe działania na rzecz promocji i ochrony zdrowia oraz praw młodych ludzi.

Nie ulega wątpliwości, że skuteczność działań na rzecz ograniczenia używania szkodliwych substancji przez młodzież oraz promocja i ochrona praw człowieka zależą od obowiązującego systemu prawnego. Brak odpowiedniego systemu w wielu krajach uniemożliwia prowadzenie skutecznej kontroli narkotyków, profilaktyki oraz leczenia osób uzależnionych. Nieegzekwowane lub egzekwowane wybiórczo przepisy nie dają poczucia ochrony praw człowieka, zwłaszcza wtedy, gdy dotyczą sfery powszechnie uważanej za prywatną. Rządy nie mogą ograniczać swoich inicjatyw do samego definiowania działań legalnych i nielegalnych. Ich zadaniem jest ustanawianie jasnych mechanizmów ochrony praw człowieka poprzez egzekwowanie istniejących uregulowań prawnych. Pomoc organizacji międzynarodowych polegać może na budowie i umacnianiu funkcjonowania istniejących instytucji w celu zapewnienia właściwego postępowania sądów i skutecznych środków zaradczych wobec pojawiających się problemów.

Wnioski

Analiza zażywania substancji przez młodzież z punktu widzenia praw człowieka na razie raczkuje. Skuteczne reagowanie na problem zażywania narkotyków wymaga wykorzystywania strategii krótkoterminowych, takich jak skuteczniejsze środki kontroli podaży narkotyków, jak i długoterminowych, takich jak profilaktyka, edukacja i leczenie osób uzależnionych. Mimo powszechnego traktowania obu tych podejść nie tyle jako całkowicie niezależnych od siebie, lecz sprzecznych, czy nawet rywalizujących (o środki finansowe, uwagę i wiarygodność), stanowią one nieodzowne części spójnego, kompleksowego systemu profilaktyki używania szkodliwych substancji. Jednak zarówno w długo- jak i krótkoterminowych strategiach redukcji podaży i popytu, sprawą najwyższej wagi jest wyraźne przestrzeganie, ochrona i zapewnianie praw człowieka. Jeśli warunek ten nie jest spełniony, nawet najlepiej zaprojektowana strategia może grozić naruszaniem praw młodych ludzi,

niezależnie od tego, czy już zażywają substancje, czy są „tylko” na ich zażywanie podatni.

Naszą intencją było pokazanie, że przestrzeganie, ochrona i zapewnianie praw młodych ludzi może zmniejszać ich podatność na zażywanie substancji. Proponujemy nie tylko teoretyczną podstawę analizy polityki zdrowia publicznego z perspektywy praw człowieka, ale również praktyczne narzędzie do jej przeprowadzenia, które może okazać się użyteczne dla twórców polityki, przedstawicieli służby zdrowia i innych osób zaangażowanych w przeciwdziałanie szkodliwemu zażywaniu substancji. Mamy nadzieję, że zaprezentowane tu poglądy stanowią będą kolejny krok na drodze ku dialogowi na temat nowych, skutecznych sposobów promocji i ochrony zdrowia młodzieży w zgodzie z ideałami praw człowieka.

Przypisy

- ¹ List otwarty do [Sekretarza Generalnego Organizacji Narodów Zjednoczonych] Kofiego Annana, 1 lipca 1998. Dostępny na stronie: <http://www.lindesmith.org/news/un.html>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ² Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H, *Health and human rights*, Health Hum Rights. 1994;1:6–23.
- ³ Youth Health—For a Change: A UNICEF Notebook on Programming for Young People's Health and Development, Nowy Jork, UNICEF 1997.
- ⁴ Konwencja o Substancjach Psychotropowych, 1971. Dostępna na stronie: <http://www.incb.org/e/conv/1971/articles.htm>. Data wejścia na stronę: 8 października 2001. (Polski tekst konwencji dostępny na stronie: <http://www.ms.gov.pl/ue/ue4in1.shtml>. Data wejścia na stronę: 23.08.2004 - przyp. tłum.)
- ⁵ *World Drug Report Highlights*, Wiedeń, United Nations Drug Control Program 1997.
- ⁶ *The Social Impact of Drug Abuse*, Wiedeń, United Nations Drug Control Program 1995. Dostępne również (w formacie PDF) na stronie: <http://www.undcp.org/technical%26amp;#95;series%26amp;#95;1995-03-01%26amp;#95;1.html>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ⁷ *Youth and Drugs: A Global Overview*. Report of the Secretariat. New York, United Nations Economic and Social Council 1999.
- ⁸ United Nations Drug Control Program, *Drugs and Development*, UNDCP Technical Series 1994/06/01. Dostępny (w formacie PDF) na stronie: <http://www.odccp.org/-20/technical%26amp;#95;series%26amp;#95;1994-06-01%26amp;#95;1.html>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001.

- ⁹ Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających, 1961, znowelizowana w 1972 roku przez Protokół Uzupełniający Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających, 1961. Dostępna na stronie: <http://www.incb.org/e/conv/1961/>. Data wejścia na stronę: 8 października 2001.
- ¹⁰ Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, 1988. Dostępna na stronie: <http://www.incb.org/e/conv/1988/>. Data wejścia na stronę: 8 października 2001. Tekst w języku polskim dostępny na stronie: <http://www.narkomania.gov.pl/akty.htm>, data wejścia na stronę: 23.08.2004 (przyp. tłum.).
- ¹¹ *Youth and Drugs: A Global Overview*. Report of the Secretariat. New York, United Nations Economic and Social Council 1999.
- ¹² *Economic and Social Council begins three-day high-level discussion on international cooperation to combat illicit drugs* [informacja prasowa]. Nowy Jork, Organizacja Narodów Zjednoczonych 1996. ECOSOC/5644.
- ¹³ McCarthy M, *UN adopts plans to combat worldwide illicit drug use*. *Lancet* 1998;351:1863.
- ¹⁴ Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 1992.
- ¹⁵ Ozaki S, *Current status of drug abuse among youth in Japan*. Artykuł przygotowany na Konferencję WHO na temat młodzieży i nadużywania substancji w kontekście urbanizacji, 7-11 lutego 2001, Kobe, Japonia
- ¹⁶ Boonmongkon P, Sanders S, Suttikasem P, Promchitta P, Sopikul K, *Urbanization, youth and substance abuse in Thailand: lessons learned and new directions*, Artykuł przygotowany na Konferencję WHO na temat młodzieży i nadużywania substancji w kontekście urbanizacji, 7-11 lutego 2001, Kobe, Japonia
- ¹⁷ United Nations Drug Control Program. Bulletin on narcotics. 1994, Numer 1. Dostępny na stronie: <http://www.undcp.org/bulletin%26amp;#95;on%26amp;#95;narcotics.html>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ¹⁸ *The Drug Nexus in Africa*. Wiedeń, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, marzec 1999, UNODCCP Studies on Drugs and Crime Monographs.
- ¹⁹ *Charter of the United Nations*, Dostępny na stronie: <http://www.un.org/aboutun/charter/index.html>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ²⁰ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, 10 grudnia 1948, dostępna na stronie: <http://www.un.org/overview/rights.html>, data wejścia na stronę: 5 października 2001. (Tekst w języku polskim dostępny na stronie: http://www.unic.un.org.pl/prawa_czlowieka/dok_powszechna_deklaracja.php - przyp. tłum.).
- ²¹ Redress—International Covenant on Civil and Political Rights. UN GA Res 2200 (XXI). Available at: <http://www.redress.org/uniccpr.html>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ²² Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Zgromadzenie Ogólne ONZ Res 2200 (XXI). Dostępny na stronie: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a%26amp;#95;cescr.htm>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001 (Tekst w wersji polskiej [format RTF] dostępny jest na stronie: http://www.unic.un.org.pl/prawa_czlowieka/dok_konwencje_traktatowe.php - przyp. tłum.)

- ²³ Konwencja w Sprawie Zakazania Tortur oraz Innego Okrutnego, Nieludzkiego lub Poniżającego Traktowania albo Karania, Zgromadzenie Ogólne ONZ Res 39/45, dostępna na stronie: <http://www.unhch.ch/html/menu3/b/h%26amp;#95;cat39.htm>. Data wejścia na stronę: 5 listopada 2001 (Tekst w wersji polskiej [format RTF] dostępny jest na stronie: http://www.unic.un.org.pl/prawa_czlowieka/dok_konwencje_traktatowe.php – przyp. tłum.)
- ²⁴ Konwencja Praw Dziecka, Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych, Res 44/25, dostępny na stronie: <http://www.unhechr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>, data wejścia na stronę: 5 października 2001 (Tekst w wersji polskiej [format RTF] dostępny jest na stronie: http://www.unic.un.org.pl/prawa_czlowieka/dok_konwencje_traktatowe.php – przyp. tłum.)
- ²⁵ Międzynarodowa Konwencja w Sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Rasowej, Zgromadzenie Ogólne ONZ, Res 2106A(XX). Dostępna na stronie: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d%26amp;#95;icerd.htm>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001 (Tekst w wersji polskiej [format RTF] dostępny jest na stronie: http://www.unic.un.org.pl/prawa_czlowieka/dok_konwencje_traktatowe.php – przyp. tłum.)
- ²⁶ African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights. 27 czerwca 1981. OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982). Dostępna na stronie: <http://www.oau-oua.org/oau%26amp;#95;info/charter.htm>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ²⁷ Rada Europy (1950). Europejska Konwencja Ochrony Praw Człowieka i Podstawowych Wolności i jej Dziewięć Protokołów ETS No.005. Dostępna na stronie: <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/cadreprincipal.htm>. Data wejścia na stronę: 5 października 2001 (Tekst w wersji polskiej dostępny jest na stronie: <http://www.prawaczlowieka.net/community/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=22> – przyp. tłum.)
- ²⁸ Amerykańska Konwencja o Prawach Człowieka. OAS Treaty Series No. 36. Dostępna na stronie: <http://www.oas.org/>, data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ²⁹ Eide A, *Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*. W: Eide A, Krouse C, Rosus A (Red.). *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook*. Dordrecht, Holandia, M. Nijhoff, 1995:21–40.
- ³⁰ Sullivan DJ, *The nature and scope of human rights obligations concerning women's right to health*, Health Hum Rights. 1995;1:368–398.
- ³¹ Tarantola D, Gruskin S. *Children confronting HIV i AIDS: charting the confluence of rights and health*. Health Hum Rights. 1998;3:62–65.
- ³² *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provision in the International Covenant on Civil and Political Rights*. Nowy Jork, United Nations Economic and Social Council: 1984. UN Doc. E/CN.4/1984/4.
- ³³ Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. J Adolesc Health. 1991;12:597–605.
- ³⁴ Igra V, Irwin C. *Theories of adolescent risk-taking behavior* W: DiClimente RJ, Hansen WB, Ponton LE (Red.) *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. Nowy Jork: Plenum Press: 1996.

- ³⁵ Tarantola D. *Risk and vulnerability reduction in the HIV i AIDS pandemic*. Curr Issues Public Health. 1995;1:176–179.
- ³⁶ *Expanding the Global Response to HIV AIDS Through Focused Action Reducing Risk and Vulnerability: Definitions. Rationale and Pathways*. Genewa, UNAIDS; 1998.
- ³⁷ Gruskin S, Tarantola D. *HIV i AIDS, health and human rights*. W: Lamptey P, Gayle H, Mane P. (Red.) *HIV AIDS Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*. Arlington Va: Family Health International. In press.
- ³⁸ *Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Luxembourg*. Geneva, Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. praw człowieka, 24 lipiec 1998, paragraf 28, CRC/C/15/Add.92.
- ³⁹ *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances*, cytowany przez: Tomasevski K. *Health* W: Schachter O. Joyner C (Red.) *United Nations Legal Order*. Cambridge. England: Cambridge University Press; 1995:859–906.
- ⁴⁰ Tomasevski K. *Health*. W: Schachter O. Joyner C (Red.) *United Nations Legal Order*. Cambridge, England: Cambridge University Press: 1995:859–906.
- ⁴¹ Drucker E. *Drug prohibition and public health: 25 years of evidence*. Public Health Rep. 1999;114:99–1110.
- ⁴² Wodak A. *Health, HIV infection, human rights, and injecting drug use*, Health Hum Rights. 1998;2(4):25–41.
- ⁴³ *World Drug Report Fact Sheet*. Vienna, Austria: United Nations Drug Control Program; 1997.
- ⁴⁴ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention Bulletin on narcotics 1992. Numer 1. Dostępny na stronie: <http://www.undcp.org/bulletin%26amp;#95;on%26amp;#95;narcotic.html>, data wejścia na stronę: 5 października 2001.
- ⁴⁵ Grieg A. *The War on Drugs and a Harm Reduction Response*. Participant manual. Harm Reduction Training Institute Overview Course. New York, NY: Harm Reduction Training Institute; 1998.
- ⁴⁶ Drucker E, Hantman JA. *Harm reduction drug policies and practice: international developments and domestic initiatives. Overview of asyposium* 22 marca 1995. *Bull N Y Acad Med*. 1995;72(2):335–338.
- ⁴⁷ Resnicow K, Drucker E, *Reducing the harm of a failed drug control policy*. *Am Psychol*. 1999;54:842–843.
- ⁴⁸ The Lindesmith Center—Drug Policy Foundation. Focal point; needle exchange/ syringe availability. 2001. Dostępne na stronie: <http://www.lindesmith.org/library/local9.html>, Data wejścia na stronę: 8 października 2001
- ⁴⁹ Bangladesh Narcotics Control Act, 1990. Dostępny na stronie: <http://www.undcp.org/legislation.html> Data wejścia na stronę: 8 października 2001
- ⁵⁰ Van Vliet H. *Separation of drug markets and the normalization of drug problems in the Netherlands: an example for other nations?* *J Drug Issues* 1990;20:463–471.
- ⁵¹ Syrian Arab Republic Narcotic Drugs Law 12 kwietnia 1993, dostępne na stronie: <http://www.undcp.org/legislation.html> Data wejścia na stronę: 8 października 2001

- ⁵²United Nations Drug Control Program Bulletin on narcotics. 1993. Numer 1. Dostępny na stronie: <http://www.undcp.org/bulletin%26amp;#95;on%26amp;#95;narcotics.html>, Data wejścia na stronę: 5 października 2001.
- ⁵³United Nations Drug Control Program Bulletin on narcotics. 1996, Numer 1. Dostępny na stronie: <http://www.undcp.org/bulletin%26amp;#95;on%26amp;#95;narcotics.html>, data wejścia na stronę: 5 października 2001.
- ⁵⁴United Nations Drug Control Program. Bulletin on narcotics. 1989. Numer 1. Dostępny na stronie: [http://www.undcp.org/bulletinon narcotics.html](http://www.undcp.org/bulletinon%20narcotics.html), data wejścia na stronę: 5 października 2001
- ⁵⁵Needle exchange programs: part of a comprehensive HIV prevention strategy. US Dept of Health and Human Services fact sheet. Dostępny na: <http://www.hhs.gov/news/press/1998pres/980420b.html>, data wejścia na stronę: 8 października 2001

Sofia Gruskin pracuje w Programie Zdrowia Międzynarodowego i Praw Człowieka Centrum Praw Człowieka Franc-Xaviera Bagnoid.

Alison Smith-Estelle jest doktorantką w Departamencie Populacji i Zdrowia Międzynarodowego Harvardzkiej Szkoły Zdrowia Publicznego w Bostonie.

Karen Plafker pracuje w Programie Zdrowia Publicznego Open Society Institute w Nowym Jorku.

American Journal of Public Health, Grudzień 1991, nr 12(2001): 1954-63.
Przedruk za zgodą.

Testowanie uczniów w szkole na obecność narkotyków – za i przeciw

Bogusława Bukowska

Do napisania artykułu o zjawisku testowania uczniów w szkole na obecność narkotyków lub ich metabolitów w moczu skłoniły mnie pojawiające się od czasu do czasu w środkach masowego przekazu informacje o tym, że dyrekcja tej czy innej szkoły zdecydowała o przeprowadzeniu wśród uczniów wyżej wspomnianych badań. Zdarza się, że wdrożenia tej procedury domagają się również zagubieni rodzice, którzy wierzą, że w ten sposób uchronią swoje dziecko przed pokusą sięgnięcia po zakazane substancje. Niekiedy adwokatami testowania są też politycy i parlamentarzyści. Wszyscy kierują się troską o zdrowie i przyszłość młodych ludzi i wskazują na konieczność ograniczenia „plagi” narkomanii wśród uczniów. Argumentem tym towarzyszy przekonanie, że proponowana metoda może przyczynić się do zmniejszenia wskaźników stosowania środków odurzających przez młodzież szkolną. Zgadzając się z konstatacją, że problem narkotykowy od dawna przybiera niepokojące rozmiary i należy dołożyć wszelkich starań, aby te zagrażające zdrowiu a niekiedy i życiu młodych ludzi zachowania ograniczyć, postanowiłam przyjrzeć się samej metodzie wykorzystywanej do badań w szkole – testom paskowym, jakościowym, dostępnym w aptekach bez recepty. Metoda ta oraz trudności w jej stosowaniu skłaniają do postawienia co najmniej kilku pytań.

Czy testowanie jest efektywnym narzędziem ograniczania używania narkotyków przez młodzież szkolną?

Odpowiedź na to pytanie powinna mieć kluczowe znaczenie przy podejmowaniu decyzji o testowaniu uczniów. Poszukując odpowiedzi rozmawiałam z przedstawicielami takich instytucji jak Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie oraz Open Society Institute w Nowym Jorku. Miałam też możliwość uczestniczenia w pracach grupy roboczej powołanej w ramach Grupy Pompidou Rady Europy, której uwaga w szczególności skupiona jest na zagadnieniu testowania uczniów w szkole. Pytałam o ten problem także kolegów z kilku europejskich krajów, przejrzałam też wiele stron internetowych. Wyniki moich poszukiwań mierzone liczbą badań, które udało mi się odnaleźć, są bardzo skromne. W Europie badania takie prawdopodobnie nie były prowadzone. Być może przyczyna tego stanu rzeczy tkwi w tym, że testowanie uczniów w szkole jako metoda profilaktyczna ma na naszym kontynencie, a w szczególności w krajach Europy Zachodniej, marginalne znaczenie. W Hiszpanii, Francji, Włoszech, Portugalii, Danii, Holandii i Austrii w ogóle nie jest stosowana. Władze oświatowe Szwecji w odpowiedzi na przypadki testowania w szkole wypowiedziały się przeciwko poddawaniu badaniom uczniów poniżej 15 roku życia. Z kolei w takich krajach jak Irlandia, Wielka Brytania, Czechy, Finlandia, Norwegia, Bułgaria, Rumunia, a także Polska, metoda ta znajduje nieraz zastosowanie – w szczególności wobec uczniów podejrzewanych o używanie narkotyków – wzbudzając zwykle kontrowersje i ożywione dyskusje. Inaczej rzecz ma się w przypadku USA, gdzie w propagowanie testowania zaangażowana jest administracja George’a Busha (podobnie jak poprzednie konserwatywne rządy poczynawszy od prezydentury Ronalda Reagana). Być może z tej też przyczyny w Stanach Zjednoczonych podjęto badania, których celem było ustalenie, czy testowanie uczniów ma wpływ na sięganie po narkotyki przez młodzież szkolną. Badanie zostało przeprowadzone przez Uniwersytet Michigan w latach 1998-2001 na

ogólnokrajowej próbie uczniów klas 8, 10 i 12 (młodzież pomiędzy 13 a 18 rokiem życia). W sumie uczestniczyło w nim 76.000 uczniów z 722 szkół. Było to, jak podkreślają autorzy, największe badanie, jakie kiedykolwiek przeprowadzono na temat efektywności polityki stosowania testów w szkole. Wyniki ponad wszelką wątpliwość wskazują, że fakt testowania uczniów nie miał wpływu na poziom korzystania przez nich z nielegalnych substancji odurzających. Porównanie grup młodzieży ze szkół uczestniczących w programach testowania z grupą kontrolną (szkoły nie stosujące testowania) nie wykazało istotnych statystycznie różnic w zakresie używania narkotyków. W szkołach prowadzących testowanie 21 % uczniów przyznało się do korzystania z innych niż marihuana substancji nielegalnych w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie. Wśród uczniów szkół, które nie stosowały testowania wskaźnik ten wynosił 19 %. Analiza przeprowadzona w odniesieniu do marihuany, która podobnie jak w Europie jest najczęściej stosowanym przez młodzież nielegalnym środkiem odurzającym pokazała, że 37 % uczniów szkół, w których wykonano testy przyznało się do sięgania po tę używkę (w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie). Analogiczny wskaźnik w grupie uczniów uczęszczających do szkół, w których testowania nie prowadzono, wyniósł 36 %. Badacze postanowili także dokładniej przyjrzeć się grupie uczniów, którzy deklaruwali stosunkowo częste zażywanie marihuany (co najmniej 20-krotnie w ciągu całego życia). Przeprowadzone analizy pozwoliły stwierdzić, że wskaźniki przyjmowania nielegalnych substancji także w tej grupie uczniów były identyczne bez względu na to, czy w ich szkołach stosowano testowanie czy też nie. Autorzy badania podkreślili, że najsilniejszymi predyktorami używania narkotyków przez uczniów są ich postawy wobec tych substancji oraz przekonania normatywne dotyczące ich stosowania przez rówieśników. Autorzy zwracają uwagę także na fakt, że testowanie nie przyczynia się do zidentyfikowania uczniów istotnie zagrożonych problemem narkomanii, których należałoby objąć szczególnie mądrą i troskliwą opieką. Testując uczniów możemy otrzymać wyłącznie informację o fakcie użycia określonej substancji (też niezbyt pewną, o czym za chwilę) – nie wiemy zaś, czy mamy do czynienia z osobą eksperymentującą, czy z taką, która często sięga po

narkotyki, czy zdarzenie to miało miejsce wczoraj, czy wiele tygodni wcześniej (potwierdzenie użycia przetworów konopi jest możliwe do kilku miesięcy po zdarzeniu). Ustalenie czy użycie było incydentalne czy wpisuje się w stały repertuar zachowań młodego człowieka, ma kluczowe znaczenie w procesie planowania i wyboru adekwatnych działań zaradczych.

Wyniki powyższego badania opublikowano w kwietniu 2003 roku w „Journal of School Health”. Jakkolwiek rezultaty jednego badania nie dają pełnych podstaw do formułowania ogólnego wniosku iż testowanie jest nieskuteczne w osiąganiu planowanych celów, to wynik tego badania powinien skłonić do refleksji i dużej ostrożności przy podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu testowania.

Czy testowanie uczniów w szkole może szkodzić?

Primum non nocere – po pierwsze nie szkodzić. Najważniejsza zasada w profilaktyce, leczeniu i wielu innych obszarach. Tymczasem testowanie uczniów w szkołach stwarza ryzyko wystąpienia niepożądanych, szkodliwych konsekwencji.

Przede wszystkim test może dać wynik fałszywie negatywny. Z sytuacją taką mamy do czynienia wówczas, gdy uczeń stosował narkotyki, ale test tego nie ujawnia z powodu zbyt małej czułości lub ze względu na działania mające na celu zafałszowanie wyniku. Można to osiągnąć na przykład poprzez dodanie do próbki stosunkowo łatwo dostępnych substancji chemicznych zmieniających odczyn moczu na alkaliczny. Informacje na temat tych środków są dostępne na niektórych stronach internetowych. Najprostszym zaś sposobem wprowadzenia w błąd w takiej sytuacji jest wypicie dużej ilości płynu przed badaniem lub zamiana próbki i oddanie do analizy moczu kolegi, który nie używał narkotyków. Aby mieć pewność, że pobrano właściwą próbkę, należałoby wzorem rozwiązań zastosowanych w programach leczenia substytucyjnego obserwować ucznia podczas czynności oddawania moczu na potrzeby tego badania. Czy szkoła jest odpowiednim miejscem do

podejmowania takich ingerencji w prywatność młodego człowieka? Pytanie to pozostawiam do rozstrzygnięcia Czytelnikowi.

W tym kontekście szczególnie ważne wydają się konsekwencje wyników fałszywie negatywnych lub niemożliwych do jednoznacznej interpretacji. Nietrudno zgadnąć, że uczeń ma poczucie bezkarności swoich zachowań związanych z używaniem narkotyków, a rodzice i nauczyciele – złudne i groźne w skutkach poczucie, że wszystko jest w porządku. Badanie testowe nic w sytuacji ucznia nie zmienia, nie daje podstaw do podjęcia pożądanых działań wychowawczych. Odwrotnie – może spowodować zaniechanie czynów i fałszywe poczucie uspokojenia. Przykład ten dobrze pokazuje, że testy nie są w stanie zastąpić dobrego kontaktu wychowawczego i wrażliwości na problemy ucznia.

Należy ponadto uwzględniać ewentualność wystąpienia wyniku fałszywie pozytywnego, tzn. wynik testu wskazuje na stosowanie środków odurzających pomimo, że uczeń z nich nie korzystał. Sytuacja taka jest możliwa przy przyjmowaniu leków interferujących w oznaczanie narkotyków, np. zawierających kodeinę (syropy na kaszel). Test może wówczas dać pozytywny wynik dla opiatów. W badaniach przeprowadzonych przez Pracownię Toksykologiczną Centralnego Laboratorium Klinicznego przy Szpitalu Klinicznym nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku stwierdzono występowanie na rynku polskim leku, który może interferować w oznaczenie kanabinoidów. W tych samych badaniach potwierdzono, że spożycie tradycyjnego makowca niesie za sobą ryzyko pozytywnego wyniku dla opiatów. Chociaż wyniki fałszywie pozytywne zdarzają się rzadko, to jednak nie należy tego faktu tracić z pola widzenia. Jakiegokolwiek ukaranie ucznia w takiej sytuacji byłoby rażąco niesprawiedliwe, podważające jego wiarę w fundamentalne wartości, takie jak zaufanie czy sprawiedliwość.

Wymienione wyżej poważne ograniczenia testów powinny skłonić do refleksji rodziców, nauczycieli i wychowawców. Cena jaką może zapłacić uczeń – ofiara tych „testowych pomyłek” – jest zbyt wysoka.

W bilansie potencjalnych niepożądanych konsekwencji testowania warto uwzględnić także możliwość „sprowokowania” ucznia do używania substancji niosących za sobą ryzyko większych szkód zdrowotnych (w tym uzależnienia), ale trudniejszych do ujawnienia w teście. Łatwiej

jest wykryć przypadki korzystania z przetworów konopi niż opiatów, gdyż pochodne tych pierwszych dłużej utrzymują się w moczu niż metabolity tych drugich. Z kolei sięgnięcie po takie używki jak środki wziewne czy LSD nie powoduje żadnego ryzyka zidentyfikowania w drodze testowania, z powodu braku odpowiednich testów.

Na zakończenie tej części rozważań chciałabym odwołać się do wiedzy na temat zachowań problemowych dzieci i młodzieży. Odurzanie się narkotykami, wagarowanie, porzucenie nauki szkolnej – to tylko niektóre z długiej listy ryzykownych zachowań. Wiemy, że zwykle występują one „wiązkami” i wzajemnie się wzmacniają. Używanie substancji psychoaktywnych może zatem prowadzić do zaniedbań w nauce i wagarów ze względu na dynamikę problemu narkotykowego. Testowanie uczniów nie przyczynia się do ograniczenia przez nich kontaktu ze środkami odurzającymi, może natomiast wpłynąć na zwiększenie liczby absencji w szkole. Unikanie zajęć szkolnych zdarza się dosyć często z daleko bardziej błahych powodów (np. nie-przygotowanie się do lekcji). Sytuacja, w której uczeń antycypuje ryzyko ujawnienia poprzez test faktu użycia narkotyków może, jako wyraźnie zagrażająca, zwiększać ryzyko wystąpienia dysfunkcyjnych zachowań młodzieży, w tym wagarowania.

Testowanie a kwestie etyczne i prawne

Zajmując się problemem testowania nieuchronnie dotykamy wielu zagadnień natury etycznej i prawnej. Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie, której Polska jest sygnatariuszem, w Art. 5, dotyczącym warunków koniecznych do przeprowadzenia interwencji medycznej, ma zapis o udzieleniu, przed jej zaistnieniem, osobie zainteresowanej (w tym wypadku rodzicom) odpowiednich informacji o celu, naturze tej interwencji oraz jej konsekwencjach i związanym z nią ryzyku. Wiedza ta jest niezbędna do podjęcia przez nich odpowiedzialnych decyzji. W Art. 17, traktującym o ochronie osób niezdolnych do wyrażania zgody czytamy, że badania mogą być przeprowadzone m.in. wówczas, gdy ich wyniki są w stanie zapewnić rzeczywistą i bezpośrednią korzyść dla zdrowia osoby zainteresowanej. W świetle powyższych zapisów,

wprawdzie nie dotyczących bezpośrednio zagadnień profilaktycznych i testowania w szkole, zasadne wydają się zastrzeżenia do badań testowych. Obecnie nie dysponujemy bowiem wiedzą, która dawałaby wiarygodne podstawy by sądzić, iż testowanie przyczynia się do ograniczenia problemu i może być korzystne dla zdrowia naszych dzieci. Myśląc zaś o ryzyku i możliwych konsekwencjach warto pamiętać o prawdopodobieństwie wystąpienia wyników fałszywie pozytywnych lub fałszywie negatywnych oraz o poważnych, praktycznych ograniczeniach w ich weryfikacji. Należałoby zatem rodzicom uczciwie powiedzieć, że w świetle badań efekty testowania uczniów w szkole są co najmniej wątpliwe. Argumentowanie, że może ono pomóc w ograniczaniu sięgania po narkotyki, w omawianym kontekście wydaje się być nieetycznym nadużyciem.

Powyższe wątpliwości nie wyczerpują listy wszystkich problemów natury etycznej, prawnej czy wreszcie wychowawczej. Pozostaje jeszcze np. kwestia tak trudna do oszacowania i weryfikacji jak wzajemne zaufanie pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi stronami: rodzicami, uczniami i nauczycielami.

Testowanie – metoda kosztowna

Problem, o którym także trzeba wspomnieć to koszty testowania. Testy paskowe dostępne w aptekach lub sprzedawane w hurtowniach farmaceutycznych są drogie. Gdybyśmy chcieli zrealizować pomysł wprowadzenia testów we wszystkich polskich gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, jak to proponował jeden z parlamentarzystów, otrzymalibyśmy kwotę, której nie udźwignąłby żaden resort ani samorząd lokalny. Dodajmy, że wydalibyśmy pieniądze na metodę, co do której brak jakichkolwiek przesłanek, że poprawia sytuację i kondycję uczniów.

W trosce o młodych ludzi, ich teraźniejszość i przyszłość, stosujmy metody wiarygodne i sprawdzone, oparte na dobrym kontakcie wychowawczym, otwartej komunikacji, wrażliwości na potrzeby młodego człowieka, nie budzące wątpliwości natury etycznej, pamiętając zawsze o zasadzie *primum non nocere*. Wytrwale i otwarcie wyjaśniamy

wszystkim zdezorientowanym osobom: rodzicom, nauczycielom, dyrektorom szkół, urzędnikom i politykom zagadnienie testowania uczniów w szkole w nadziei, że proponowanie takich wątpliwych rozwiązań profilaktycznych wyda się szkole, uczniom i rodzicom czymś wstydliwym i niewłaściwym. Testowanie pozostawmy zaś placówkom terapeutycznym, stosującym tę metodę dla kontroli abstynencji, zgodnie z przyjętymi standardami leczenia.

Artykuł ukazał się w miesięczniku „Remedium”, nr 9 z 2004 r., wydawca PARPA

Bogusława Bukowska jest Zastępcą Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Zdrowie, zakażenie HIV, prawa człowieka i iniekcyjne zażywanie narkotyków

Alex Wodak

Epidemia AIDS wybuchła w latach osiemdziesiątych XX wieku. Wkrótce okazało się, że choroba ta jest wynikiem zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) poprzez kontakt płciowy lub krew. W reakcji na epidemię szybko zaczęto nawoływać do podejmowania drakońskich działań przeciwko grupom, którym przypisywano największe ryzyko zakażenia twierdząc, że tak nakazuje tradycyjne podejście sektora zdrowia publicznego do epidemii choroby rozprzestrzeniającej się przez niebezpieczne drobnoustroje. Na szczęście niewielu przekonały te argumenty. Narodziło się alternatywne podejście oparte na przekonaniu, że tylko energiczne próby ochrony praw wszystkich ludzi, zwłaszcza najbardziej podatnych członków społeczeństwa, mogą zapewnić kontrolę nad rozprzestrzenianiem się HIV.

Niemal we wszystkich krajach świata grupy najbardziej narażone na zakażenie wirusem HIV, takie jak mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami, osoby sprzedające usługi seksualne i osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki, są od dawna dyskryminowane. Z różnych zakątków świata płyną dowody empiryczne, że oparte na szacunku dla praw człowieka strategii profilaktyczne pozwalają władzom skuteczniej angażować w nie grupy wysokiego ryzyka, ograniczając tym samym niebezpieczne zachowania i zmniejszając rozprzestrzenianie się wirusa HIV¹.

Ochrona praw wszystkich ludzi, zwłaszcza populacji marginalizowanych, stała się głównym zadaniem tych, którzy troszczą się o losy

obecnych i przyszłych pokoleń w obliczu zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych kosztów niewłaściwej kontroli dynamicznego wzrostu zakażeń HIV. Artykuł ten przekonuje, że powszechne odmawianie podstawowych praw osobom zażywającym narkotyki i słaba kontrola rozprzestrzeniania się wirusa są ściśle związane z niemal powszechnym skupianiem się na ograniczaniu dostępności narkotyków przy pomocy środków egzekwowania prawa, choć podejście oparte na redukcji szkód byłoby niewątpliwie bardziej użyteczne.

IDU i podatność na zakażenie HIV

Wirus HIV zmienił nie tylko postrzeganie osób wstrzykujących sobie narkotyki, ale również sam sposób zażywania tych środków. Osoby przyjmujące substancje psychoaktywne drogą iniekcyjną (IDUs) zawsze stanowiły jedną z najbardziej dyskryminowanych grup społecznych, zwłaszcza w krajach, w których polityka narkotykowa opiera się prawie wyłącznie na próbach ograniczenia podaży nielegalnych środków. Dlatego przy dokonywaniu ewaluacji poprzednich, aktualnych i dopiero proponowanych działań rządów poszczególnych krajów oraz organizacji międzynarodowych na rzecz kontroli rozprzestrzeniania się wirusa HIV, niezwykle ważna jest ocena nacisku, jaki kładziony jest na prawa osób iniekcyjnie zażywających narkotyki.

Dziesięć lat temu wydawało się, że problem zażywania narkotyków, również poprzez wstrzykiwanie, ogranicza się do bogatych, zindustrializowanych krajów świata. Podobnie było z zakażeniami wirusem HIV wśród osób aplikujących sobie narkotyki w ten właśnie sposób. Niestety nie jest to już prawdą. Na przykład w roku 1988 w Tajlandii, w ciągu niespełna miesiąca, zakażenia HIV wśród IDUs zaczęły się gwałtownie rozprzestrzeniać, obejmując 4 % populacji. Wkrótce epidemia zagroziła ludności w skali całego kraju, coraz częściej przenosząc się na drodze kontaktów heteroseksualnych. Szybko dotknęła także osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki w krajach sąsiadujących: Birmie, północno-wschodnich Indiach, południowo-zachodnich Chinach, Wietnamie i Malesji². Okazało się, że w coraz większej liczbie państw rozwijających się, zażywanie narkotyków przy użyciu igły i strzykawki jest

o wiele częstsze, niż do tej pory sądzono, zaś wirus HIV rozprzestrzenia się lawinowo zarówno w populacji IDUs, jak też wśród ich partnerów seksualnych.

Doświadczenie w wielu częściach świata pokazuje, że tam, gdzie częste są zakażenia HIV wśród IDUs poprzez dzielenie się niesterylnym sprzętem do iniekcji, zdarzają się również przypadki zakażeń na drodze kontaktów seksualnych IDUs z niezauważającymi narkotyków partnerami seksualnymi. Około 1/3 nowych przypadków AIDS w Stanach Zjednoczonych, przypisywanych zakażeniu na drodze kontaktów heteroseksualnych, to wynik kontaktów seksualnych zakażonych wirusem HIV IDUs i ich „czystych” partnerów³. Daje to podstawy, by twierdzić, że poszanowanie praw IDUs to zagadnienie wykraczające poza tę grupę, dlatego winno być przedmiotem troski całego społeczeństwa. Ponadto, ze względu na możliwość bliskich kontaktów między osobami iniekcjennie zażywającymi narkotyki pochodzącymi z różnych krajów, epidemia nie zamyka się w granicach administracyjnych jednego państwa, szybko stając się problemem globalnym.

Od pół wieku polityka narkotykowa w coraz większym stopniu zależy od efektów ograniczania podaży narkotyków. Mimo to zarówno ich światowa produkcja, jak i konsumpcja ciągle rosną (najwyraźniej widać to ostatnio na przykładzie krajów rozwijających się)^{4,5}. Trendy te zaczęły pojawiać się równocześnie ze stopniową intensyfikacją egzekwowania prawa dotyczącego nielegalnych substancji narkotykowych niemal wszędzie tam, gdzie występują rozdęte do granic rozsądku urzędy celne i policyjne oddziały narkotykowe, kary za przestępstwa narkotykowe stają się coraz surowsze, a finansowanie wszystkich elementów składających się na politykę ograniczania podaży rośnie⁶.

Populacja osób iniekcjennie zażywających narkotyki narażona jest na poważniejsze konsekwencje zdrowotne, takie jak daleko większa zachorowalność i śmiertelność, niż w porównywalnej grupie kobiet i mężczyzn nie mających kontaktu z tymi środkami. Aktualnie największym zagrożeniem jest zakażenie wirusem HIV, które szerzy się w populacji IDUs w wielu częściach świata, szczególnie na północnych wybrzeżach Morza Śródziemnego, w trzech północno-wschodnich stanach USA (Nowy Jork, New Jersey i Connecticut), a także w gęsto zaludnionym

regionie południowo-wschodniej Azji i w południowo-wschodniej Brazylii. W tych regionach ilość zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki przekracza często 50 %, zwłaszcza w większych miastach⁷. Szacuje się, że w ponad 120 krajach świata jest obecnie ponad 5 milionów osób zażywających środki odurzające w drodze iniekcji^{8,9}.

Światowa produkcja i rynki narkotykowe

Rynek narkotykowy charakteryzuje dynamika i zmienność^{10,11}. Co kilka lat pojawiają się entuzjastyczne doniesienia o spadku światowej produkcji narkotyków. Są one jednak najczęściej okresowe i występują jedynie na poziomie lokalnym, będąc wynikiem takich czynników jak np. zła pogoda na obszarach upraw roślin do wytwarzania tych środków¹².

W ciągu ostatnich dziesięciu lat uzupełnieniem czy nawet alternatywą wobec narkotyków produkowanych z roślin uprawnych (jak heroina czy kokaina) stały się substancje oparte na chemikaliach (np. amfetamina). Krótszy łańcuch pośredników powoduje, że dostawcy i producenci mogą łatwiej ukrywać się przed organami ścigania. Coraz więcej dowodów przemawia za tym, że kierunki rozprzestrzeniania się HIV wyznaczone zostały przez szlaki przemierzane przez handlarzy narkotyków. Egzekwowanie prawa narkotykowego powoduje destabilizację dróg transportu narkotyków, w wyniku czego na iniekcyjne zażywanie tych środków oraz na zakażenia wirusem narażone są coraz to nowe populacje. Niestety, trwałe ograniczenie podaży nielegalnych narkotyków na świecie poprzez egzekwowanie prawa wydaje się celem nie do osiągnięcia^{13,14,15}.

Ostatnie dziesięć lat to okres wielkiego postępu technologicznego w dziedzinie komunikacji i transportu, a także globalizacji kapitału, pracy, towaru i usług. Również dostęp do zdobyczy technologicznych jest coraz łatwiejszy. W celu ograniczenia barier celnych i innych przeszkód w handlu, ustanowiono ponadnarodowe wspólnoty handlowe, takie jak Unia Europejska, Północnoamerykańskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu (NAFTA) i Wspólnota Ekonomiczna Azji i Pacyfiku (APEC). Zmiany te znacznie ułatwiły funkcjonowanie przemysłu

narkotykowego¹⁶, dodatkowo wspomagane go szybką poprawą warunków infrastruktury i transportu w krajach rozwijających się. Wzrosło również zaangażowanie w handel narkotykami opozycyjnych wobec rządów sił militarnych¹⁷. Zdobywane latami umiejętności transportowania broni, prania brudnych pieniędzy i „przemytu” uchodźców na całym świecie, są teraz z powodzeniem wykorzystywane do obrotu narkotykami, który generuje niezbędne do finansowania działań zbrojnych zyski.

Konsumpcja narkotyków na świecie

Aż do lat osiemdziesiątych uprawa i produkcja narkotyków prawie w całości zlokalizowana była w krajach rozwijających się, konsumpcja zaś ograniczała się do państw zindustrializowanych. Granice te coraz bardziej się zacierają. Spożycie narkotyków w wielu wysoko uprzemysłowionych krajach nie tylko nie rośnie, ale nawet spada, od momentu nasycenia nimi rynku. Gwałtownie wzrasta natomiast konsumpcja niedozwolonych środków w państwach rozwijających się.

Wzrost gospodarczy w niektórych spośród tych krajów spowodował, że nagle dla wielu ludzi narkotyki stały się luksusem, na który mogą sobie pozwolić. Do zwiększającej się tam podaży i popytu na substancje odurzające przyczynia się prawdopodobnie także szybka urbanizacja tych państw. W miarę, jak coraz więcej krajów przyjmuje politykę wolnorynkową, rosną dysproporcje w poziomie zamożności zarówno wewnątrz danego państwa, jak i w odniesieniu do innych. Powoduje to, że grupy nieuprzywilejowane, bez nadziei na zdobycie wykształcenia, legalnego źródła zarobków czy pracy, zwracają się w stronę zażywania narkotyków i handlu nimi. Stanowi to, z jednej strony sposób radzenia sobie z niemożliwą do zniesienia biedą i beznadzieją, z drugiej zaś źródło dochodu w obliczu braku legalnej alternatywy.

W wielu krajach rozwijających się obserwowana jest, w ciągu ostatnich dziesięcioleci, wyraźna tendencja do przerzucania się z nieiniekcyjnych sposobów zażywania narkotyków na wstrzykiwanie ich, do czego w znacznym stopniu zachęca egzekwowanie prawa karnego. Palenie narkotyków (np. konopi indyjskich czy opium) jest nieporęczne

i, ze względu na wydzielanie intensywnej woni, o wiele łatwiejsze do wykrycia, niż wstrzykiwanie takich środków, jak heroina, kokaina czy amfetamina. Znacznie łatwiej jest też ukryć igły i strzykawki, niż przybory używane do palenia. Dwadzieścia lat temu, kiedy znacznie wzrosła presja organów egzekwujących prawo, zjawisko to nazwano „pro-heroinowymi efektami polityki antyopiumowej”¹⁸. W krajach wysoko uprzemysłowionych, takich jak Stany Zjednoczone czy Wielka Brytania, występuje tendencja odwrotna: wstrzykiwanie zastępuje się nieiniekcyjnymi metodami przyjmowania narkotyków¹⁹. Palenie, wdychanie, połykanie czy wciąganie przez nos wiąże się ze znacznie mniejszym ryzykiem zakażenia się wirusami przenoszonymi z krwią (takimi jak HIV czy wirusowe zapalenia wątroby typu B i C), oczywiście pod warunkiem, że dana osoba nie powróci w którymś momencie do wstrzykiwania.

Komplikacje związane z iniekcyjnym zażywaniem narkotyków

W ciągu ostatnich lat komplikacje związane z iniekcyjnym zażywaniem narkotyków stają się coraz poważniejsze. W krajach wysoko uprzemysłowionych z niewyjaśnionych przyczyn rośnie odsetek zgonów spowodowanych przedawkowaniem²⁰. W państwach rozwijających się niewiele jest dostępnych danych na temat liczby zgonów z przedawkowania. Innym problemem wielu krajów, zwłaszcza tam, gdzie zakażenia HIV w populacji IDUs są słabo kontrolowane, stała się oporna na wiele leków gruźlica. Iniekcyjne zażywanie narkotyków to obecnie przyczyna około 5 – 10 % zakażeń wirusem HIV na świecie²¹. Chociaż zakażeń tych jest o wiele mniej, niż infekcji w wyniku kontaktów intymnych, reperkusje dla zdrowia publicznego, jakie mają zakażenia HIV w wyniku dzielenia się sprzętem do iniekcji, są o wiele większe, niż infekcje przypisywane kontaktom seksualnym bez zabezpieczenia. Osoby aplikujące sobie narkotyki przy pomocy igły i strzykawki są w wielu przypadkach dyskryminowanymi członkami swoich społeczności. Ważną cechą tej grupy jest również ograniczona zdolność przystosowywania się do

chaosu, jakim jest dla jej członków zagrażająca życiu choroba. W krajach, gdzie wirus HIV atakuje znaczną liczbę IDUs, zakażenia szybko przenoszą się na populację ogólną. Ma to miejsce zwłaszcza tam, gdzie funkcjonuje dobrze rozwinięty „przemysł” seksualny, do którego osoby zażywające narkotyki mają łatwy dostęp²².

W ciągu ostatnich kilku lat zaczęto brać pod uwagę również fakt, że HIV stanowi tylko znikomy procent wszystkich wirusów przenoszonych z krwią w wyniku dzielenia się sprzętem do iniekcji. Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C w populacji IDUs jest w sumie częstsze, niż zakażenia HIV²³. Częstotliwość i zasięg występowania WZW typu C (HCV) u osób wstrzykujących sobie narkotyki jest porównywalna w skali świata. Przeciwciała anti-HCV stwierdza się u około $\frac{3}{4}$ osób zażywających narkotyki drogą dożylną długotrwale (od co najmniej 5 lat). Choć poważne komplikacje zdrowotne występują u mniejszej liczby osób, a ich początek w porównaniu do HIV jest znacznie opóźniony, w większości krajów obciążenie chorobami związanymi z HCV wśród IDUs jest bardzo wysokie, w wielu zaś prawdopodobnie poważniejsze, niż związane z HIV.

Powstanie i rozwój polityki prohibicji

Polityka prohibicji jest próbą wyeliminowania lub ograniczenia uprawy, produkcji, transportu, dystrybucji, sprzedaży, posiadania i zażywania niektórych środków zmieniających nastrój, zdefiniowanych w ustawodawstwach krajowych i traktatach międzynarodowych. W ciągu ostatnich dziesięcioleci próbowano ukrócić przepływ pieniędzy pochodzących z handlu narkotyków zarówno wewnątrz poszczególnych krajów, jak i ponad ich granicami.

Początkiem międzynarodowego ruchu na rzecz całkowitej kontroli substancji narkotycznych było spotkanie w Szanghaju w 1909 roku. Szesnaście lat później w Genewie debatowano ponownie, tym razem już pod patronatem Ligi Narodów. W 1961 roku serię traktatów międzynarodowych połączono w Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających (znowelizowaną w 1971 roku). Dla zinstytucjonalizowania międzynarodowej współpracy na rzecz ograniczania podaży

narkotyków powołano do życia ogólnościatowe organizacje, takie jak np. Międzynarodowy Program Narodów Zjednoczonych Kontroli Środków Odurzających (UNDCP). Na skutek ciągle rozwijanej sieci przepisów i mechanizmów międzynarodowej kontroli narkotyków, ich zażywanie definiowane i postrzegane jest obecnie prawie wyłącznie w kategoriach egzekwowania prawa karnego²⁴, zaś na interwencje o charakterze zdrowotnym, mimo rosnącej liczby przekonujących dowodów ich efektywności i wydajności, kładzie się stosunkowo niewielki akcent.

W ostatnim dziesięcioleciu poczyniono kilka prób zwiększenia nacisku na redukcję popytu na narkotyki. Wiele krajów, dla których często oznaczało to ryzyko utraty akceptacji ze strony UNDCP, zdecydowanie poparło podejście oparte na redukcji szkód. Również aprobatą dla tej koncepcji ze strony międzynarodowych organizacji zajmujących się zdrowiem, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. HIV i AIDS (UNAIDS), w ostatnich latach wyraźnie wzrosła.

Skutki polityki prohibicji dla zdrowia, społeczeństwa i gospodarki

Mimo rosnącego nacisku na ograniczanie podaży narkotyków, ilość i zróżnicowanie konsumowanych na świecie środków odurzających rośnie²⁵. Intensyfikacja działań związanych z egzekwowaniem praw narkotykowych najwyraźniej spowodowała wzrost zysków z handlu (ponieważ wzrosły ich ceny), skutkiem czego zwiększyła się liczba handlarzy poszukujących coraz to nowych rynków zbytu. Polityka prohibicji przyniosła również wiele skutków ubocznych na światowym rynku narkotykowym. Zaangażowanie się kolumbijskich karteli w przemysł kokainy do Stanów Zjednoczonych spowodowało podobno surową odpowiedź władz USA, skierowaną przeciw południowoamerykańskiej produkcji konopi indyjskich²⁶. Relatywnie mniej szkodliwe sposoby zażywania, takie jak żucie liści koki, w wielu przypadkach zastąpiły bardziej niebezpieczne metody, takie jak wstrzykiwanie

kokainy czy wdychanie oparów cracku. Nie ma przekonujących dowodów, że koncentracja działań na egzekwowaniu prawa narkotykowego doprowadziła do znaczącej, trwałej redukcji zażywania narkotyków czy problemów narkotykowych, mimo przejściowych korzyści, jakich mogły doświadczyć niektóre kraje czy regiony²⁷.

W wielu państwach przekonanie o skuteczności egzekwowania prawa i obawy, że wspieranie programów redukcji szkód może negatywnie odbić się na obniżeniu podaży, powoduje blokowanie działań z zakresu zdrowia publicznego, które mogłyby ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie (programy metadonowe, programy wymiany igieł). Wirus HIV natomiast rozprzestrzenia się w tej grupie najszybciej, szczególnie tam, gdzie największy nacisk kładzie się na intensyfikację wysiłków na rzecz redukcji podaży – na przykład w Stanach Zjednoczonych²⁸. Ewidentne niepowodzenia w ograniczaniu liczby osób zażywających narkotyki, a także pogarszanie się warunków życia nie tylko jednostki, ale i całego społeczeństwa, powodują, że polityka prohibicji bezpośrednio przyczynia się do wzrostu zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych kosztów używania niedozwolonych substancji.

Trudno również zanegować związek między energicznymi próbami ograniczenia podaży narkotyków i korupcją w obrębie wymiaru sprawiedliwości. Opieranie się na surowym realizowaniu prawa narkotykowego wiąże się często z wysoką liczbą przestępstw przeciwko własności i zamykaniem w więzieniach znacznej liczby osób zażywających narkotyki, co jeszcze bardziej zagraża fizycznemu i psychicznemu zdrowiu tej dostatecznie już podatnej na szkody części społeczeństwa.

Próby ograniczenia upraw, produkcji, transportu, dystrybucji, sprzedaży i zażywania narkotyków oraz utrudniania przepływu zysków z handlu nimi okazały się nie tylko nieskuteczne, lecz również bardzo kosztowne²⁹. Należy więc rozważyć gruntowną analizę kosztów prowadzenia działań takich, jak inwestycje na rzecz poprawy zatrudnienia i edukacji w populacjach nieuprzywilejowanych lub poprawa warunków życia w opuszczonych dzielnicach.

Redukcja szkód

Odpowiedź niektórych krajów na zagrożenie związane z rozprzestrzenianiem się wirusa HIV wśród osób iniekcyjnie zażywających niedozwolone substancje opiera się na pragmatycznym podejściu nazywanym często redukcją szkód. Jej podstawowym założeniem jest fakt, że narkotyki zakorzenione są w kulturze i tradycji wielu, jeśli nie wszystkich krajów na świecie. Polityka redukcji szkód za swoje najważniejsze zadanie uważa zmniejszanie zdrowotnych, gospodarczych i społecznych kosztów zażywania środków odurzających, zaś ograniczenie ich podaży – za jeden z wielu możliwych sposobów osiągnięcia tego celu. Strategie konwencjonalne na ogół zakładają zmniejszenie liczby osób, które zażywają narkotyki, chociaż może to powodować wzrost ogólnych kosztów zarówno dla indywidualnych konsumentów tych środków, jak i populacji ogólnej. Chociaż redukcja szkód traktowana jest przez niektórych jako nowość, już od kilku dziesięcioleci stanowi element wielu politycznych i programowych koncepcji w podejściu do problemu narkotyków i innych zagadnień z zakresu zdrowia publicznego. Nawet sam termin „redukcja szkód” powstał na długo przed zaistnieniem HIV i już wtedy pojawiał się w niektórych oficjalnych publikacjach WHO³⁰.

Środki wykorzystywane do kontroli zakażeń HIV wśród osób iniekcyjnie zażywających narkotyki generalnie opierają się na jakiejś formie redukcji szkód. Składają się na nie: działania edukacyjne, kierowane do osób sięgających po narkotyki, zaprojektowane i wdrażane przy współudziale populacji docelowej; rozwój społeczności IDUs, np. poprzez tworzenie i wspieranie finansowanych z budżetu państwa organizacji zrzeszających osoby zażywające narkotyki; programy wymiany igieł i strzykawek; programy metadonowe. Kraje, które przyjęły i wprowadziły w życie programy redukcji szkód (Holandia, Szwajcaria, Australia i Nowa Zelandia) lepiej radzą sobie z kontrolowaniem zakażeń HIV w grupie osób zażywających narkotyki³¹. Jednak osiągnięcie takich rezultatów możliwe było tylko dzięki podważeniu ducha – jeśli nie zasad – polityki prohibicji. W tych państwach możliwe było przekonanie przedstawicieli policji o wadze powstrzymywania epidemii

HIV wśród IDUs i korzyściach, jakie z tego płyną dla całego społeczeństwa. Dzięki temu policja zgodziła się nie zwracać uwagi na wymianę igieł i programy metadonowe, pozwalając im skutecznie funkcjonować. Z kolei w krajach, które wyraźnie przeciwstawiły się redukcji szkód, takich jak Stany Zjednoczone, Malezja oraz, początkowo, Tajlandia, rozprzestrzenianie się HIV wśród osób dożylnie zażywających narkotyki oraz dalsza transmisja wirusa na populację ogólną, stanowi znacznie większy problem³².

Prawa człowieka, iniekcyjne zażywanie narkotyków i prohibicja

Założenia i praktyka polityki zakazu stosowania narkotyków poważnie narusza wiele zapisów zawartych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (1948) – takich jak prawo do życia, wolności osobistej, zdrowia, nauki, równości wobec prawa, wolności poruszania się, wyznania, stowarzyszania się i informacji³³.

Strategia ta podważa prawo do zdrowia, prowadząc często do zmniejszenia pozytywnych konsekwencji zdrowotnych u osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Traktowanie prób wdrożenia skutecznych działań profilaktycznych, zgodnych z założeniami zdrowia publicznego i filozofii redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek czy programy metadonowe), jako sprzecznych z prohibicyjnym ustawodawstwem, uniemożliwia ich wprowadzanie. Prohibicję należy więc rozumieć jako politykę łamiącą prawa człowieka, utrudniającą prowadzenie kontroli liczby zakażeń wirusem HIV i przynoszącą wiele innych skutków zdrowotnych.

Powszechnie praktykowane arbitralne aresztowania i zamykanie w więzieniach osób zażywających narkotyki jest pogwałceniem ich prawa do wolności. Zagrożeń przymusowymi zatrzymaniami są nawet ci, którzy nigdy nie popełnili żadnego przestępstwa przeciwko własności czy z użyciem przemocy. Większość osób wstrzykujących sobie narkotyki, raz na jakiś czas kupuje lub sprzedaje nielegalne substancje, ponieważ nie ma żadnych prawnie dozwolonych źródeł zaopatrywania się

w nie. Dla wielu z tych ludzi handel narkotykami zapewnia więc sam „towar”, jak i dochód, pozwalający na jego zdobycie. Nieuchronnie prowadzi to do zetknięcia się osób zażywających nielegalne substancje z wymiarem sprawiedliwości. Kiedy ogranicza się wolność tych ludzi, wzrasta ryzyko zakażenia się wirusem HIV i perspektywa wystąpienia innych szkód dla ich zdrowia fizycznego i psychicznego.

Osoby zażywające narkotyki mają prawo do informacji, w tym prawo do rzetelnej, pozbawionej zabarwienia emocjonalnego wiedzy ze strony rządu na temat zdrowotnych konsekwencji związanych z konsumowaniem substancji odurzających. W praktyce zdarza się to bardzo rzadko. W większości krajów podawane do wiadomości publicznej informacje na temat narkotyków są systematycznie zniekształcane i wyolbrzymiane. Sporadycznie przyznaje się granty na prowadzenie badań potencjalnych korzyści zdrowotnych płynących z nielegalnych obecnie substancji narkotykowych (takich jak konopie indyjskie), natomiast środki na finansowanie badań dokumentujących toksyczne skutki zażywania narkotyków rozdzielane są bardzo hojnie. Celem prowadzenia edukacji narkotykowej często jest odstraszenie potencjalnych użytkowników przez wyolbrzymianie negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Osobom zażywającym narkotyki nagminnie odmawia się informacji o realnych sposobach redukcji szkód związanych z zażywaniem substancji, ponieważ kontynuowanie ich przyjmowania w bezpieczniejszy sposób postrzegane jest jako akceptacja nielegalnego procederu.

Prawo do równości wobec prawa jest naruszane w bodaj najbardziej rażący sposób. W niektórych krajach wobec osób zażywających narkotyki nie znajduje zastosowania zasada domniemania niewinności, traktowana przecież jako kamień węgielny sprawiedliwych systemów prawnych. W Stanach Zjednoczonych wykorzystuje się smółkę (*meconium*) niemowlaków, by udowodnić, że matka sięgała po narkotyki będąc w ciąży. Nie podejmuje się jednak prób sprawdzania, czy zażywa lub zażywała legalne używki, takie jak alkohol czy tytoń, mimo istnienia niepodważalnych dowodów ich szkodliwości dla płodu. Zadziwiająca jest także nierówność kar nakładanych za posiadanie kokainy w proszku i cracku (które są stosowane w różny sposób przez różne grupy rasowe/etniczne)³⁴.

Do lat osiemdziesiątych powszechnie negowano, przysługujące również osobom zażywającym niedozwolone środki, prawo do swobodnego stowarzyszania się. W niektórych krajach ministrowie zdrowia zdali sobie sprawę, że organizacje społeczne mogą pomóc w kontroli rozprzestrzeniania się wirusa HIV. Mimo że w ciągu ostatniej dekady w państwach takich jak Holandia, Wielka Brytania czy Australia, zaczęły pojawiać się stowarzyszenia osób zażywających iniekcynnie narkotyki, w krajach z zapalem egzekwujących prawne postanowienia prohibicji, jest to nadal nie do pomyślenia. Możliwość skutecznego funkcjonowania takich stowarzyszeń zależy w dużym stopniu od społecznej woli konstruktywnego stawiania czoła problemom związanym z zażywaniem narkotyków. W krajach, gdzie polityka represji wzięła górę nad zdrowym rozsądkiem, spotkania zrzeszeń osób aplikujących sobie środki odurzające, traktowane są jako doskonałe miejsca ich aresztowań. Prohibicję i prawo swobodnego stowarzyszania się takich osób należy więc uznać za wzajemnie niekompatybilne.

Prawo do właściwego poziomu życia, w tym również żywienia, odzieży i warunków mieszkaniowych, prawo do opieki medycznej i leczenia oraz ubezpieczenia społecznego osób zażywających narkotyki – łamane są prawie zawsze, nawet w krajach, które w powszechnej opinii uchodzą za „oświecone”. Faktem jest, że warunki życia osób sięgających po narkotyki pozostawiają na ogół wiele do życzenia. W niektórych krajach prawo nakazuje pracownikom opieki społecznej powiadamiać władze o klientach, których problemy zdrowotne nasuwają podejrzenia o stosowanie środków odurzających. Kontrola dostępności narkotyków poprzez egzekwowanie prawa oraz obserwacja intensywności rozwoju HIV w obrębie tej grupy, to często wzajemnie wykluczające się cele.

Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło także Deklarację Praw Osób Niepełnosprawnych, którą z powodzeniem odnieść można również do ludzi zażywających narkotyki³⁵. Stwierdza ona konieczność ochrony praw oraz zapewnienia opieki społecznej i rehabilitacji osobom upośledzonym umysłowo i fizycznie. „Osoba niepełnosprawna” definiowana jest jako „każda osoba, która w wyniku deficytu swoich fizycznych lub umysłowych zdolności, wrodzonych lub nabytych, nie jest

w stanie zapewnić sobie, częściowo lub całkowicie, warunków koniecznych do swego życia indywidualnego lub społecznego". Problem, czy osoby zależne od alkoholu lub narkotyków powinny być traktowane jako niepełnosprawne, jest szeroko dyskutowany. W słynnej sprawie (która trafiła na wokandę Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych) były żołnierz, wyrzucony z armii za alkoholizm, pozwał swego byłego pracodawcę za dyskryminację z powodu choroby, która polegała na niedopełnieniu obowiązku zapewnienia mu korzyści edukacyjnych dostępnych dla innych wojskowych zwolnionych ze służby³⁶. Rząd USA zezwala niektórym osobom zależnym od alkoholu lub narkotyków na korzystanie z opieki społecznej w związku z ich niepełnosprawnością.

Mimo że wprowadzanie w życie praw gospodarczych i społecznych może odbywać się stopniowo, w wielu krajach postęp daleki jest od satysfakcjonującego. Dzieje się tak dlatego, że rządy blokują środki finansowe i zasoby kadrowe, nie dopuszczając do zapewniania usług wcielających w życie prawa gospodarcze i społeczne osób zażywających narkotyki. Także retoryka, jaką posługują się zaangażowani w kontrolę zakazanych środków urzędnicy publiczni, ujawnia ich dyskryminującą postawę wobec używających je osób. Termin: „osoba n a d u ż y w a j ą c a narkotyków drogą dożylną” lub „osoba n a d u ż y w a j ą c a narkotyków drogą iniekcyjną” jeszcze 10 lat temu był stosowany praktycznie uniwersalnie. W wielu krajach jest on w powszechnym użyciu do tej pory, jednak tam, gdzie obowiązuje polityka redukcji szkód - stopniowo zastępuje się go określeniem: „osoba z a ż y w a j ą c a narkotyki drogą iniekcyjną”. W Holandii w oficjalnych dokumentach stosuje się termin „obywatele holenderscy zażywający narkotyki”.

Kiedy na początku lat osiemdziesiątych odkryto epidemię AIDS, władze państw wysoko uprzemysłowionych zmuszone zostały do rewizji swojego oddania polityce marginalizującej i spychającej do podziemia osoby zażywające narkotyki. Kraje takie jak Holandia czy Australia przyznały, że bojkotowanie jednej z najważniejszych populacji docelowych uniemożliwia optymalną kontrolę epidemii, w związku z czym, rozpoczęły proces integracji osób zażywających narkotyki z głównym nurtem życia społecznego. Niekiedy prowadzi to do intrygujących

sprzeczności. Na przykład w Australii niektóre projekty rządowe dotyczące AIDS wymagały, by zatrudniani w nich pracownicy edukacyjni byli członkami grupy docelowej³⁷. W konsekwencji osoby wdrażające te programy publicznie przyznawały, że mają prawo wykonywać swoją pracę tylko dlatego, że aktualnie zajmują się działalnością nielegalną w świetle prawa.

Upadek polityki prohibicji

Lata dziewięćdziesiąte to okres wyjątkowych sukcesów koncepcji opartych na filozofii redukcji szkód w kontroli rozprzestrzeniania się zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki drogą iniekcyjną. Dowody zaczęły płynąć najpierw z krajów wysoko uprzemysłowionych, a od niedawna również częściowo z państw rozwijających się^{38,39}.

Na podstawie tych doświadczeń uważa się, że dopiero po dokonaniu zmian w systemie prawnym możliwe jest logiczne wprowadzanie działań redukcji szkód. W 1994 roku w Szwajcarii rozpoczęto, niemożliwe w świetle obowiązującego tam wcześniej systemu, próby zapewnienia zgodnego z prawem dostępu do heroiny zażywającym ją osobom. Wyniki wstępnych badań były bardzo zachęcające: w ciągu 18 miesięcy wśród ogólnej liczby 1.146 pacjentów nie nastąpił żaden zgon z powodu przedawkowania, wykryto zaledwie 3 nowe przypadki zakażenia wirusem HIV, 4 nowe zakażenia WZW typu B i 5 - WZW typu C⁴⁰. Innym pionierem jeżeli chodzi o realizację takiej strategii jest Holandia, która ostatnio zdecydowała się na przeprowadzenie prób heroinowych. Ich wprowadzenie rozważane jest również w Hiszpanii i Kanadzie. W listopadzie 1996 roku w Stanach Zjednoczonych 53 % głosujących w towarzyszącym wyborom prezydenckim referendum poparło medyczne wykorzystanie konopi indyjskich w Kalifornii (Propozycja 215), 66 % - bardziej radykalne reformy polityki narkotykowej w stanie Arizona (Propozycja 200)⁴¹. Sugeruje to, że wyborcy mogą być daleko bardziej przygotowani na zmiany, niż wybierani przez nich przywódcy.

Praktycznie wszystkie kraje dały się schwytać w pajęczynę praw i zobowiązań wobec międzynarodowych dokumentów traktujących o kontroli narkotyków. Nieuniknionym jest, że te spośród państw,

które w najbliższych latach zdecydują się na reformy, zaczną wreszcie postępować rozważnie, starannie analizując sytuację, a ich sukcesy i porażki będą modelowymi przykładami dla podejmowanych w przyszłości działań.

Wnioski

W ostatnich dziesięcioleciach spożycie narkotyków na świecie wzrosło znacząco: zwiększyła się liczba osób je zażywających, liczba krajów, w których ma to miejsce oraz gama dostępnych środków odurzających. Ze względu na rosnącą liczbę zgonów w wyniku przedawkowania, substancje psychoaktywne stały się poważnym problemem w wielu zakątkach świata. Trudne do powstrzymania roznoszenie się wirusa HIV w populacji osób iniekcyjnie zażywających narkotyki dramatycznie pogarsza dotykające ją konsekwencje zdrowotne.

Rośnie poczucie, że egzekwowanie prawa narkotykowego kończy się klęską. Jednak w krajowych i międzynarodowych projektach nadal dominują sankcje karne, co powoduje zwiększenie liczby osób narażonych na zakażenie wirusem HIV na drodze iniekcyjnego zażywania narkotyków poprzez nieumyślne zachęcanie do ich wstrzykiwania, zamiast mniej szkodliwych metod konsumpcji środków o niskim stężeniu i mniejszej obróbce chemicznej. Coraz większe stężenie i obróbka chemiczna narkotyków doprowadziły bowiem do coraz bardziej przypadkowych sposobów ich zażywania, których w wielu wypadkach nie łączono wcześniej z przenoszeniem wirusa HIV. Niezachwiane oddanie polityce opierającej się na stosowaniu prawa narkotykowego utrudnia wprowadzanie w życie skutecznych metod redukcji szkód, takich jak wymiana igieł czy programy metadonowe, których zadaniem jest ograniczenie dróg rozwoju wirusa HIV. Przypadki zakażeń HIV wzdłuż dróg handlu narkotykami w Azji i Ameryce Łacińskiej oraz niestabilność tych szlaków w obliczu intensywnego egzekwowania prawa, wskazują na wyraźny związek rozprzestrzeniania się wirusa HIV z polityką prohibicji. W wielu krajach rośnie poparcie dla reformy polityki narkotykowej, wzrasta też świadomość istnienia opisanych tutaj

problemów, wynikających z kurczowego trzymania się rzetelnego realizowania prawa antynarkotykowego.

Nieuchronnym skutkiem prowadzenia, opartej przede wszystkim na sankcjach karnych, walki z narkotykami jest negowanie praw osób zażywających je dożylnie, ponieważ zachowanie to definiowane jest w kategoriach problemu karnego, a nie zdrowotnego. Ze względu na to, że promocja zdrowia w populacjach marginalizowanych i stygmatyzowanych jest niezwykle trudna, ich członków dotyczą coraz bardziej negatywne konsekwencje zdrowotne. Ochrona praw człowieka to niezbędny warunek poprawy stanu zdrowia nie tylko osób sięgających po narkotyki, lecz także ogólnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, w którym żyją.

Na podstawie doświadczeń w dziedzinie kontroli rozwijania się wirusa HIV w rozmaitych grupach ryzyka w wielu krajach wiemy, że do najlepszych efektów prowadzi zaangażowanie grupy docelowej w dobór i wcielanie w życie adresowanych do niej środków profilaktycznych. Jednak, aby namówić przedstawicieli tych grup do współpracy, spełniony musi być podstawowy warunek: traktowanie ich jak pełnoprawnych obywateli z takimi samymi przywilejami, jakie przysługują pozostałym członkom społeczeństwa.

Aby poprawić stan zdrowia i zwiększyć kontrolę rozprzestrzeniania się HIV wśród osób iniekcyjnie zażywających narkotyki, niezbędne jest wprowadzenie kilku ważnych reform. Trzeba zacząć traktować niedozwolone środki jako problem przede wszystkim zdrowotny, który nie może ograniczać się tylko do egzekwowania prawa. Polityka narkotykowa powinna być zaprojektowana bardziej na podstawie dowodów, niż w oparciu o konformistyczną postawę wobec przyjętych kilkadziesiąt lat temu traktatów międzynarodowych. Prowadzone ostatnio w Szwajcarii eksperymenty sugerują, że przepisywanie wybranym osobom aktualnie nielegalnych substancji może skutecznie poprawiać ich stan zdrowia i ograniczać liczbę przenoszonych z krwią infekcji wirusowych. Poprawa stanu zdrowia osób zażywających narkotyki i stanu zdrowia publicznego w ogóle wymaga jednak uznania praw człowieka przynależnych osobom przyjmującym narkotyki w drodze iniekcji.

Przypisy

- ¹ D.C. Des Jarlais, P. Friedman, H. Hagan, S.R. Friedman, The Protective Effect of AIDS-Related Behavioral Change Among Injection Drug Users: a Cross National Study, *American Journal of Public Health* 86(1996):1780–1785.
- ² Raport Azjatyckiej Sieci Redukcji Szkód (Asian Harm Reduction Network), The Hidden Epidemic. A Situation Assessment of Drug Use in Southeast and East Asia in the Context of HIV Vulnerability, przygotowany dla zespołu międzynarodowego UNAIDS/Asia Pacific
- ³ Ośrodki Kontroli Chorób i Profilaktyki (Centers for Disease Control and Prevention), HIV i AIDS Surveillance Report 9(1) (1997): 10.
- ⁴ Biuro Międzynarodowych Spraw Narkotykowych Departamentu Stanu USA (Bureau of International Narcotic Matters, U.S. Department of State), International Narcotics Control Strategy Report, Waszyngton, Government Printing Office, 1993.
- ⁵ Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (International Narcotics Control Board), International Narcotics Control Board Report for 1993, UN Doc. E/INCB/1993/1.
- ⁶ E. Nadelmann, Drug Prohibition in the United States: Costs, Consequences and Alternatives, *Science* 245(4921) (1989):939–947.
- ⁷ S. Strathdee, E. van Ameijden, F. Mesquita, A. Wodak i in., Can Epidemics of HIV Among Injecting Drug Users Be Prevented?, *AIDS* (w druku).
- ⁸ J.M. Mann, D.J.M. Tarantola, T.W. Netter (Red.), *AIDS in the World: A Global Report* Cambridge, Harvard University Press, 1992.
- ⁹ G.V. Stimson, M. Adekan, T. Rhodes, The Diffusion of Drug Injecting in Developing Countries, *The International Journal of Drug Policy* 7(4) (1996):245–255.
- ¹⁰ K.J. Riley, *Snow Job? The War Against International Cocaine Trafficking*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1996.
- ¹¹ Jedną z najbardziej godnych uwagi zmian na międzynarodowym rynku narkotykowym w ostatnich latach to rozprzestrzenianie się obszarów uprawy opium. Po raz pierwszy od 1990 roku rozpoczęto uprawy opium w Ameryce Południowej. Produkcja heroiny w Kolumbii stale rośnie. Opium uprawia się ostatnio również w Chinach, po raz pierwszy od 1949 roku, a także w niektórych spośród środkowoazjatyckich republik byłego Związku Radzieckiego.
- ¹² Biuro Międzynarodowych Spraw Narkotykowych, zob. przypis 4.
- ¹³ K.J. Riley, zob. przypis 10.
- ¹⁴ A. Wodak, R. Owens, *Drug Prohibition: a Call for Change*, Sydney, UNSW Press, 1995.
- ¹⁵ Parlamentarna Komisja ds. Narkotyków (Parliamentary Joint Committee on the National Crime Authority), *Drugs, Crime and Society*, Canberra, Australian Government Publishing Service, 1989.
- ¹⁶ Centrum Badań Strategicznych i Międzynarodowych (Center for Strategic and International Studies), *The Transnational Drug Challenge and the New World Order: New Threats and New Opportunities*, Waszyngton, 1993.

- ¹⁷ Observatoire Géopolitique des Drogues: Etats des Drogues, Drogues des Etats, Paryż, Hachette, 1994.
- ¹⁸ J. Westermeyer, The Pro-Heroin Effects of Anti-Opium Laws in Asia, *Archives of General Psychiatry* 33 (1976):1135–1139.
- ¹⁹ A. Wodak, N. Crofts, Once More Unto the Breach: Controlled Hepatitis C in Injecting Drug Users (artykuł wstępny), *Addiction* 91(2) (1996): 181–184.
- ²⁰ A. Uchtenhagen, A. Dobler-Mikola, F. Gutzwiller, Medical Prescription of Narcotics. Background and Intermediate Results of a Swiss National Project, *European Addiction Research* 2 (1996):201–207.
- ²¹ J.M. Mann i in., zob. przypis 8.
- ²² B.G. Weniger, K. Limpakarnjanarat, K. Ungchusak, i in., The Epidemiology of HIV Infection and AIDS in Thailand, *AIDS* 5 (dodatek 2) (1991):S71–S85.
- ²³ R.S. Garfein, D. Vlahov, N. Galai, M.C. Doherty, K.E. Nelson, Viral Infections in Short-Term Injection Drug Users: The Prevalence of the Hepatitis C, B Human Immunodeficiency and Human T- Lymphotropic Viruses, *American Journal of Public Health* 86(5) (1996):655–661.
- ²⁴ Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających, zob. przypis 5.
- ²⁵ Komisja Środków Odurzających ONZ (UN Commission on Narcotic Drugs), *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking: an Interim Report*. Wiedeń, United Nations Economic and Social Council, 1995.
- ²⁶ K.J. Riley, zob. przypis 10.
- ²⁷ E. Nadelmann, *Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition*, *Daedalus* 121(3) (1992).
- ²⁸ A. Wodak, P. Lurie. *A Tale of Two Countries: Attempts to Control HIV Among Injecting Drug Users in Australia and the United States*, *Journal of Drug Issues* 27(1) (1997):117–134.
- ²⁹ C.P. Rydell, S.S. Everingham, *Controlling Cocaine. Supply Versus Demand Programs* Santa Monica, Drug Policy Research Centre, RAND, 1994.
- ³⁰ A. Wodak, W. Saunders, *Harm Reduction Means What I Choose It to Mean* (artykuł wstępny), *Drug and Alcohol Review* 14 (1995):269–271; WHO Expert Committee on Drug Dependence, WHO Technical Report Series, 28th Report, Genewa, World Health Organization, 1993.
- ³¹ D.C. Des Jarlais, H. Hagan, S.R. Friedman, P. Friedmann, D. Goldberg, M. Frischer, S. Green, K. Tunving, B. Ljunberg, A. Wodak, i in. , *Maintaining Low HIV Seroprevalence in Populations of Injecting Drug Users*, *Journal of the American Medical Association* 274(15) (1995):1226:1231.
- ³² P. Lurie, E. Drucker, *An Opportunity Lost: HIV Infections Associated with the Lack of a National Needle-Exchange Programme in the USA*, *Lancet* 349(9052) (1997):604–608.
- ³³ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, przyjęta i proklamowana przez Rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217A(III) (10 grudnia 1948).
- ³⁴ E. Nadelmann, Commonsense Drug Policy, *Foreign Affairs* 77(1) (1998): 111–126.
- ³⁵ Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych, Deklaracja Zgromadzenia Ogólnego 3447 (xxx), 30 UN GAOR Supp. (No. 34) at 88, UN Doc. A/10034 (1975).

- ³⁶ Traynor V. Turnage, Administrator, Veteran's Administration, i in., no.86–622, Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, 485 U.S. 535, 1988.
- ³⁷ R.G.A. Feachem, *Valuing the Past . . . Investing in the Future. Evaluation of the National HIV i AIDS Strategy 1993–94 to 1995–96*, Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Publishing Service, 1995.
- ³⁸ G.V. Stimson, *Has the United Kingdom Averted an Epidemic of HIV–I Infection Amongst Drug Injectors?* (artykuł wstępny), *Addiction* 91(8) (1996):1085–1088.
- ³⁹ A. Peak, S. Rana, S. Kari Maharjan, D. Jolley, N. Crofts, *Declining Risk for HIV Among Injecting Drug Users in Kathmandu, Nepal: the Impact of a Harm–Reduction Programme*, *AIDS* 9(9) (1995):1067–1070.
- ⁴⁰ A. Uchtenhagen i in., zob. przypis 20.
- ⁴¹ E. Nadelman, zob. przypis 34.

Dr Alex Wodak jest dyrektorem centrum usług dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków w St. Vincent's Hospital Sydney Limited.

Przedruk z *Health and Human Rights*, 2:4 (1998), za zgodą Centrum Zdrowia i Praw Człowieka François-Xavier Bagnoud, Harvardzka Szkoła Zdrowia Publicznego

Copyright © 1998, President and Fellows of Harvard College.

Alchemia nierówności: Organizacja Narodów Zjednoczonych, polityka narkotykowa i eksplozja HIV na świecie

Daniel Wolfe

Są pewne utarte prawdy, które ludzie oddani profilaktyce HIV powtarzają jak mantrę. Jedną z nich jest to, że dwie dekady epoki HIV dały światu jasną odpowiedź na pytanie: w jaki sposób z powodzeniem powstrzymywać wirusa. Wiemy, że skuteczna profilaktyka to nie tylko zapewnianie narzędzi takich jak prezerwatywy czy czyste strzykawki, dzięki którym nie dochodzi do przeniesienia wirusa, lecz również mechanizmy angażujące ludzi bezpośrednio dotkniętych problemem – czy są to osoby sprzedające usługi seksualne w Tajlandii, homoseksualni mężczyźni w Stanach Zjednoczonych, czy kobiety w Ugandzie lub Brazylii. Twierdzimy, że chociaż społecznościom lokalnym udało się już przetrzeć szlaki, niezbędne są także wielosektorowe inicjatywy rządów i organizacji prywatnych, które pomogą stworzyć tzw. „pozwalające środowisko”, które dzięki odpowiedniemu wsparciu finansowemu i politycznemu da szansę ludziom z HIV na pracę bez strachu przed dyskryminacją. Podkreślamy, że leczenie i profilaktyka uzupełniają się nawzajem, a nie konkurują ze sobą. W światowym zrywie filantropii opartej na wielkich korporacjach (Fundacja Billa i Melindy Gates) oraz partnerstw prywatno-publicznych (Światowy Fundusz Walki z AIDS, Gruzlicą i Malarią), nie doceniamy wagi strategii opartych na naukowych dowodach, potwierdzonej skuteczności i wartości dodanej. Żywimy nadzieję, że odwoływanie się do zasad nauki i wolnego rynku szybko zastąpi moralizm, który uczynił z prezerwatyw, czystych igieł

i metadonu oraz programów je zapewniających, przedmiot wieloletniego sporu.

Jakkolwiek słuszne nie byłyby powyższe twierdzenia, trzeba konfrontować je z innymi, rzadziej dyskutowanymi prawdami. To trochę jak z pracą Izaaka Newtona: jego odkrycia naukowe współistniały z prowadzonymi w prywatnym laboratorium eksperymentami alchemicznymi. Również profilaktyka HIV jest na swój sposób projektem rozdwojonym: choć z jednej strony chwala zasady nauki, z drugiej pozostawia dosyć nieracjonalne poglądy bez komentarza. Mimo całego rozwodzenia się nad podejściem opartym na dowodach naukowych, także tutaj wkrada się zdradziecka alchemia – proces, który sprawia, że niektórzy ludzie z HIV lub zagrożeni zakażeniem, ulegają dehumanizacji – a więc zasługują na coś gorszego niż prawa człowieka. Powszechnie potępia się najokrutniejsze przejawy stygmatyzacji AIDS, takie jak pobicie i ukamienowanie seropozytywnej Gugu Dlamini w prowincji KwaZulu Natal w Republice Południowej Afryki w 1998 roku. Znacznie mniej uwagi poświęca się subtelniej zadanyim aktom przemocy, jakże powszechnym w kuluarach rządów i międzynarodowych instytucji z siedzibą w Nowym Jorku czy Genewie, które – zadawane w białych rękawiczkach – skazują niektórych na śmierć tylko dlatego, że uznaje się ich za niewartych szczególnej uwagi.

W przypadku AIDS, którego eksplozja jest nieodwracalnie związana z postępującą globalizacją gospodarki, odległość między informacyjno-finansowymi stolicami świata a ludźmi cierpiącymi z jej powodu najbardziej, daje wiele do myślenia na temat sposobu, w jaki straty ludzkie – i, nie oszukujmy się, człowieczeństwo zakażonych osób – są spychane na drugi plan. Biorąc pod uwagę wysoki odsetek zakażeń HIV wśród Afroamerykanów żyjących w promieniu 20 mil od Nowojorskiej Giełdy, lub lawinowo rosnącą liczbę zakażeń wśród osób zażywających narkotyki na przedmieściach Petersburga, w którym kwitną zagraniczne inwestycje, odległość tę należy rozumieć bardziej jako ekonomiczną, niż geograficzną. Socjolog Manuel Castells, opisując wzrost sieci finansowych i informacyjnych łączących nowe elity państw i miast, zwrócił uwagę na równoległe rozprzestrzenianie się tego, co sam nazywa „czarnymi dziurami”: obszarów bez dostępu do kluczowych węzłów

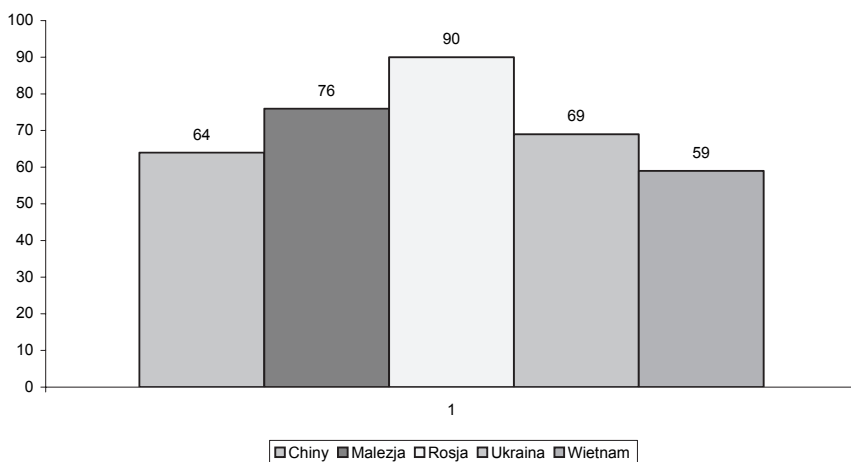
sieci. Ponieważ państwo przeznacza zasoby pieniężne na nowe priorytety ekonomiczne i ogranicza świadczenia socjalne wobec obywateli, ludzie w tych regionach – w określonych okolicach, prowincjach, krajach czy kontynentach – zwracają się w stronę nieformalnych czy „perwersyjnych” działań „ekonomicznych” (Castells 1991): handlu bronią lub narkotykami, przemytu, handlu seksem, krwią, dziećmi czy nawet narządami. Jak zauważył antropolog Richard Parker (2000), tam, gdzie rozwija się podziemna „gospodarka”, następuje nasilone roznoszenie się HIV i chorób przenoszonych drogą płciową. Ludzie zaangażowani w tę perwersyjną „gospodarkę” często sami określani są mianem perwersyjnych moralnie, podejrzanych, czy nawet „elementu przestępczego” – traktowani raczej jako zagrożenie, niż pełnoprawna część społeczeństwa, choćby tylko ze względu na aspekt zwany „zdrowiem publicznym”.

Artykuł ten dotyczy wąskiego wycinka owej alchemii, która przekształca osoby zażywające narkotyki w coś nieludzkiego. Koncentruje się zwłaszcza na polityce narkotykowej Organizacji Narodów Zjednoczonych i zakażeniach HIV na drodze iniekcyjnego zażywania narkotyków (IDU). Sugeruje, że właściwe dla podejścia ONZ konflikty mogą z dużym prawdopodobieństwem przyspieszać rozprzestrzenianie się wirusa HIV na całym świecie. Długo po tym, jak poznano skalę i szybkość jego przenoszenia wśród osób dożylnie zażywających niedozwolone substancje, ONZ nadal forsuje równoległe i sprzeczne ze sobą zalecenia polityczne wobec tych ludzi i względem profilaktyki HIV. Niezgodność ta najdotkliwiej ujawnia się na poziomie rządów narodowych, gdzie organy odpowiedzialne za kontrolę narkotyków oraz te zajmujące się profilaktyką HIV, rzadko komunikują się ze sobą, działając i planując działania niezależnie od siebie, często dążąc do wzajemnie wykluczających się celów.

Cena politycznych rozwiązań problemu epidemii związanej z iniekcyjnym zażywaniem narkotyków będzie coraz wyższa. Czas zmienić postrzeganie osób konsumujących środki odurzające: z nienormalnej mniejszości na wymagającą leczenia i wsparcia większość. W pięciu krajach byłego Związku Radzieckiego i Azji – których łączna populacja przekracza 1,5 miliarda – możemy już mówić o epidemii (ponad 50.000

zarejestrowanych przypadków w każdym z tych państw). Większość z nich to wynik wstrzykiwania narkotyków. Jak to się na ogół dzieje w przypadku epidemii HIV napędzanej przez IDU, epidemie w Rosji, na Ukrainie, w Chinach, Malezji i Wietnamie szybko osiągnęły o wiele wyższy poziom, niż gdyby wirus przenosił się przez kontakty seksualne. Tylko w Rosji, gdzie poziom zakażeń rośnie najszybciej na świecie, z wirusem HIV żyje obecnie więcej osób, niż w całej Ameryce Północnej (UNAIDS 2002, US-Russia Working Group 2003). Około 90 % przypadków jest skutkiem dożylnego zażywania narkotyków, zaś prawie wszystkie zakażenia pojawiły się w ciągu ostatnich sześciu lat (CEEHRN 2002). W Chinach, gdzie o pierwszych przypadkach HIV doniesiono w 1985 roku, z szacunków rządu wynika, że obecnie zakażonych jest milion osób – 64 % spośród nich poprzez zażywane iniekcyjnych środków odurzających. Obserwatorzy z zewnątrz sugerują, że prawdziwe dane, ze względu na praktyki oddawania krwi, przez które w centralnych prowincjach kraju zakaziło się już setki tysięcy osób, mogą być o wiele wyższe (Human Rights Watch 2003).

Procent przypadków zakażeń HIV wśród IDUs w krajach/prowincjach o ustalonej epidemii (ponad 10 000 przypadków HIV) 2002



Jeśli aktualne trendy nie zmieniają się, jest wysoce prawdopodobne, że wiele innych państw – łącznie z tymi, które jak dotąd zgłosiły niewielką liczbę przypadków AIDS lub z powodzeniem ograniczyły liczbę zakażeń wśród osób nie sięgających po narkotyki – wkrótce dołączy do listy krajów stojących w obliczu poważnej, napędzanej przez IDUs, epidemii. Osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki stanowią większość wśród zakażonych w Tadżykistanie, Kazachstanie, Uzbekistanie, Iranie, Indonezji i Nepalu, a w każdym z tych krajów epidemia gwałtownie rośnie (CEEHRN 2002, Reid i Costigan 2002, UNAIDS 2002). Także w Europie Zachodniej, Afryce Północnej i na Bliskim Wschodzie większość nowych przypadków dotyczy osób wstrzykujących sobie środki odurzające. Liczba państw informujących o zakażeniach HIV wśród IDUs w ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrosła ponad dwukrotnie, z 52 w 1992 roku do 114 obecnie (Strathdee i Poundstone 2003). UNAIDS szacuje (2002), że jedno na trzy nowe zakażenia poza Afryką pochodzi z zakażonej igły.

Dobra wiadomość, którą często sobie powtarzamy, jest taka, że sposoby interwencji w celu powstrzymania HIV i innych szkód wśród osób zażywających narkotyki drogą iniekcyjną (IDUs) – zwłaszcza dostarczanie sterylnej sprzątu i terapia metadonowa – okazały się łatwe do wprowadzania i wyjątkowo skuteczne w próbach przeprowadzanych od Australii po Stany Zjednoczone i od Tajlandii po Białoruś. Zła wiadomość jest taka, że dowody ich skuteczności jak dotąd wcale nie pokrywają się z ideologią. Lata po opublikowaniu wyników badań naukowych dowodzących, jak szybko dożylne zażywanie narkotyków może napędzać transmisję HIV, i w jaki sposób koncepcje oparte na dowodach naukowych mogą skutecznie opanować ten eksplozywny wzrost, większość krajów zmagających się z epidemią wynikającą z IDU, nadal faworyzuje egzekwowanie prawa karnego i dążenie do abstynencji, nie zaś najlepsze praktyki zdrowia publicznego. Jeśli obecne trendy epidemiologiczne są jakkolwiek wskazówką, efektem może być jedno z najdramatyczniejszych zaniechań nowego tysiąclecia: doprowadzenie do kryzysu AIDS w Azji i dawnym Związku Radzieckim, który pochłonie miliony istnień ludzkich, a który mógł przecież zostać powstrzymany.

Narody Nie-zjednoczone: konkurencyjne strategie wobec polityki narkotykowej

Napięcie, jakie wywołuje u większości słuchaczy wyrażenie „prawa osób zażywających narkotyki” – i jego brak w praktycznie wszystkich planach, w których pojawiają się wytyczne dla polityki HIV – daje wyobrażenie, do jakiego stopnia ogólne stwierdzenia na temat praw osób żyjących z HIV zastąpiły naukową analizę problemów związanych z zażywaniem narkotyków poprzez iniekcję. Z historycznego punktu widzenia, odpowiedzi na rosnący problem takiego zażywania narkotyków i związanych z nim zakażeń HIV kształtowane były przede wszystkim przez egzekwowanie prawa karnego i politykę zdrowia publicznego, a nie poprzez domaganie się uznania praw człowieka. Celem egzekwowania prawa jest wytropienie, ograniczenie lub całkowite wyeliminowanie z obiegu społecznego narkotyków i wszystkich osób, którzy je sprzedają lub kupują. Akcent położony jest tu na podaż i popyt na zakazane substancje – osoby je zażywające traktowane są jako uczestniczące w nielegalnych wzorcach wymiany. Ponieważ w takim sposobie postępowania za najistotniejsze uważa się wymierzanie kar, kluczowe są również działania policji, służb celnych i instytucji karnych (więzienia). Jeśli nawet leczenie uzależnienia jest możliwe, przyjmuje ono formę kary: przymusowe, pozbawione jakichkolwiek usług dodatkowych, z surową dyscypliną i przymusową pracą bez wynagrodzenia, obarczone srogimi karami za powrót do nałogu. Nic dziwnego, że ten ostatni jest udziałem znacznej większości osób, które trafiły na taki „odwyk”.

Drugie podejście wyłania się z najlepszych praktyk zdrowia publicznego – lub bardziej szczegółowo – tej części sektora, która uznaje osoby zażywające narkotyki za zasługującą na szacunek grupę społeczną. Zgodnie z zasadami epidemiologicznymi, strategia ta w mniejszym stopniu skupia się na samych narkotykach, bardziej zaś na związanych z nimi zagrożeniach, biorąc pod uwagę skutki zdrowotne, zarówno dla całego społeczeństwa, jak i zażywających je ludzi, ich partnerów seksualnych, rodzin, dzieci i społeczności lokalnych. W przeciwieństwie do koncepcji opartej na egzekwowaniu prawa, podejście to zakłada, że nie

wszystkie niedozwolone substancje niosą ze sobą równie duże zagrożenie. Określa czynniki pośredniczące, które wzmacniają związane z narkotykami ryzyko, stara się również zidentyfikować narzędzia i sposoby interwencji, które w najlepszy sposób mogą powstrzymać skutki zdrowotne u jak największej liczby osób. Mówimy tu oczywiście o działaniach na rzecz tych, którzy pozostają poza systemem więziennym lub leczniczym (we wszystkich krajach jest to większość osób konsumujących narkotyki), albo którzy wrócili do nałogu po okresie abstynencji.

Obie opisane powyżej koncepcje nie są traktowane równorzędnie w kształtowaniu politycznych rozwiązań problemu zażywania narkotyków. Na realizowanie prawa przeznacza się o wiele większe środki finansowe, co z kolei bezpośrednio i pośrednio wpływa na możliwości oferowania usług osobom zażywającym narkotyki przez pracowników służby zdrowia, organizacje pozarządowe i programy leczenia, bez podejrzenia o łamanie porządku publicznego, gwałcenie norm moralnych i przyczynianie się do społecznych zachowań. Środki zdrowia publicznego, które nie wymagają od osób sięgających po narkotyki zrzeczenia się całej autonomii przed otrzymaniem pomocy, lub które zakładają, że abstynencja nie jest jedynym pożądanym efektem – takie jak wymiana igieł i strzykawek, leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów czy profilaktyka przedawkowań – są często nielegalne, niedofinansowane lub w ogóle pozbawione wsparcia finansowego. Wiele rządów ciągle traktuje takie działania jako „programy pilotażowe”, skutecznie odwołując o całe lata tworzenie całościowych, kompleksowych programów, które mogą powstrzymać wywołane dożylnym zażywaniem narkotyków zakażenia wirusem HIV.

Strategie oparte na egzekwowaniu prawa karnego i zdrowiu publicznym często pozostają wobec siebie w niełatwej relacji, tak na poziomie krajowym, jak i w obrębie międzynarodowych organizacji. Napięcia widać szczególnie wyraźnie w pracach instytucji stojącej na pierwszej linii w międzynarodowej walce z narkotykami i z HIV i AIDS: Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Teoria i praktyka konwencji kontroli narkotyków ONZ

Nadużywanie narkotyków jest jednym z niewielu zagadnień z zakresu zdrowia publicznego, którym rządzą międzynarodowe porozumienia dyktujące sygnatariuszom, w jaki sposób respektować zawarte w nich zapisy i reagować na ten problem. Jak opisano gdzie indziej (zob. Malinowska-Sempruch, Hoover, i in.) o międzynarodowych oraz – w wielu wypadkach – krajowych przepisach narkotykowych decydują trzy protokoły Organizacji Narodów Zjednoczonych, znane powszechnie jako konwencje narkotykowe ONZ: jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 roku (znowelizowana w 1972), konwencja o substancjach psychotropowych z 1971 roku i konwencja o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 roku. Licencjonowanie legalnej produkcji substancji sklasyfikowanych w traktatach, jak również monitorowanie działań zapobiegających ich dotarciu na nielegalne rynki zbytu, należy do zadań „quasi-sądowej” rady znanej powszechnie jako Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (INCB) – liczącej 13 członków, grupy ekspertów z zakresu prawa, psychiatrii, farmakologii itp., którym prawo do oceny stopnia podporządkowania sygnatariuszy konwencjom przyznała w 1961 roku znowelizowana dziesięć lat później konwencja (INCB 2003).

Teoretycznie język konwencji jest na tyle elastyczny, że można wpisać weń całą gamę rozwiązań na gruncie zdrowia publicznego i pozwolić krajom dostosowywać je do ich własnych realiów (Bewley-Taylor 2002, Room 2003). Dokument z 1971 roku wymaga, by strony nie tylko działały na rzecz zapobiegania konsumpcji narkotyków, lecz również podejmowały wszelkie środki w celu „wczesnego wykrywania, leczenia, kształcenia, opieki po leczeniu, rehabilitacji i włączenia do życia społecznego” osób sięgających po niedozwolone substancje (ONZ 1971). Mimo wymagania kar za posiadanie narkotyków na własny użytek, konwencja z 1988 roku nie precyzuje, jakie to powinny być kary, co wywołuje sugestie, że poradnictwo lub wysyłanie wezwań do sądu, nienotowanych w trwałych rejestrach policyjnych, spełniałoby

znamiona trzymania się litery prawa (Krajewski 1999, Room 2003). Ponadto, konwencja z 1988 roku określa prymat wysiłków na rzecz minimalizacji ludzkiego cierpienia związanego z zażywaniem narkotyków i powtarza, że leczenie, kształcenie, opieka po leczeniu oraz rehabilitacja są – w porównaniu z karaniem – rozwiązaniami do zaakceptowania (ONZ 1988).

W praktyce jednak organy odpowiedzialne za interpretację konwencji rutynowo podkreślają surowe egzekwowanie prawa karnego i ochronę istniejącego *status quo*. INCB, którego członkowie mają za zadanie „służyć interesom społeczności międzynarodowej”, w swoich dorocznych raportach ostro krytykuje kraje, które – w opinii jego ekspertów – robią niewiele w sferze regulowania obrotu i produkcji narkotyków; z kolei jakość i dostępność leczenia nie są prawie w ogóle monitorowane. Nie wspomina się o tym również w raportach (INCB 2000, INCB 2001). Ograniczenia sankcji prawnych za używanie konopi indyjskich w Europie Zachodniej, wprowadzone obecnie w Hiszpanii, Portugalii i Holandii, a także w części Londynu, krytykowane były przez INCB jako wysyłanie złego komunikatu i „zagrożające wszystkim wysiłkom na rzecz wyeliminowania narkotyków, również prowadzonym poza Europą” (INCB 2000). Organ ten uparcie sprzeciwia się także działaniom „zachęcającym do nadużywania narkotyków”, jak na przykład publikowaniu w czasopiśmie naukowych badań na temat medycznego wykorzystywania konopi, popularnym piosenkom o narkotykach, czy nawet dodawaniu konopi do jedzenia czy napojów, co według Organu błędnie sugeruje, że roślina ta może być „jadalna czy posiadać wartości odżywcze” (INCB 1997). Członkowie INCB posunęli się nawet do twierdzenia, że politycy nawołujący do wprowadzenia bardziej liberalnej polityki narkotykowej powinni odpowiadać przed sądem za naruszanie postanowień konwencji w kwestii zachęcania do nadużywania zakazanych środków (INCB 1997).

Język to bardzo ważne narzędzie degradowania osób używających narkotyki do poziomu „mniej niż ludzi”, zaś INCB bardzo starannie dobiera słowa. W oficjalnych tekstach mówi się wyłącznie o „nadużywaniu” narkotyków, podkreślając, że każde ich przyjmowanie, przez sam fakt nielegalnego statusu tego czynu, jest *de facto* nadużywaniem.

INCB opisuje osoby uzależnione jako „ofiary”, sugerując tym samym, że są one w zasadzie martwe. Potępia „normalizację” jakiegokolwiek narkotyku, wzmacniając tym samym przekonanie, że osoby nadużywające narkotyków powinny być traktowane jako nienormalne *per se* (INCB 2000). Wiedząc, że twierdzenia te są mocno kontrowersyjne, członkowie Organu z pozycji autorytetu krytykują ekspertów, którzy mają odmienne zdanie, umieszczając wyrażenia takie jak „marihuana używana do celów medycznych” i „redukcja szkód” w cudzysłowie (INCB 1997; INCB 2000). Ich retoryka łączy propozycje polityczne, które w rzeczywistości nie mają ze sobą nic wspólnego, w jednolitą, groźną całość, nazywaną redukcją szkód: wymiana strzykawek rutynowo stawiana jest w parze z pomieszczeniami do bezpieczniejszego wstrzykiwania narkotyków, pomieszczenia z dekryminalizacją, zaś dekryminalizacja z legalizacją narkotyków i zachęcaniem do ich nadużywania (INCB 1997, Schaepe 1999, INCB 2000, Room 2003).

Podczas gdy członkowie INCB formalnie reprezentują tylko samych siebie, zdanie rządów głosi Komisja Środków Odurzających (CND) – organ odpowiedzialny za tworzenie polityki narkotykowej ONZ. Dzięki narodom europejskim, które praktykują selektywne nie-egzekwowanie praw dotyczących zażywania narkotyków, na corocznych spotkaniach CND w debatach zaczęło pojawiać się teoretyczne poparcie dla mniej punitarywnych działań. W praktyce jednak kraje wpłacające największe sumy pieniędzy na rzecz ONZ, opowiadające się za podejściem zamykającym się w słowach „zero tolerancji”, takie jak USA i Szwecja, interpretują konwencje najbardziej sztywno (Fazey 2003). Jednostronność Stanów Zjednoczonych i np. Rosji, jest wszechobecna szczególnie na spotkaniach CND, na których tak bardzo dba się o zachowanie consensusu, że sprzeciw ze strony pojedynczego kraju może odwlekać dalsze poczynania o całe dni (Fazey 2003). Rezultatem jest zawsze wzmocnienie *status quo*. Choć do listy narkotyków zawartej w wykazach konwencji systematycznie dodaje się nowe substancje, samym konwencjom nie przeciwstawia się nikt i nie zostały one do tej pory choćby w najmniejszym stopniu zmienione.

Jednostką odpowiedzialną za koordynację programów ograniczania podaży i popytu na zakazane substancje jest Biuro ONZ

ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC)¹. Zatrudnia ono całą rzeszę ekspertów naukowych, wojskowych i policyjnych oraz wydaje miliony dolarów rocznie na prowadzone na całym świecie działania na rzecz zwalczania narkotyków. Inicjatywy o największym znaczeniu to na przykład pomoc w ustanawianiu ostrych przepisów związanych z praniem brudnych pieniędzy i przejmowaniem aktywów, zbrojenie sił antynarkotykowych, ustanawianie specjalnych organów do ścigania handlarzy i konsumentów niedozwolonych środków, szkolenia i wyposażanie strażników na dworcach kolejowych i granicach państw oraz promowanie skutecznego wykorzystywania psów tropiących (Lubin, Klaits i in., 2002). UNODC popiera również całą gamę działań na rzecz redukcji popytu na narkotyki, takich jak materiały, szkolenia i wsparcie dla edukatorów społecznych oraz alternatywne formy pomocy rolnikom, by mogli zmienić plantacje opium na inne uprawy. Przy budżecie na ograniczanie podaży tradycyjnie trzykrotnie większym, niż budżet na ograniczanie popytu (CND 1999) i dodatkowymi – liczącymi ponad miliard dolarów – wydatkami rządu USA na operacje antynarkotykowe (spryskiwanie pól toksycznymi herbicydami; zbrojenie lokalnego systemu egzekwowania prawa przy użyciu narzędzi wysokiej technologii do wykrywania i niszczenia – ONCDP 2003, TNI 2003), wiele państw, chcąc nie chcąc, odbiera te działania jako alternatywę, z której nie można zrezygnować. ONZ wspierało również eksperymentalne programy badań biochemicznych w Azji Środkowej, których celem było wynalezienie nowego rodzaju grzyba zdolnego zniszczyć uprawy opium w Afganistanie (Lubin, Klaits i in., 2002).

Podobne naukowe innowacje nie były poddawane ewaluacji. UNODC zrezygnowało z wewnętrznej ewaluacji programów w 1997 roku (Lubin, Klaits i in. 2002). Kwestionariusze adresowane do rządów krajowych koncentrują się na trendach narkotykowych i środkach podejmowanych w celu zwiększenia konfiskaty lub poprawy kontroli prania brudnych pieniędzy, a nie na ocenie, czy te dwa rodzaje działalności mają ze sobą coś wspólnego (Transnational Institute 2003). Agendy kontroli narkotyków ONZ same zauważają, że od czasu przyjęcia konwencji z 1988 roku produkcja opium i koki znacząco wzrosła (UNODCCP 2002). Wysiłki na rzecz ograniczania upraw tych roślin

skutecznie równoważy postęp technologiczny, pozwalający na osiągnięcie coraz większych plonów (ODC 2003). Nie ma również dowodów skuteczności takich wysiłków na rzecz redukcji popytu, jak wspierany przez ONZ Międzynarodowy Dzień Przeciw Narkotykom, który kraje od Chin po Tajlandię uświetniają ogniskami ze skonfiskowanych narkotyków, masowymi aresztowaniami i publicznymi egzekucjami (Nakachol 1997, AP 2001, AP 2002).

Mimo to polityczne inklinacje CND, INCB i UNODC skłaniają kraje członkowskie ONZ do konkluzji, że jedyną silną odpowiedzią na zażywanie narkotyków jest reakcja skrajnie punitywne. W 1994 roku specjalna grupa doradcza do spraw polityki narkotykowej ONZ wysunęła propozycję na Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego (UNGASS) dotyczącej Narkotyków, którą niektórzy naiwnie potraktowali jako okazję rozważenia alternatywnych podejść do profilaktyki i leczenia oraz rewizji zasadności definicji stosowanych w konwencjach narkotykowych ONZ (Transnational Institute 2003). Gdy jednak wypłynęła ona z homogenicznej maszyny ONZ-owskich deliberacji, szybko zastąpiona została językiem afirmacji. Sekretarz Generalny doniósł, że specjalna sesja „potwierdziła po raz kolejny znaczenie i trafność międzynarodowych traktatów kontroli narkotyków” (ONZ 1996). W 1988 roku Zgromadzenie Ogólne zwołane zostało pod hasłem dyrektora UNODC, Pino Arlacchiego, „Świat bez narkotyków – możemy tego dokonać!” (A Drug Free World – We Can Do It!) i zobowiązało uczestników do wyeliminowania lub znaczącego zredukowania handlu i spożycia narkotyków do 2008 roku (INCB 1997, Zgromadzenie Ogólne ONZ 1998). Chociaż szczegóły odnoszące się do tego, w jaki sposób cel ten może zostać zrealizowany, pozostawione zostały do osądu poszczególnych krajów, obserwatorów zaalarmowało spostrzeżenie, że ogłoszony po zgromadzeniu raport UNODC powołał się na „sukces” w ograniczaniu popytu na narkotyki w... maoistowskich Chinach i Iranie czasów Homeiniego, nie wspominając ani słowem, że na wysiłki te składały się wyroki sądowe bez sprawiedliwego procesu i grupowe egzekucje (Trebach 2002).

Konwencje narkotykowe ONZ i redukcja szkód związanych z zażywaniem narkotyków

Wpływ konwencji narkotykowych ONZ oraz rozpowszechnionego na świecie więzienia ludzi i oporu dla innowacji uzasadnianego podporządkowywaniem się konwencjom, wymaga specjalnego przeglądu w związku z epidemią AIDS. Adekwatność dokumentów regulujących międzynarodowe koncepcje odpowiadające na problem narkotykowy jest coraz bardziej kwestionowana, ponieważ odzwierciedlają one brak jakiejkolwiek świadomości istnienia problemu HIV. Dwie pierwsze konwencje ONZ zostały ustanowione jeszcze przed odkryciem tego wirusa, w trzeciej zaś uderza całkowity brak świadomości znaczenia iniekcyjnego zażywania narkotyków dla rozprzestrzeniania się epidemii (Malinowska-Sempruch, Hoover i in. 2003, Rossi 2003).

Analitycy prawni, zarówno wewnątrz ONZ, jak i poza Organizacją, zauważyli, że środki na rzecz ograniczania roznoszenia się HIV i innych infekcji związanych z zażywaniem narkotyków, takie jak dystrybucja czystych strzykawek, mogą być interpretowane jako legalne w świetle konwencji narkotykowych, nawołujących wszakże do łagodzenia ludzkiego cierpienia i zwalniania stosownych interwencji medycznych od kryminalizacji oraz precyzujących, że redukcja popytu powinna mieć na celu zarówno profilaktykę zażywania narkotyków, jak i ograniczanie niekorzystnych konsekwencji ich konsumowania (Bewley-Taylor 2002, INCB 2002, Fazey 2003). Jednak INCB regularnie odrzuca takie interpretacje. Już w 1993 roku ciało to uznało redukcję szkód za „trzeciorzędą strategię” profilaktyki z punktu widzenia celów ograniczania popytu na narkotyki (INCB 1993), zaś w 2000 roku wyraziło żal, że polityka redukcji szkód „odwróciła uwagę (i w niektórych przypadkach również finansowanie) rządów od istotnych działań na rzecz redukcji popytu, takich jak profilaktyka pierwszorzędowa czy leczenie zorientowane na abstynencję” (INCB 2002). Metadon pozostaje narkotykiem z Wykazu I („szczególnie poważne ryzyko dla zdrowia publicznego oraz ograniczona, jeśli jakakolwiek, użyteczność terapeutyczna”)

od 1961 roku, pomimo znaczących badań pokazujących jego pozytywną rolę w zmniejszaniu odsetka iniekcyjnego zażywania narkotyków, zakażeń wirusem HIV i dokładnie tych rodzajów działalności przestępczej, których zdławieniem zainteresowane jest INCB. Organ wyrażał również bardzo krytyczne opinie na temat przepisywania przez szwajcarskich lekarzy heroiny, a także – na wieść o planach otwarcia pomieszczeń do bezpieczniejszego zażywania narkotyków w celu ograniczenia dróg rozwoju wirusów HIV i WZW typu C (HCV) – groził zakazem uprawy opium na cele medyczne przez Australię (Fazey 2003). Także planowane przez Danię wprowadzenie pomieszczeń do bezpieczniejszego zażywania środków odurzających spotkało się z ostrą krytyką. Sekretarz INCB, Herbert Schaepe, w 1999 roku posunął się do porównania pomieszczenia służącego iniekcji do palarni opium. Zasugerował ponadto, że osoby wprowadzające tego rodzaju usługi mogą być traktowane jako ułatwiające popełnianie przestępstw posiadania narkotyków i handlu nimi (Schaepe 1999, Room 2003).

We wrześniu 2002 roku INCB poprosił ekspertów prawnych UNODC o ocenę, czy programy redukcji szkód są zgodne z konwencjami. Prawnicy zwrócili uwagę na trzy ważne elementy, które mogą przemawiać za terapią metadonową, pomieszczeniami do bezpieczniejszego wstrzykiwania narkotyków i wymianą strzykawek. Po pierwsze, wszystkie te środki mogą być traktowane jako leczenie, dozwolone w świetle konwencji. Po drugie, konwencje zachęcają do ograniczania zażywania narkotyków i ich niekorzystnych konsekwencji, co bez wątpienia dotyczy także HIV, a więc potencjalnie usprawiedliwia podejmowanie kroków na rzecz ograniczenia liczby zakażeń. I w końcu, zabraniają c e l o w e g o zachęcania do zażywania narkotyków, żaden zaś ze środków redukcji szkód nie może być traktowany jako świadome nakłanianie do zwiększonego zażywania tych środków (INCB 2002). Trzy miesiące później przewodniczący INCB Philip Emafo w oficjalnej publikacji UNODC oświadczył, że „rozdawanie igieł” i „zapewnianie pomieszczeń dla nadużywających narkotyków do ich wstrzykiwania” sprowadza się do zachęty do ich nadużywania, w związku z czym jest sprzeczne z zapisami konwencji (Rahmy 2002).

Nieadekwatność konwencji, jeżeli chodzi o kwestię zakażeń HIV drogą dożylnego zażywania narkotyków ponagliła organy ONZ i zewnętrznych obserwatorów do wydania oświadczeń nawołujących do zmian rezolucji. Obowiązujący wszystkie agendy ONZ dokument z 2001 roku miał za zadanie „zharmonizować” stanowisko Narodów Zjednoczonych w sprawie profilaktyki HIV wśród osób sięgających po narkotyki. Stwierdzał on wyraźnie, że programy wymiany strzykawek i substytucyjna terapia uzależnienia od opioidów są akceptowalnymi częściami szerszego pakietu środków mających na celu profilaktykę narkotykową (ONZ 2001), w następstwie czego UNODC zaczął oferować ograniczone wsparcie dla obu tych działań. W marcu 2002 roku, sama CND wydała rezolucję alarmującą, jeżeli chodzi o nagły rozwój HIV i zachęcającą państwa członkowskie do rozważenia problemu HIV i HCV, a także do pamięci o potrzebie zapewniania dostępu zarówno do leczenia HIV, jak i sterylnego sprzętu do iniekcji przy tworzeniu programów ograniczania popytu na narkotyki (CND 2002). Tuż przed sesją CND w kwietniu 2003 roku, która miała zaznaczyć półmetek przed rokiem 2008 – ostatecznym terminem znaczącego i wymiernego ograniczenia podaży narkotyków – Grecja wykorzystwała swoje przewodnictwo w Unii Europejskiej, by zwołać spotkanie na temat międzynarodowej polityki narkotykowej. Przy udziale reprezentantów Parlamentu Europejskiego i greckiego, przedstawicieli organizacji pozarządowych, Komisji Europejskiej oraz naukowców i personelu UNODC, na konferencji potwierdzono użyteczność konwencji narkotykowych ONZ, jednak uznano, że mogą zostać poszerzone o wyraźne poparcie dla środków redukcji szkód i zapewnienie, że osoby zażywające narkotyki nie są przestępcami, lecz ludźmi potrzebującymi pomocy i leczenia (Greckie Przewodnictwo Unii Europejskiej 2003).

Żadna z tych rezolucji, ani żaden z małych kroków w stronę zmiany polityki nie ma jednak mocy prawnej. Spotkanie CND w kwietniu 2003 roku odbyło się zgodnie z planem, w celu zrewidowania postępu w dążeniu do świata wolnego od narkotyków oraz rozważenia nowych strategii, takich jak propozycje potwierdzenia znaczenia substytucyjnej terapii uzależnienia od opioidów i ponaglenia do zniesienia prawnych przeszkód w dostępności czystych igieł. Sprzeciw ze strony Stanów

Zjednoczonych, jak również Rosji, Ukrainy, Malezji i licznych państw arabskich storpedował i osłabił ogół rozmów o redukcji szkód. Przed przyjęciem ostatecznych rezolucji usunięto z nich wszelkie wzmianki o terapii substytucyjnej czy legalizacji wymiany strzykawek (CND 2003). Oddzielną rezolucję Komisji dołączono do oświadczenia, w którym wszystkie państwa członkowskie ONZ okazują wzmocnioną współpracę i zrozumienie wobec działań INCB (CND 2003).

Sam INCB nie jest całkowicie odporny na zmianę. W kwietniu 2001 roku, w upomnieniu, które według niektórych obserwatorów było skutkiem krnąbrności Stanów Zjednoczonych wobec międzynarodowych protokołów (takich jak protokół z Kioto) oraz wojną z narkotykami, członkowie ONZ odwołali reprezentantów USA z Komisji Praw Człowieka i z Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków. W odpowiedzi Stany Zjednoczone zwiększyły swoje zobowiązania wobec UNODC o 45 %, stając się największym sponsorem ONZ-owskiej kontroli narkotyków oraz umieściły swojego kandydata na miejscu odchodzącego delegata z Peru. Jednak na dłuższą metę zmiany w dynamice geopolitycznej mogą zagrozić dominującej roli podejścia „zera tolerancji”. Raport INCB, opublikowany 2 marca 2004 roku, miał być wyraźnie bardziej łagodny wobec wymiany strzykawek i leczenia substytucyjnego.

Krajowe interpretacje konwencji narkotykowych ONZ

Niezależnie od tego, czy są tylko dobrą wymówką czy nie, konwencje narkotykowe ONZ wykorzystywane są przez rządy narodowe do usprawiedliwiania skrajnie punitywnych środków prawnych i niewprowadzania usług skierowanych do osób iniekcyjnie zażywających środki odurzające. Rosja, która krótko przed UNGASS na temat narkotyków w 1998 roku surowo zastrzyła kary za posiadanie wszelkich substancji, odwołuje się do konwencji narkotykowych ONZ tłumacząc stosowaną w tym kraju „całkowitą prohibicję” (por. Malinowska-Sempruch, Hoover i in. 2003). Farmakolog Eduard Babajan, rosyjski przedstawiciel

w CND od prawie 30 lat i aktualnie członek INCB (INCB 2003), jest autorem tabeli narkotyków, wykorzystywanej przez rosyjski system prawny, według której jakakolwiek ilość heroiny traktowana jest jako „duża” lub „bardzo duża” i za posiadanie mniej niż setnych części pojedynczej dawki (0,005 grama) przewiduje karę więzienia do lat siedmiu (Lewinson 2003). Babajan wspominał również wielokrotnie o poparciu INCB i CND dla rządu rosyjskiego, który postanowił utrzymać metadon na liście środków nielegalnych (Lewinson 2003). Również przeprowadzony przez ONZ sondaż wśród przedstawicieli rządów siedmiu krajów azjatyckich, w których liczba IDUs rośnie lawinowo, wykazał, że wśród podawanych powodów braku leczenia substytucyjnego, pojawiało się przekonanie, że metadon jest zakazany bezpośrednio lub pośrednio przez konwencje ONZ (UNAIDS/UNODCCP 2000). Chociaż niektóre z krajów członkowskich ONZ pozwoliły na stosowanie terapii metadonowej, przepisywanie heroiny czy bezpieczniejsze pomieszczenia do iniekcji narkotyków, każdy z nich – np. Australia, Niemcy, Wielka Brytania i Holandia – jest członkiem grupy państw zachodnioeuropejskich i innych krajów rozwiniętych (WEO), która – zapewniając większość wsparcia finansowego ONZ – może się czuć mniej podatny na cenzurę. W każdym z wymienionych przypadków komentarz INCB był jasny i nalegał, by zniechęcać do podejmowania tego rodzaju działań we wszystkich krajach.

Rządy zasłaniają się również współpracą z agendami ONZ do kontroli narkotyków przy milczącej lub jawnej aprobacie dla bardziej rozpowszechnionych politycznych represji. Rząd Birmy, po brutalnym zdławieniu prodemokratycznego ruchu, który spowodował zaostrenie stosunków z reżimem przez wiele krajów, doniósł z wielkimi fanfarami o otwarciu biura kontroli narkotyków ONZ i rozpoczęciu stałej współpracy z Narodami Zjednoczonymi, które od tamtej pory zdążył unieśmiertelnić, na wystawie w ogromnym Muzeum Eliminacji Narkotyków, otwartej w czasie Międzynarodowego Dnia Przeciwno Narkotykom ONZ (Centralny Komitet Kontroli Nadużywania Narkotyków Birmy 2003). Reżim Talibów w Afganistanie zaapelował o wsparcie i otrzymał obietnice pomocy ze strony organów kontroli narkotyków ONZ. Wydarzenia 11 września 2001 roku i ich następstwa spowodowały,

że ONZ-owskie agencje opóźniły współpracę (Armenta i Jelsma 2001). Po kampanii z 2003 roku, w ramach której przeprowadzono masowe aresztowania i, jak się wydaje, pozasądowe egzekucje 2.600 osób, wizyta przedstawiciela Tajlandii u Dyrektora UNODC Antonio Marii Costy zaowocowała nagłówkami w prasie w Bangkoku, obwieszczającymi poparcie Narodów Zjednoczonych dla skutecznych wysiłków na rzecz kontroli narkotyków w Tajlandii (Doniesienia prasowe w Tajlandii 2003, Agencja Prasowa Xinhua 2003).

Analiza polityki narkotykowej obowiązującej w krajach światowych skali problemu HIV, roznoszonego drogą iniekcyjnego zażywania narkotyków: Chinach, Ukrainie, Rosji, Malezji czy Wietnamie, ujawnia wyjątkową zgodność z modelem kontroli narkotyków ONZ, kładącym szczególny nacisk na prawo i porządek. Szczególnie istotny z punktu widzenia wzorców przenoszenia wirusa jest fakt, że wszystkie państwa borykające się ze znaczną liczbą zakażeń wynikających ze wstrzykiwania narkotyków stosują więzienie lub przymusowe osadzanie w zakładach psychiatrycznych za zakup nawet niewielkich ich ilości (np. na własny użytek). Praktyka ta w gruncie rzeczy napędza transmisję HIV, grupując osoby zakażone i zdrowe w miejscu, gdzie narkotyki i seks są na porządku dziennym, zaś narzędzia do ochrony przed zakażeniem HIV – prezerwatywy, sterylne sprzęt do iniekcji czy terapia substytucyjna dla uzależnionych od opioidów – nie są codziennością (Malinowska-Sempruch 2001, Beyrer, Jittiwutikarn i in. 2003). Wszystkie kraje, w których odnotowane zakażenia HIV wywołane iniekcją osiągają rozmiar epidemii, zamazują również granicę między zdrowiem publicznym a egzekwowaniem prawa, pozostawiając decyzję o leczeniu uzależnień policji, zachęcając lub wymagając od lekarzy współpracy z systemem prawno-policyjnym, umieszczając zażywających narkotyki i podejrzanych o ich przyjmowanie we wspólnych aresztach, narzucając wykonanie testów na HIV bez zgody zainteresowanych i – w końcu – nazywając konsumowanie środków odurzających (i przy okazji osoby to czyniące) złem, które należy ze społeczeństwa wykorzenić. Wiele mówi fakt, że leczenie metadonowe nie jest dostępne poza programami pilotażowymi w żadnym z krajów z ustaloną iniekcyjną „epidemią” HIV. Żaden rząd poza Wietnamem – którego wkład jest

mały i równoważony prawem kryminalizującym posiadanie igieł – nie przeznacza funduszy na zapewnianie czystych strzykawek (Harring 1991, VCHR 2000, CEEHRN 2002, DLHPRN 2002, Human Rights Watch 2003, Kuppusamy 2003, Voice of Vietnam 2003).

Inicjatywy ONZ wobec HIV: polityka narkotykowa w kontekście zdrowia publicznego

Mimo że jednostki odpowiedzialne w ONZ za kontrolę narkotyków zachęcają rządy do podjęcia zdecydowanych, karnych kroków do rozprawienia się z narkotykami, inni pracownicy Organizacji oceniają problem przez pryzmat zdrowia publicznego. Organami ONZ najbardziej koncentrującymi się na profilaktyce HIV i AIDS wśród osób dożylnie zażywających środki odurzające są Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. HIV i AIDS (UNAIDS). Podkreślając raczej ryzyko związane z konsumowaniem narkotyków, niż ich status prawny *per se*, WHO i UNAIDS mniej koncentrują się na przyjmowaniu „łżejszych” środków, bardziej zaś na iniekcjach i transakcjach wymiany seksu za narkotyki, kończących się zakażeniem wirusami HIV, HCV i innymi chorobami zakaźnymi. Wyciągając wnioski na podstawie literatury z zakresu nauk społecznych, organizacje te wspierają całą gamę interwencji, w tym również środki redukcji szkód, w celu ograniczania rozprzestrzeniania się wymienionych chorób. Uznają wagę włączania osób zagrożonych ryzykiem – w tym również aktywnych narkomanów – w tworzenie i wdrażanie polityki humanitarnej, podkreślając raczej podatność niż karalność. „Doświadczenie mówi nam, że współpraca z osobami zażywającymi narkotyki przynosi lepsze rezultaty, niż ich karanie”, powiedział Dyrektor UNAIDS, Peter Piot w swoim wystąpieniu w kwietniu 2003 roku na spotkaniu CND (Piot 2003). W raportach i przemówieniach publikowanych na całym świecie przedstawiciele UNAIDS – często uzbrojeni w dokumentację z badań dotyczących danych regionów – stawiają sprawę jasno: „redukcja szkód działa” (Cravero 2002, Hankins 2002).

Na ile WHO i UNAIDS są oddane przekładaniu tych zasad na działania praktyczne – nie jest do końca jasne: na przykład żadna z tych organizacji nie sprzeciwiła się nadmiernej kryminalizacji osób zażywających narkotyki przez jednostki kontroli narkotyków ONZ, ani nie powołała grupy eksperckiej do rozjaśnienia języka używanego w zagadnieniu redukcji szkód, zidentyfikowania potencjalnych i rzeczywistych napięć w obrębie konwencji narkotykowych ONZ, czy zasugerowania strategii ich rozwiązania. Co ważniejsze, ani WHO ani UNAIDS nie współpracowały ze sponsorami czy rządami korzystającymi z pomocy, by wprowadzić jakikolwiek program redukcji szkód w skali krajowej.

Niespójności w zaleceniach politycznych ONZ

Na poziomie teoretycznym wprowadzono w system ONZ powierzchowną harmonię – wszystkie jednostki Organizacji popierają na przykład „pełne” interwencje, adresowane do osób zażywających nielegalne substancje i zachęcają do „większego politycznego zaangażowania” w ten problem. Jednak na poziomie praktycznym różnica w nacisku między jednostkami kontroli narkotyków ONZ (np. INCB i CND) i jednostkami promocji zdrowia (np. WHO i UNAIDS) doprowadza do ostrych niespójności w politycznych zaleceniach. UNODC, jeden ze sponsorów UNAIDS od 1999 roku i część aparatu kontroli narkotyków, są zawieszane wygodnie gdzieś pomiędzy.

Wśród najbardziej uderzających obszarów niespójności znajdują się:

- **Terapia substytucyjna.** CND i INCB traktują metadon, który jest jednym z najlepiej zbadanych i najbardziej przystępnych środków terapii substytucyjnej, jako substancję z Wykazu 1 ze znacznym potencjałem do nadużywania i ograniczonymi możliwościami zażywania medycznego. Wysiłki UNODC w kierunku ograniczenia popytu tradycyjnie nie zawierają żadnego poparcia dla substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów, choć agenda ta zaczęła w bardzo ograniczony sposób wspierać taką terapię w nielicznych krajach. Przedstawiciele agend promocji zdrowia ONZ z kolei regularnie nawołują do prowadzenia terapii substytucyjnej pod odpowiednią

kontrolą medyczną, co stanowiłoby część skutecznej odpowiedzi na problem HIV.

- **Redukcja szkód.** Przedstawiciele kontroli narkotyków ze strony ONZ, mówiąc o niej jako o powiązanej z działaniami na rzecz legalizacji narkotyków, przypominają rządowi, że nie ma substytutu dla ograniczenia popytu na niedozwolone substancje; niektóre zaś – tak jak w przypadku UNODC – całkowicie unikają tego terminu. Przedstawiciele sektora promocji zdrowia w ONZ podkreślają, że redukcja szkód jest naukowo dowiedzionym podejściem, które, oprócz tego że niezbędne w powstrzymywaniu rozprzestrzeniania się wirusa HIV, nie zostało jeszcze skutecznie wdrożone przez rządy narodowe.
- **Wymiana strzykawek.** Mimo że w rezolucji z roku 2002 CND poparło zwiększony dostęp do sterylnego sprzętu do iniekcji, to jednak pod presją Stanów Zjednoczonych torpedowało rezolucję na rzecz usunięcia przeszkód prawnych dla programów wymiany strzykawek w 2003 roku. UNODC zakazało na 4 lata sponsorowania programów wymiany igieł z powodu sprzeciwów ze strony USA (Fazey 2003), zaś aktualnie oferowane przez nie wsparcie jest niezwykle ograniczone. Prezydent INCB sugerował, że rozdawanie strzykawek jest jednoznaczne z zachęcaniem do zażywania narkotyków. Z kolei UNAIDS i WHO wyrażają konsekwentne wsparcie dla programów zapewniających sterylny sprzęt do iniekcji w celu ograniczenia zakażeń wirusem HIV.
- **Mandat międzynarodowy.** Jednostki kontroli narkotyków często odnoszą się do UNGASS na temat narkotyków, gdzie uczestnicy zgodzili się znacząco zredukować lub wyeliminować zażywanie środków odurzających do 2008 roku, jako dowodu międzynarodowego konsensusu w kwestii ich kontroli. Jednostki promocji zdrowia odnoszą się natomiast do UNGASS z 2001 roku na temat HIV i AIDS, gdzie wszystkie rządy krajów członkowskich ONZ udzieliły poparcia konkretnym działaniom na rzecz ograniczenia zakażeń wirusem HIV, wśród których znajdowało się zapewnienie sterylnego sprzętu do iniekcji i inne wysiłki z zakresu redukcji szkód.

Sprzeczności w działaniu: przykład Tajlandii

Napięcia między egzekwowaniem prawa i zdrowiem publicznym w reagowaniu na zażywanie narkotyków widać nawet w krajach, którym ONZ oddaje cześć za skuteczną profilaktykę HIV. Na przykład Tajlandia regularnie przytaczana jest jako jeden z niewielu krajów na świecie, które skutecznie zareagowały na problem HIV i AIDS (UNAIDS 2001, Ainsworth, Beyrer i in., 2003, UNICEF 2003). Przykład ten pokazuje również, jak łatwo „sukces” profilaktyki spowodować może wykluczenie osób, które doświadczyły zażywania narkotyków. Rząd tajski powszechnie chwalony był na forum międzynarodowym za swój program „100 % prezerwatyw”, który na początku lat dziewięćdziesiątych pomógł powstrzymać rosnące wskaźniki zakażeń dzięki wymogom kontroli jakości w fabrykach prezerwatyw, bezpłatnej dystrybucji około 60 milionów sztuk rocznie do przybytków seksu oraz pracy z władzami lokalnymi, komendantami policji i lokalnymi szefami personelu medycznego, w celu zapewnienia ogólnokrajowego zaangażowania w program. Program, uzupełniany działaniami takimi, jak rozwój alternatywnej kariery zawodowej dla młodych kobiet pracujących w „przemysłe” seksualnym, pomógł znacząco zwiększyć używanie prezerwatyw, ograniczyć zakażenia wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz obniżyć częstotliwość zakażeń HIV aż pięciokrotnie (Nelson, Eiumtrakul i in., 2002). Tajlandia jest również pierwszym rozwijającym się krajem, który wprowadził efektywną politykę profilaktyki prenatalnej, dostarczając krótkoterminowe dawki zydowudyny ponad dwóm trzecim zakażonych wirusem HIV ciężarnych kobiet i prawie dziewięciorgu niemowlętom na dziesięciorgo, by powstrzymać transmisję wirusa HIV (Amornwichee, Teeraratkul i in., 2002).

Kontrastujące strategie w obrębie Organizacji Narodów Zjednoczonych		
Kontrola narkotyków	kontra	Zdrowie publiczne
Świat wolny od narkotyków – możemy tego dokonać! (Pino Arlacchi, Dyrektor Biura Kontroli Narkotyków i Przestępczości ONZ, 1998)		Całkowite i natychmiastowe wyeliminowanie iniekcijnego zażywania narkotyków jest... celem niemożliwym do osiągnięcia. (WHO, Zasady profilaktyki HIV wśród osób iniekcynie zażywających narkotyki, 1997)
Dyskusja na temat pomieszczeń do iniekcji narkotyków i niektórych innych środków redukcji szkód odwraca uwagę (i w wielu przypadkach również fundusze) rządów od ważnych działań z zakresu redukcji popytu na narkotyki. (Roczny raport INCB, 2000)		Przekładanie dobrze przyjętej teorii redukcji szkód na rzeczywistość redukcji szkód jest powstrzymywane przez brak woli społecznej i politycznej. (Catherine Hankins, Dyrektor UNAIDS, 2002)
Terminy „zażywanie” lub „konsumpcja” powinny być stosowane tylko wtedy, gdy dotyczą zażywania lub konsumpcji narkotyków do celów medycznych czy naukowych. (...) Osoby nadużywające narkotyków nie są, w związku z tym, z definicji, ani konsumentami, ani osobami zażywającymi. (Roczny raport INCB, 2001)		Bez zaangażowania samych osób zażywających narkotyki nie może być mowy o ciągłej zmianie zachowań i efektywnej profilaktyce HIV w tej grupie. Kluczowe znaczenie ma wprowadzanie w życie inicjatyw opartych na zasadzie działań środowiskowych, angażujących ludzi z grona osób zażywających narkotyki. (UNODC, Lessons Learned, 2001)
Promowanie zażywania narkotyków przez rozdawanie igieł (...) byłoby dla mnie tym samym, co namawianie ludzi do nadużywania narkotyków, co jest działaniem sprzecznym z postanowieniami konwencji. (Przewodniczący INCB Philip O. Emafo, 2002)		Pracując z osobami, które wstrzykują sobie narkotyki, ważne jest skoncentrowanie się na redukcji szkód i rehabilitacji (...) [oraz] przyjmowaniu różnorodnych podejść, takich jak wymiana igieł i strzykawek (...), farmakoterapia substytucyjna. (Innowacyjne podejścia do profilaktyki HIV, Kolekcja Najlepszych Praktyk UNAIDS, 2000)
Na podstawie przekonania, że świadome zażywanie narkotyków do celów niemedycznych prowadzi do destrukcji umysłu i ciała, szwedzka polityka kontroli narkotyków za swój cel obrała społeczeństwo wolne od zła nadużywania narkotyków. (...) By osiągnąć ten ostateczny cel – społeczeństwo wolne od narkotyków – podejmowane są różnorodne kroki (...), profilaktyka, leczenie oraz środki o charakterze represyjnym. (Ambasador H S Okun, sprawozdawca INCB, 1998)		Prawa i polityka, które nie pozwalają osobom zażywającym narkotyki korzystać z adresowanych do nich usług muszą zostać zmienione. Praktyki, które wzbudzają strach i karzą ludzi podatnych na zakażenie wirusem HIV muszą zostać zmienione. Stygmatyzacja i kryminalizacja, które spychają osoby zażywające narkotyki do podziemia i podkopują wysiłki podejmowane w celu profilaktyki muszą zostać wyeliminowane. (Kathleen Cravero, Zastępca dyrektora UNAIDS, 2003)
UNDCP stoi przed koniecznością przyjęcia oficjalnego stanowiska na temat redukcji szkód. (Sekcja Spraw Prawnych UNDCP, 2002)		Organizacja Narodów Zjednoczonych w pełni popiera fundamentalne zasady redukcji szkód: wychodzenie naprzeciw osobom zażywającym narkotyki drogą iniekcijną, zapewnianie sterylnego sprzętu do iniekcji i materiałów dezynfekcyjnych oraz zapewnianie leczenia substytucyjnego. (Catherine Hankins, Associate Director, UNAIDS, 2002)

Tymczasem w miejsce intensywnej profilaktyki HIV wśród osób przyjmujących narkotyki, rząd tajski pokazał im żelazną pięść. W lutym 2003 roku rządząca partia Thai Rak Thai (Tajowie kochają Tajów) rozpoczęła „wojnę” z rosnącym problemem zażywania metaamfetaminy, której częścią stały się nakazy aresztowania i masowe łapanek domniemanych dealerów i osób uzależnionych. Do kwietnia miejscowe gazety doniosły, że policja – uzbrojona w sporządzone przez rząd czarne listy i prowizje od skonfiskowanych narkotyków – aresztowała ponad 40.000 handlarzy. Około 290.000 Tajów zostało zmuszonych do leczenia w okresie krótszym niż trzy miesiące. Policja dokonywała przymusowych badań moczu w klubach nocnych i barach (Macan-Markar 2003). Przekazy telewizyjne szybko wypełniły nie tylko obrazy przejętych narkotyków i związanych z nimi pieniędzy, lecz również obywateli Tajlandii – ponad 2.700, jak wykazano to w ostatnio dokonanych obliczeniach – w większości wywodzących się z mniejszości etnicznych, zastrzelonych w trakcie łapanek. Władze przyjęły odpowiedzialność za niespełna 60 z tych zgonów twierdząc, że większość była efektem wewnętrznych porachunków dealerów chcących uniknąć obciążających zeznań. Tajscy i międzynarodowi obserwatorzy praw człowieka twierdzą, że morderstwa – dokonywane z chłodnym profesjonalizmem zabójców, nierzadko dopadających ofiary w drodze do domu z posterunku, gdzie były przesłuchiwane – były w rzeczywistości nieoficjalnymi, „pozasądowymi” egzekucjami (Macan-Makar 2003).

Chociaż władze Tajlandii zadeklarowały, że wojna z narkotykami zakończyła się „pięknym sukcesem” (Agencja France Press 2003), wywarła ona natychmiastowy, negatywny wpływ na programy służące osobom zażywającym środki odurzające – w tym również na profilaktykę HIV i badania. Prowadzone przez naukowców Uniwersytetu w Chiang Mai badanie ujawniło, że 37 % osób sięgających po substancje psychoaktywne, które odwiedzały kliniki rehabilitacyjne, po rozpoczęciu rządowych łapanek zaprzestało uczęszczania do nich i najprawdopodobniej powróciło do wstrzykiwania, ponownie wystawiając się na ryzyko zakażenia wirusem HIV (Razak, Jittiwutikarn i in, 2003). Programy rozpowszechniające informacje wśród osób zażywających narkotyki na południu kraju donosiły, że wielu klientów za bardzo oba-

wiało się identyfikacji przez policję, by ryzykować uczestnictwo w nich (Suwannawong i Kaplan 2003). Strach przed znalezieniem się na czarnej liście i masowymi aresztowaniami zapełnił również ośrodki rehabilitacji osobami nie mającymi kontaktu z narkotykami, na przykład rodzicami, którzy dobrowolnie dali się w nich zamknąć, by oczyścić dobre imię rodziny lub jej członków aresztowanych bez powodu.

W kontekście profilaktyki HIV dla osób iniekcyjnie zażywających środki odurzające w Tajlandii, wojna z narkotykami może być ostatnią z długiej serii pomyłek. Pilotażowy program wymiany igieł na północy kraju został wstrzymany. Długoterminowe leczenie metadonowe, mimo dowodów jego skuteczności zebranych ponad dziesięć lat temu (Vanichseni, Wongsuwan i in. 1991), pozostaje w dalszym ciągu sprzeczne z prawem i poza Bangkokiem jest całkowicie niedostępne. Program „100 % prezerwatyw” nie został wprowadzony w zakładach karnych, w których liczba więźniów, na skutek prowadzonej wojny z narkotykami, w latach 1992-99 wzrosła pięciokrotnie, i gdzie – jak pokazują badania – występuje wysoki odsetek zakażeń wirusem HIV i znacząca liczba serokonwersjiⁱ (Beyrer, Jittiwutikarn i in., 2003). Ilość metaamfetaminy, której posiadanie podlega karze, została zmniejszona ponad trzykrotnie w latach 1999–2001. Do połowy 2003 roku tajska polityka wprowadzania terapii antyretrowirusowej (ARV) wyraźnie zabraniała stosowania jej u osób zażywających zakazane substancje. Chociaż rząd zgodził się zmienić politykę, ludzie przyjmujący narkotyki przy pomocy igły i strzykawki nadal są dyskryminowani w placówkach opieki lub unikają ich ze strachu przed doniesieniem na policję (Kaplan 2003).

Tymczasem wskaźniki zakażeń wirusem HIV w grupie osób konsumujących środki odurzające nie zmniejszają się. Choć częstotliwość zakażeń wśród żołnierzy, kobiet w ciąży i osób cierpiących na choroby przenoszone drogą płciową od 1995 roku spadła wyraźnie, u Tajów

ⁱ Serokonwersja – pojawienie się przeciwciał anti-HIV. Następuje na ogół średnio 3 tygodnie po zakażeniu (przyp. tłum. za: Dorota Rogowska-Szadkowska, „Podstawowe informacje o HIV i AIDS” [w:] „Diagnostyka zakażenia HIV. Wskazówki dla osób pracujących w punktach Anonimowego Testowania”, 2004)

dokonujących iniekcji nie zanotowano najmniejszego choćby spadku. W 1995 roku, za zakażonych wirusem HIV uważano 32 % osób korzystających z narkotyków w ten sposób. Do roku 2001 odsetek ten wzrósł do 50 % (Reid i Costigan, 2002). Badania rekrutów na północy kraju wykazały, że procent osób zakażonych wirusem HIV, w przeszłości wstrzykujących sobie substancje psychoaktywne, wzrósł z 1 % w 1991 roku do ponad 25 % w roku 1998 (Nelson, Eiumtrakul i in., 2002).

Premier Thaksin publicznie ogłosił koniec wojny z narkotykami podczas obchodów święta Urodzin Króla na początku grudnia 2003 roku, jednak aresztowania i przymusowe testy na obecność zakazanych środków podobno trwają nadal. Niezależnie od tego, czy jest to pozasądowa egzekucja czy infekcja HIV w czasie odbywania kary w więzieniu, cena jaką płacą osoby sięgające po narkotyki w Tajlandii, to często cena ich życia.

Leczenie HIV, osoby zażywające narkotyki i Organizacja Narodów Zjednoczonych

Ogłoszenie przez WHO „stanu wyjątkowego w kwestii leczenia” na specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ we wrześniu 2003 roku oraz planu zapewnienia terapii 3 milionom ludzi na całym świecie do 2005 roku, zakończyło coraz mniej istotną debatę, czy międzynarodowe wysiłki w kwestii HIV powinny na pierwszym miejscu stawiać profilaktykę, czy leczenie. Osiągnięto wreszcie konsensus, że te dwie wartości mogą i muszą wzajemnie się uzupełniać. Pozostaje jednak pytanie, w jaki sposób sprostać standardom stosowania trzech leków w terapii antyretrowirusowej (ARV) w krajach, których na to nie stać. Stworzenie Światowego Funduszu Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią, ograniczenie kosztów „firmowych” leków antyretrowirusowych poprzez program ONZ „Rozszerzony Dostęp”, (Expanded Access), produkcja leków generycznych i sprzedawanie kompletnej terapii za jedyne 300 dolarów rocznie, a także zwiększenie wkładu finansowego państw wspierających wysiłki rozszerzenia możliwości leczenia, zapewniły wzrost tempa wprowadzania ARV w krajach dysponujących niewielkimi środkami,

choć dziesięć lat temu wydawało się to niewyobrażalne. W krajach z „epidemią” powodowaną iniekcyjnym zażywaniem środków odurzających gwałtownie potrzebna jest również zmiana mechanizmów radzenia sobie z problemem finansowania leczenia HIV dla tych, którzy go potrzebują.

W państwach, gdzie liczba zakażeń wywołanych przez wstrzykiwanie narkotyków wzrasta, a ambiwalentny stosunek do tego zjawiska wydaje się wpływać na zaangażowanie w leczenie HIV, szczególnie ważne są szczegółowe zalecenia polityczne dotyczące najlepszych sposobów terapii osób aplikujących sobie niedozwolone środki. Leczenie zakażenia HIV było jak dotąd zbyt ograniczone, by wyciągać jasne wnioski – według obecnych szacunków na ponad 3,5 miliona osób żyjących z HIV w tych krajach, mniej niż 1.500 jest obecnie na terapii trójkowej – wstępne dowody sugerują, że iniekcyjne zażywanie narkotyków w przeszłości traktowane jest jako pretekst do wykluczenia osoby z programu leczenia ARV. Program ds. AIDS w Petersburgu i Moskwie donosi, że wśród osób poddawanych terapii trójkowej nie było żadnej zażywającej zakazane środki przy użyciu igły i strzykawki (CEEHRN 2002), choć 90 % wszystkich nowych przypadków zakażeń HIV w 2002 roku w Rosji miało miejsce wśród osób przyjmujących narkotyki tą drogą. W czołowej klinice zajmującej się HIV i AIDS w Kuala Lumpur, dawni IDUs (czyli 75 % wszystkich przypadków zakażeń HIV w kraju) stanowią zaledwie 20 % otrzymujących ARV. Nie ma wśród nich żadnej osoby aktywnie zażywającej narkotyki dożylnie (Kamarulzaman 2003). W 2003 roku w Chinach zapewniono terapię dwoma lekami dla 3.000 osób, jednak nawet ten zubożony standard leczenia dostępny był tylko w Hennan, gdzie zakażenia związane były raczej z oddawaniem krwi, niż stosowaniem nielegalnych i niebezpiecznych substancji. W Yunnan, epicentrum chińskiej „epidemii” wśród IDUs, 300 pacjentów podlega terapii trójkowej – dzięki sponsorowanemu przez Stany Zjednoczone programowi badawczemu – zaś leczenie infekcji oportunistycznych jest bardzo ograniczone: kliniki zajmujące się AIDS są zamknięte na kłódkę, a łóżka stoją puste (Human Rights Watch 2003). Na Ukrainie, gdzie IDUs stanowią 69 % zarejestrowanych przypadków HIV, w 2002 roku zaledwie 20 % z nich otrzymywało trzy leki antyretrowirusowe, zaś ośrodki zajmujące

się AIDS wpisują osoby korzystające z narkotyków na sam koniec listy oczekujących na leczenie (CEEHRN 2002). W 2003 roku Wietnam triumfalnie ogłosił plany wprowadzenia tańszego leczenia. W rzeczywistości jest to produkowany lokalnie specyfik łączący dwa leki – droższy niż terapia trójkowa w sąsiedniej Tajlandii (Saigon Times 2003).

Jednostki zajmujące się kontrolą narkotyków w ramach ONZ nie wypowiadają się w sprawie tych ewidentnych nierówności w leczeniu. Milczą również na temat tego, czy leczenie HIV jest częścią terapii, czy opieki rekonwalescencyjnej, przewidzianej w konwencjach ONZ dla osób sięgających po narkotyki. Postawa ta jest spójna z ogólnym milczeniem na temat jakości terapii uzależnień, jaka powinna być oferowana zgodnie z postanowieniami konwencji. Wprawdzie jednostki zajmujące się zdrowiem w ONZ przekonująco wyrażają się o skuteczności leczenia HIV osób zażywających narkotyki drogą iniekcyjną i ich prawach do jego otrzymywania, jednak podejmowane przez nie wysiłki na rzecz ustaleń, czy ma to faktycznie miejsce, są niezbyt jasne. Wytyczne WHO dla leczenia antyretrowirusowego jednoznacznie stwierdzają, że powinno być ono dostępne dla wszystkich, łącznie z IDUs (WHO 2002). Jednocześnie w prowadzonych przez ONZ badaniach na temat dostępności terapii nie podjęto próby systematycznej oceny, w jaki sposób droga zakażenia wpływa na dostęp do ARV. Analiza etyczna i ekonomiczna zapewniania ARV często skupia się wyłącznie na kwestiach statusu socjoekonomicznego jako czynnika determinującego dostęp do leczenia, nie uwzględniając postaw społecznych wobec osób wstrzykujących sobie narkotyki lub powszechnych założeń o ich wartości (UNAIDS/Bank Światowy 1998). Biorąc pod uwagę duży i rosnący odsetek zakażeń przypisywanych IDUs, przeoczenie to wydaje się mieć poważne konsekwencje.

Twórcy polityki bardzo rzadko podejmują również próby rozważenia potencjalnej potrzeby rekonceptualizacji dostępności leczenia HIV i sposobów jego zapewniania osobom zażywającym narkotyki dożywotnie. Sukces Brazylii w zapewnianiu darmowego ARV zarówno takim ludziom, jak i reszcie społeczeństwa wzbudził poklask na całym świecie. Jednak ONZ do tej pory wydał bardzo niewiele wytycznych co do mechanizmów, które sprawdzają się najlepiej w zwiększaniu stosowania

się do schematów leczenia HIV u osób dokonujących iniekcji oraz możliwości ich zastosowania w innych warunkach. Udowodniono, że terapia metadonowa ogranicza wstrzykiwanie i związane z nim ryzyko zakażeń drobnoustrojami takimi jak HCV, który przyspiesza rozwój HIV w AIDS, a także wpływa na zahamowanie zachowań ryzykownych, jeżeli chodzi o zakażenie HIV (Wong, Lee i in., 2003). Światowa Organizacja Zdrowia ma dopiero dodać metadon, buprenorfinę, LAAM i każde inne opioidowe leczenie substytucyjne do swojej listy podstawowych leków (WHO 1998), jednak w opublikowanych ostatnio wynikach badań na temat źródeł i cen leków anty-HIV, które WHO prowadzi wspólnie z UNICEF, UNAIDS i Organizacją „Lekarze bez Granic”, brakuje informacji o miejscach produkcji i cenach terapii substytucyjnych (UNICEF, UNAIDS i in., 2002). Zmiana myślenia na temat takich terapii, jako jednego z elementów leczenia HIV i wpisanie stosowanych w niej środków na Listę Podstawowych Leków, wymusiłaby zweryfikowanie paradoksu, jakim jest fakt, że WHO popiera leczenie substytucyjne, ale jak dotąd nie ma motywacji do zapoczątkowania procesu usuwania metadonu z Wykazu 1 narkotyków, ustanowionego przez konwencje narkotykowe ONZ. Brak takiej re-klasyfikacji ułatwia krajom niechętnym podjęciu pozytywnych kroków w kwestiach związanych z IDU zasłanianie się chęcią podporządkowania się nakazom ONZ.

Nie jest jasne, czy kraje wpłacające najwięcej do budżetu Narodów Zjednoczonych – z których wiele nie wprowadziło jeszcze u siebie skutecznej polityki zapewniania dostępu do leczenia osobom iniekcyjnie zażywającym narkotyki – będą traktować tę kwestię na tyle priorytetowo, by wspierać finansowo rozwiązywanie tych podstawowych zagadnień sprawiedliwości. Nawet analizy leczenia HIV prowadzone przez grupy robocze w regionach borykających się z epidemicznym zasięgiem zakażeń wynikających z dożylnego przyjmowania niedozwolonych substancji – niezależnie od tego, czy prowadzone przez rząd czy organizacje pozarządowe – mają tendencje do przysłaniania konkretnej kwestii leczenia IDUs bardziej ogólnymi nawoływaniami o ARV (Human Rights Watch 2003, US-Russia Working Group 2003). Grupy wywodzące się z USA pracują również w krajach, które zabraniają finansowania wymiany igieł, a system edukacji zdrowotnej nadal

oparty jest na wszechobecnym uprzedzeniu wobec osób aplikujących sobie narkotyki iniekcjami, bez względu na ich status serologiczny (Elovich i Wolfe 2003). Niezależnie od wszystkiego niezwykle ważne jest, aby uprzedzenia ofiarodawców nie powtarzały się w krajach, które wysiłki leczenia wspierają.

Sama liczba określająca zakażone HIV osoby wstrzykujące sobie narkotyki w Azji i byłym Związku Radzieckim wkrótce wymusi pytanie o skierowaną do nich profilaktykę i leczenie. Przykłady skutecznych rozwiązań mogą płynąć z takich krajów jak Brazylia, która przezwyciężyła początkowy opór wobec wymiany igieł i strzykawek i oferuje rządowe wsparcie dla tego rodzaju programów w całym kraju i gdzie osoby zażywające narkotyki dożylnie od samego początku mają dostęp do leczenia. Jest jednak bardziej prawdopodobne, że to państwa Europy Zachodniej i Stany Zjednoczone świadczyć będą niezbędną pomoc finansową. Miliony osób żyjących z HIV w krajach, gdzie wirus rozprzestrzenia się na drodze iniekcji na niespotykaną dotąd skalę mogą mieć tylko nadzieję, że przejawem ambiwalentnych postaw ofiarodawców nie będzie unikanie zmierzania się z tym trudnym problemem.

Nie można dłużej zwlekać ze zmianą aktualnie obowiązującej, wewnętrznie sprzecznej polityki ONZ wobec narkotyków i HIV i AIDS, na szczere i skoordynowane wsparcie dla pełnej gamy środków profilaktyki. Nawet jeśli nowelizacja konwencji narkotykowych jest krokiem kosztownym i czasochłonnym, niezwykle ważne jest umieszczenie w nich zapisu stwierdzającego, że redukcja szkód uzupełnia kontrolę narkotyków. Do czasu wprowadzenia takiej poprawki ogromne znaczenie praktyczne miałyby deklaracja Komisji Praw Człowieka ONZ, popierająca prawa osób konsumujących narkotyki do profilaktyki HIV i jasne oświadczenia CND w sprawie usunięcia przeszkód prawnych dla wymiany strzykawek i terapii substytucyjnej. Bardzo dużą wagę ma również przeniesienie metadonu z Wykazu 1 do mniej restrykcyjnej kategorii i umieszczenie go na liście leków podstawowych WHO oraz wymóg, by INCB zapewniał dowody prawne wysuwanych przez siebie twierdzeń przeciwko redukcji szkód jak również rozszerzenie własnego monitoringu w celu włączenia analizy leczenia uzależnień oraz zróżnicowania nielegalnych narkotyków. Ważna jest także ewaluacja dostępu

do leczenia HIV warunkowanego drogą zakażenia. Do czasu podjęcia wszystkich tych kroków, pojęcie zharmonizowanego podejścia ONZ do kwestii narkomanii i HIV i AIDS występować będzie tylko na papierze.

Aby osoby zażywające narkotyki iniekcyjnie mogły skutecznie chronić się przed zakażeniem HIV, należy stworzyć im po temu warunki na poziomie krajowym. Trzeba jednak pamiętać, że w świetle podstawowych i powszechnie znanych zasad profilaktyki HIV, instytucje o charakterze międzynarodowym, krajowym i lokalnym muszą pracować razem, by skutecznie stawić czoła wybuchowi HIV w ubogich regionach świata. Bez wspólnych działań wszystkich tych organizacji i spójnych zaleceń etycznych, stoimy w obliczu niebezpieczeństwa, że międzynarodowi ofiarodawcy i rządy narodowe stworzą w wielu krajach taką strukturę usług związanych z AIDS, która odmawia opieki większości osób zakażonych HIV i której nie udaje się wprowadzić najlepiej przebadanych i pilnie potrzebnych narzędzi profilaktyki.

Przypis:

- ¹ Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) nazywało się wcześniej Biurem ONZ ds. Kontroli Narkotyków i Zapobiegania Przestępczości (UNODC). Pod jego parasolem toczą się działania Programu Kontroli Narkotyków ONZ (UNDCP). Dla jasności, w niniejszym tekście posługuję się skrótem UNODC, z wyjątkiem cytatów z dokumentów opublikowanych wcześniej.

Bibliografia

- Agence France Presse (2003). *Majority of drug producers, traffickers arrested: Thai government*. Bangkok, 20 maja.
- Ainsworth, M., C. Beyrer, i in. (2003), *AIDS and public policy: the lessons and challenges of "success" in Thailand*, *Health Policy* 64(1): 13–37.
- Amornwichee, P., A. Teeraratkul, i in. (2002). *Preventing mother-to-child HIV transmission: the first year of Thailand's national program*, *Journal of the American Medical Association* 288(2): 245–8.
- AP (2001). *China marks U.N. anti-drug day with executions, public rallies*. Associated Press. Pekin, 26 czerwca.
- AP (2002). *China executes 64 to mark U.N. anti-drug day*. Associated Press. Szanghaj, 26 czerwca.
- Bewley-Taylor, D. R. (2002). *Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities*, *International Journal of Drug Policy* 14: 171–179.

- Beyrer, C., J. Jittiwutikarn, i in. (2003). *Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison Associated HIV Risks in Thailand*, *AIDS and Behavior* 7(2): 153–161.
- Castells, M. (1991), *The informational city: a new framework for social change*. Toronto, Centre for Urban and Community Studies University of Toronto.
- CEEHRN (2002). *Injecting Drug Users, HIV i AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: Results of a Region-wide Survey*. Wilno, Central and Eastern European Harm Reduction Network.
- CND (1999). E/CN.7/1999/13. Programme, sector, execution modality and location by cost and volume changes, 1998–1999. Wiedeń, Komisja ds. Narkotyków
- CND (2002). Res.45/1 *Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse*. Wiedeń, Komisja ds. Narkotyków
- CND (2003). E/CN.7/2003/L.23/Rev.1 *Joint Ministerial Statement and further measures to implement the action plans emanating from the twentieth special session of the General Assembly*. Wiedeń, Komisja ds. Narkotyków
- CND (2003). Res.46/2 *Strengthening strategies regarding the prevention of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse*. Wiedeń, Komisja ds. Narkotyków
- Cravero, K. (2002). Wystąpienie przed Komisją ds. Narkotyków, Wiedeń, Komisja ds. Narkotyków
- DLHPRN (2002). *Drug Policy and Health in Ukraine*. Drug Law Health and Policy Resource Network. Nowy Jork, Open Society Institute.
- Elovich, R. and D. Wolfe (2003). *Working with Active Substance Abusers. Handbook for HIV Physicians*. R. Finkelstein, (Red.) Nowy Jork, N. Y. Academy of Medicine.
- Fazey, C. (2003). *The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change*. *International Journal of Drug Policy* 14: 155–169.
- Hankins, C. (2002). Przemowa inauguracyjna ceremonię otwarcia. 13 Międzynarodowa Konferencja nt. Szkód Związanych z Narkotykami, Ljubljana, Słowenia.
- Harring, S. (1991). *Death, Drugs and Development: Malaysia's Mandatory Death Penalty for Traffickers and the International War on Drugs*. *Columbia Journal of Transnational Law* 29(2): 368–405.
- Greckie Przewodnictwo Unii Europejskiej (2003). Raport z Konferencji nt. Narkotyków Wysokiego Szczebla, Ateny, Greckie Przewodnictwo Unii Europejskiej.
- Human Rights Watch (2003). *Locked Doors: The Human Rights of People with HIV i AIDS in China*. Nowy Jork, Human Rights Watch.
- INCB (1993). E/INCB/1993/1. Raport Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków za rok 1993, Wiedeń, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków
- INCB (1997). E/INCB/1997/1. *Preventing drug abuse in an environment of illicit drug promotion. Report of the INCB for 1997*. Wiedeń, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków
- INCB (2000). *Current membership of the International Narcotics Control Board*. Wiedeń, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków.

- INCB (2000). E/INCB/2000/1 Raport INCB za rok 2000. Wiedeń, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków.
- INCB (2002). E/INCB/2002/W.13.SS.5. *Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches*. Wiedeń, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków
- INCB (2002). E/INCB/2002/1 Raport INCB za rok 2002. Wiedeń, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków
- INCB (2003). Role of the INCB, International Narcotics Control Board. www.incb.org. Data wejścia na stronę: 27 września 2003.
- Kamarulzaman, A. (2003). *Rozmowa prywatna*. Lipiec 2003. Kuala Lumpur.
- Kaplan, K. (2003). *Rozmowa prywatna*, sierpień 2003.
- Krajewski, K. (1999). *How flexible are the United Nations drug conventions?* International Journal of Drug Policy 10: 329–338.
- Kuppusamy, B. (2003). *Malaysia's war on social ills draws skepticism*. South China Morning Post. Hong Kong: 8.
- Levinson, L. (2003). *Russian Drug Policy: Need for a Change. Stating the Problem and Revealing the Actual Picture*. Mobilizing Allies in Fight For Human Rights & Harm Reduction (Conference), Budapeszt, 1 czerwca 2003
- Lubin, N., A. Klaitis, i in. (2002). *Narcotics Interdiction in Afghanistan and Central Asia: Challenges for International Assistance*. Nowy Jork, Open Society Institute.
- Macan-Markar, M. (2003). *Thailand: 'Victory' in Anti-Drug War Comes With High Cost*. Inter Press Service. Bangkok.
- Malinowska-Sempruch, K. (2001). *Harm Reduction Policies Needed to Stem the Spread of HIV in Prisons in Eastern Europe and the former Soviet Union*. IHRD News (Wiosna 2001).
- Malinowska-Sempruch, K., J. Hoover, i in.. (2003). *Unintended Consequences: Drug Policies Fuel the HIV Epidemic in Russia and Ukraine*. Nowy Jork, Open Society Institute.
- Myanmar Central Committee for Drug Abuse Control (2003). *The war on drugs: Myanmar's efforts for the eradication of narcotic drugs*, Myanmar Central Committee for Drug Abuse Control, http://myanmarnarcotic.net/heroin/Drug_Museum/Museum.html. Data wejścia na stronę: 27 września 2003
- Nakachol, K. (1997). *Drug Bonfire Marks International Day Against Drugs*. Bangkok Post. Bangkok: 1.
- Nelson, K. E., S. Eiumtrakul, i in. (2002). *HIV infection in young men in northern Thailand, 1991–1998: increasing role of injection drug use*. J Acquir Immune Defic Syndr 29(1): 62–8.
- ONDCP, U. (2003). *2003 National Drug Control Strategy*. Waszyngton, United States Office of National Drug Control Program.
- Piot, P. (2003). *Przemówienie do Komisji ds. Narkotyków, Komisja ds. Narkotyków, Wiedeń*
- Rahmy, C. (2002). *Wywiad z dr Philip O. Emafo*. United Nations Office on Drugs and Crime UPDATE 2: 6–7.
- Razak, M., J. Jittiwutikarn, i in. (2003). *HIV Prevalence and Risks Among Injection and Noninjection Drug Users in Northern Thailand: Need for Comprehensive HIV Prevention Programs*. J Acquir Immune Defic Syndr 33: 259–266.

- Reid, G. and G. Costigan (2002). *Revisiting 'The Hidden Epidemic': A Situation Assessment of Drug Use in Asia in the context of HIV i AIDS*. Fairfield, Australia, The Centre for Harm Reduction at The Burnet Institute.
- Room, R. (2003). *Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV i AIDS prevention and policy*. Toronto, Health Canada.
- Room, R. (2003). *Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV i AIDS prevention and policy. Reducing the risk, harms and costs of HIV i AIDS and injection drug use (IDU): A synthesis of the evidence base for development of policies and programs*. J. Rehm, B. Fischer and H. Emma. Toronto, Health Canada.
- Rossi, C. (2003). *A Critical Reading of the Reports of the International Narcotics Control Board and of the US Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs*. World Drugs Report. Nowy Jork, International Antiprobhibitionist League.
- Saigon Times (2003). *Local HIV i AIDS Drug Maker to Reduce Price*. Saigon Times. Saigon: 1.
- Schaepe, H. (1999). *INCB position on shooting galleries*. L. t. F. J. M. George. Nowa Południowa Walia, Australia. 2003.
- Schaepe, H. (1999). *INCB position on shooting galleries: Letter to Father John M. George*. www.endeavourforum.org.au/march2001-08a.htm. Nowa Południowa Walia. Data wejścia na stronę: 20 lipca 2003.
- Strathdee, S. and K. Poundstone (2003). *The International Epidemiology and Burden of Disease of Injection Drug Use and HIV i AIDS. Reducing the risks, harms and costs of HIV i AIDS and injection drug use (IDU): A synthesis of the evidence base for development of policies and programs*. J. Rehm, B. Fischer and H. Emma. Toronto, Health Canada.
- Suwannawong, P. and K. Kaplan (2003). Rozmowa prywatna, sierpień 2003.
- Thai Press Reports (2003). *UNODC Praises Thailand's Success in Narcotics Suppression*. *Global News Wire-Financial Times*. Bangkok, 14 maja 2003.
- TNI (2003). *An Agenda for Vienna Change of Course*. Transnational Institute Briefing Series (2003/3).
- Trebach, A. (2002). *World Drug Report 2002 (book review)*. International Journal of Drug Policy(13): 233–238.
- UNAIDS (2001). *AIDS Epidemic Update—Grudzień 2001*. Genewa, Połączony Program ONZ ds. AIDS (UNAIDS)
- UNAIDS (2002). *Report on the Global HIV i AIDS Epidemic*. Genewa, Połączony Program ONZ ds. AIDS
- UNAIDS/UNODCCP (2000). *Drug Use and HIV Vulnerability*. Genewa / Wiedeń, Połączony Program ONZ ds. HIV i AIDS/ Biuro ONZ ds. Kontroli Narkotyków i Zapobiegania Przestępczości
- UNAIDS/World Bank (1998). *Background materials and outputs from an online conference. Antiretroviral Treatment in Developing Countries: Questions of Economics, Equity and Ethics*, (www.worldbank.org/aidsecon/arv/index.htm) .
- UNICEF (2003). *Former Prime Minister of Thailand leads the fight against HIV i AIDS* (Informacja prasowa). Nowy Jork, UNICEF.

- UNICEF, UNAIDS, i in. (2002). *Sources and prices of selected drugs and diagnostics for people living with HIV i AIDS*. Kopenhaga / Genewa / Paryż, Wspólny projekt UNICEF, UNAIDS, WHO i MSF.
- ONZ (1971). Konwencja o substancjach psychotropowych, 1971. Genewa, ONZ.
- ONZ (1988). Konwencja ONZ o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, 1988, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków, 2003
- ONZ (1996). *Preparations for and possible outcome of a special session of the General Assembly on international drug control*, Raport Sekretarza Generalnego ONZ: A/51/469.
- UNODC (2003). *Global Illicit Drug Trends*. Wiedeń, Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości.
- UNODCCP (2002). *Global Illicit Drug Trends*. Nowy Jork, Biuro ONZ ds. Kontroli Narkotyków i Zapobiegania Przestępczości
- Grupa Robocza USA - Rosja (2003). *On the Frontline of an Epidemic*. Nowy Jork / Moskwa, Transatlantic Partners Against AIDS/East-West Institute.
- Vanichseni, S., B. Wongsuwan, i in. (1991). *A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV*. *Int J Addict* 26(12): 1313–20.
- VCHR (2000). *Notes on Criminal Penalties for Drug Users in Vietnam*. Boissy Saint Leger, Vietnam Committee on Human Rights.
- Vichai, P. i A. Aramrattana (2003). *Results of Rapid Assessment of Drug Users Entering Thai Treatment Facilities*. Bangkok, ONCB Tajlandia.
- Voice of Vietnam (2003). *HCM City maximizes drug control effort*. Voice of Vietnam. www.vov.org. 20 lipca 2003. Data wejścia na stronę: 20 września 2003.
- WHO (1998). *Tenth WHO Model List of Essential Drugs*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia
- WHO (2002). *Scaling up retroviral therapy in resource-limited settings: Guidelines for a public health approach*. Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia 1–58.
- Wong, K. H., S. S. Lee, i in.. (2003). *Adherence to methadone is associated with a lower level of HIV-related risk behaviors in drug users*. *J Subst Abuse Treat* 24(3): 233–9.
- Agencja Prasowa Xinhua (2003). *UNODC praises Thailand's success in narcotic suppression*. Agencja Prasowa Xinhua, Bangkok.

Daniel Wolfe jest naukowcem w Centrum Historii i Etyki Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Columbia w Nowym Jorku i byłym dyrektorem ds. komunikacji w GMHC, najstarszej i największej organizacji świadczącej usługi dla osób żyjących z HIV i AIDS w Stanach Zjednoczonych.

Część 3

Kontekst praw człowieka oraz HIV i AIDS

Wstęp

Złożeniem tej części książki jest prezentacja konkretnych przykładów naruszania praw człowieka i stymulowania rozprzestrzeniania się HIV przez opartą na egzekwowaniu prawa narkotykową politykę zera tolerancji. Kiedy gwałcone są prawa człowieka – niezależnie od tego, czy na szczeblu lokalnym czy międzynarodowym – cierpi na tym nie tylko zdrowie poszczególnych jednostek, lecz również zdrowie publiczne. W trzeciej części książki poruszamy dwie istotne kwestie związane z prawami człowieka i rozprzestrzenianiem się wirusa HIV. Pierwsza to fakt, że represyjne przepisy o kontroli narkotyków dotyczą przede wszystkim populacji już podatnych lub grup wysokiego ryzyka, np. osób zażywających narkotyki, sprzedających usługi seksualne czy więźniów, wystawiając je na jeszcze większe ryzyko zakażenia. Druga wiąże się z faktem, że społeczno-polityczne środowisko, w którym nadużywanie praw człowieka jest codziennością, ułatwia gwałtowną transmisję wirusa. Czytelnik może zastanowić się w jaki sposób – przy użyciu oceny wpływu na prawa człowieka z poprzedniej części niniejszego zbioru – naprawić opisane w artykułach szkody. Mamy nadzieję, że wyraźnie zaakcentowana porażka polityki zera tolerancji zachęci czytających te słowa do poszukiwania alternatywnych rozwiązań, których przykłady zaprezentowane zostaną w ostatniej części książki.

Tekst „Prawa osób zażywających narkotyki w dobie HIV i AIDS” Aryeh Neiera jest swoistym pomostem pomiędzy drugą a trzecią częścią książki. Autor stwierdza, że nie da się stosować prawa narkotykowego, używając represji, inaczej niż naruszając podstawowe prawa człowieka. Ta teza zostaje w dalszej części artykułu szczegółowo uzasadniona. Neier zwraca między innymi uwagę na wybiórcze stosowanie represji karnej na gruncie prawa narkotykowego w USA, poprzez tworzenie profili rasowych. Takie represyjne podejście oparte na egzekwowaniu prawa na ogół utrudnia lub wręcz uniemożliwia – w opinii Neiera – stosowanie skutecznych środków w walce z pandemią AIDS.

W konkluzji autor stwierdza, że taka polityka, w dobie HIV i AIDS, zagraża nie tylko osobom, wobec których jest skierowana, ale również całej populacji.

Artykuł „Niezamierzone konsekwencje: napędzanie epidemii HIV/AIDS w Rosji i na Ukrainie przez politykę narkotykową” autorstwa Kasi Malinowskiej-Sempruch, Jeffa Hoovera i Anny Aleksandrowej traktuje o wpływie konwencji narkotykowych ONZ na przyjmowaną przez kraje członkowskie politykę. Obserwując sytuację za naszą wschodnią granicą autorzy stwierdzają, że próby podporządkowania się ONZ-owskim konwencjom doprowadziły do licznych przypadków łamania praw człowieka i wzrostu liczby zakażeń HIV w tym regionie. Malinowska-Sempruch, Hoover i Aleksandrowa wzywają Organizację Narodów Zjednoczonych do przyjęcia polityki narkotykowej odwołującej się do globalnej perspektywy zdrowotnej i podpowiadają wskazówki, które mogą pomóc poszczególnym krajom w tworzeniu i wdrażaniu humanitarnych programów, pozostających jednocześnie w zgodzie z konwencjami ONZ o ochronie praw człowieka.

Artykuł Joanne Csete i Jonathana Cohena „Śmiertelne naruszenia: pogwałcenia praw osób zażywających iniekcyjnie narkotyki w erze HIV i AIDS” opisuje wzrost podatności osób sięgających po niedozwolone substancje na zakażenie wirusem HIV wskutek łamania praw człowieka przez policję. Naruszenia te utrudniają również podejmowanie jakiegokolwiek długofalowego wysiłku na rzecz kontrolowania epidemii. Osoby wstrzykujące sobie narkotyki doświadczają często uchybień w procedurach sądowych, nielegalnych przeszukań i konfiskat, dyskryminacji ze względu na pochodzenie rasowe lub etniczne, czy pogardy ze strony społeczeństwa. Autorzy utrzymują, że wymienione działania nie tylko ograniczają prawa człowieka, lecz również izolują osoby zażywające środki odurzające od ratującej życie profilaktyki HIV i innych usług zdrowotnych, wzbudzając w nich strach przed nękaniami przez policję. Doniesienia autorów dowodzą bezpośredniego związku naruszającej prawa człowieka polityki narkotykowej z niemożnością osiągnięcia celów profilaktyki HIV przez sektor zdrowia publicznego.

W następnym tekście „Ryzykowne zachowania w więzieniu w oczach osób zażywających narkotyki teraz i w przeszłości” autorzy

zajmują się niebezpiecznymi sytuacjami zachodzącymi wśród osób przebywających w zakładach karnych. Zauważają, że na skutek prowadzonej w Stanach Zjednoczonych „wojny z narkotykami”, koncentrującej się prawie wyłącznie na egzekwowaniu prawa, większość osób przyjmujących narkotyki dożylnie w którymś momencie spotyka kara więzienia. Zakład karny może wprowadzić „zabrać” tych ludzi z ulicy, nie powstrzyma ich jednak od zażywania niedozwolonych substancji. Ze względu na łatwy dostęp do nich w więzieniach i powszechne praktyki dzielenia się sprzętem do iniekcji, częstotliwość zakażeń wirusem HIV w obrębie amerykańskiego systemu penitencjarnego jest 10,8 razy większa niż w populacji ogólnej USA.

Ostatni artykuł w tej części, „Birma i Kambodża: niepokoje społeczne, prawa człowieka i rozprzestrzenianie się wirusa HIV” podejmuje problematykę szerszego, społeczno-politycznego kontekstu zażywania narkotyków i epidemii AIDS. Według Chrisa Beyrera, niestabilna sytuacja społeczna i nierespektowanie praw człowieka uniemożliwiają osiągnięcie spodziewanych efektów planowych działań adresowanych do ściśle określonej grupy docelowej. Autor sugeruje, że społeczny chaos, który opanował Birnę i Kambodżę powoduje, że kraje te są szczególnie podatne na rozprzestrzenianie się wirusa HIV. Wewnętrzny konflikt w Birnie doprowadził do rozpadu rodzin i powszechnego świadczenia usług seksualnych przez kobiety. Skutkiem wieloletniej wojny domowej w Kambodży jest natomiast brak lekarzy (w znacznej części wymordowanych przez Czerwonych Khmerów) i rosnąca liczba ryzykownych zabiegów z transfuzją krwi, na co wpływ ma fakt, iż cały kraj usiany jest minami przeciwpiechotnymi. Argumenty Beyrera prowadzą do konkluzji, że skoro celem programów profilaktycznych jest wywieranie pozytywnego wpływu na zdrowie publiczne, to muszą one uwzględniać poprawę sytuacji praw człowieka.

Prawa człowieka osób zażywających narkotyki w dobie HIV i AIDS

Aryeh Neier

Od około czterdziestu lat zajmuję się problemem praw osób zażywających narkotyki. Kiedy w 1963 roku zacząłem pracę w Unii Amerykańskich Swobód Obywatelskich, gubernatorem stanu Nowy Jork był Nelson Rockefeller. W latach sześćdziesiątych przez kilka lat przewodziłem nowojorskiemu oddziałowi Unii, zaś obiektem moich pierwszych działań stało się właśnie ustanowione przez Rockefellera prawo narkotykowe. Obowiązuje ono w Nowym Jorku do dziś. To z jego powodu w moim mieście (i w całym stanie) konsumenci nielegalnych używek traktowani są bardzo surowo. Nowojorskie prawo narkotykowe daje mi więc okazję do baczego obserwowania zmagania z problemem środków odurzających przy pomocy systemu sprawiedliwości karnej. Z biegiem lat przekonałem się, jak się to robi w innych częściach świata i odkryłem zdumiewające wręcz podobieństwo między sposobami egzekwowania prawa narkotykowego w różnych krajach.

Rezultatem tych doświadczeń jest głębokie przekonanie, że nie da się stosować prawa karnego w odniesieniu do problemu narkotykowego inaczej, niż naruszając podstawowe prawa człowieka. To znaczy: jeśli ktokolwiek ma wykorzystywać prawo karne, chcąc nie chcąc musi przeprowadzać arbitralne przeszukania i korzystać z procedur takich jak np. prowokacje policyjne. Organom egzekwowania prawa całkiem naturalne wydaje się poszukiwanie osób zażywających narkotyki wśród konkretnych mniejszości w obrębie danego społeczeństwa, a co za tym idzie tworzenie profili rasowych potencjalnych

przestępców. „Oczywiste” jest również ingerowanie w prywatność obywateli, poczynając od wglądu w ich dokumentację medyczną, poprzez naruszanie nietykalności cielesnej, na poszukiwaniu narkotyków w otworach ciała skończywszy.

Inną cechą kontroli narkotyków poprzez egzekwowanie prawa karnego jest karanie w większości przypadków samego statusu osoby zażywającej te substancje. W niektórych krajach, takich jak Birma, bycie osobą przyjmującą środki odurzające samo w sobie stanowi przestępstwo. Podobnie jest w państwach takich, jak na przykład Malezja, gdzie osoby o to podejrzane poddaje się przymusowej analizie moczu w celu stwierdzenia, czy stosują substancje psychoaktywne, a od wyniku testu zależy ewentualna kara. W wielu miejscach, gdzie sam status konsumenta nie jest karalny, prawo nakłada kary na tych, którzy posiadają niewielką ilość narkotyku na własny użytek. Oczywiście w takich okolicznościach tak naprawdę karany jest fakt zażywania. Jednak z punktu widzenia praworządności i praw człowieka, karanie za sam status jednostki jest zawsze niewłaściwe ze względu na swą formę – nietypową i okrutną. Niestety jest to również nieunikniona część procesu egzekwowania prawa wobec konsumentów środków odurzających.

Dlaczego tak się dzieje? Myślę, że przyczyny nietrudno znaleźć. Natura przestępstw narkotykowych różni się od innych czynów, ponieważ w ich przypadku nie pojawia się skarga. Nikt nie zgłasza władzom: „Zostałem poszkodowany przez tę osobę. Wnoszę skargę”, albo: „Byłem świadkiem przestępstwa popełnianego przez tę osobę”. Jeżeli w sprawach narkotykowych występują świadkowie, są to na ogół strażnicy prawa lub osoby zmuszane do zeznawania w zamian za zmniejszenie własnej kary lub wypuszczenie na wolność. Skoro w tego typu sytuacji nie występuje skarga, organy ścigania muszą uciekać się do samowolnych przeszukań i naruszeń prywatności w celu egzekwowania prawa narkotykowego.

Tworzenie profili rasowych również idzie w parze z egzekwowaniem prawa narkotykowego. W Stanach Zjednoczonych powszechnie wiadomo, że spożycie marihuany wśród osób białych i tych o innym kolorze skóry utrzymuje się w zasadzie na tym samym poziomie. Jednak wyraźnie nieproporcjonalną większość wszystkich aresztowanych za

posiadanie marihuany stanowią osoby czarnoskóre. W wielu stanach 90 lub więcej procent osób odbywających karę więzienia w związku z posiadaniem lub spożywaniem tego narkotyku to Afroamerykanie, pomimo że taki sam poziom osiąga jego konsumpcja przez osoby różnych ras. Wynika to z faktu, że egzekwowanie prawa narkotykowego działa na zasadzie prawdopodobieństwa. Funkcjonariusze organów ścigania zakładają, że istnieje większe prawdopodobieństwo posiadania narkotyków przez osobę czarną niż białą i w związku z tym zatrzymują i przeszukują znacznie więcej Afroamerykanów. Kiedy zatrzymuje się i przeszukuje więcej osób, znajduje się przy nich, co zrozumiałe, większą ilość narkotyków. Gdy zwiększona liczba tych działań dotyczy czarnych, konsekwencją jest większy odsetek tej populacji w więzieniach. W ten sposób powstają samospełniające się proroctwa, których prawdziwość udowadnia potem wiele osób oskarżanych i karanych przez amerykańskie sądy. Jeśli takie założenia są punktem wyjścia dla działań z zakresu egzekwowania prawa, praktyka niewątpliwie je potwierdzi.

Są jeszcze inne czynniki które, jak mi się wydaje, pogłębiają problem egzekwowania prawa narkotykowego. Jednym z nich jest fakt, że grupa wobec której ma być ono stosowane, jest w społeczeństwie zupełnie pozbawiona znaczenia, pogardzana, napiętnowana... Grupę tę stanowią osoby zażywające narkotyki. Ich protesty i narzekania na sposób traktowania przez organy ścigania nie mają oddźwięku. Piętno ludzi stosujących środki odurzające odbiera im polityczną zdolność protestu przeciwko dotykającym je nadużyciom.

Kolejnym czynnikiem zwiększającym negatywne konsekwencje egzekwowania prawa w tym obszarze jest fakt, że przestępstwa narkotykowe stanowią niebywałą inspirację dla korupcji wśród funkcjonariuszy organów ścigania. Proces egzekwowania prawa powoduje wzrost cen nielegalnych używek. Oznacza to, że dealerzy narkotykowi podnoszą ich ceny, rekompensując sobie ryzyko, jakie ponoszą handlując nimi. W rezultacie cały przemysł narkotykowy wiąże się z ogromną ilością pieniędzy, co jest kuszące dla wszystkich związanych ze stosowaniem prawa osób, często pragnących uszczknąć coś dla siebie. Ponieważ jedynymi osobami, które zawiadamiają o popełnieniu przestępstwa, są przedstawiciele organów ścigania, mają oni całkowitą

dowolność w decydowaniu, która sprawa trafi do sądu, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo zajmowania się sprawami dla siebie opłacalnymi.

W rządzie Stanów Zjednoczonych istnieje specjalny organ, który zajmuje się egzekwowaniem prawa narkotykowego. Jest to Urząd Kontroli Narkotykówⁱ. Podstawowa federalna instytucja egzekwowania prawa, Federalne Biuro Śledcze, nie zajmuje się ściganiem przestępstw narkotykowych. Sprawcą tej paradoksalnej sytuacji jest J. Edgar Hoover, wieloletni dyrektor FBI, który przepracował tam pięćdziesiąt lat. Odmówił stosowania prawa narkotykowego, ponieważ zależało mu na podtrzymaniu wizerunku agentów jako niepodlegających korupcji. Wiedział bowiem, że z chwilą, w której ta instytucja zajęłaby się ściganiem przestępstw narkotykowych, w jej szeregach wdarłaby się korupcja. Zrujnowałoby to wieloletnie wysiłki Hoovera mające na celu podtrzymanie opinii o czystych rękach agentów FBI. A zatem sprzeciwił się on przejęciu ścigania przestępstw narkotykowych, zmuszając rząd do stworzenia specjalnej jednostki, Urzędu Kontroli Narkotyków, która jest bardzo skorumpowana.

Korupcja wzmaga problem nadużyć w egzekwowaniu prawa, a najbardziej skłonne do takich nadużyć są – na całym świecie – służby skorumpowane. Przekupni funkcjonariusze organów ścigania w największym stopniu łamią prawa człowieka. Nie szanują ani siebie ani nikogo, z kim mają do czynienia. Sposób, w jaki traktują osoby zażywające narkotyki wynika z faktu, że są skorumpowani. Egzekwowanie prawa narkotykowego bez przekupywania przedstawicieli tych służb nie jest jednak możliwe.

Wszystkie te problemy nabrały niespotykanego dotąd znaczenia w epoce HIV i AIDS. Prawa i traktaty międzynarodowe zajmujące się narkotykami powstawały albo przed eksplozją tego zjawiska, albo bez żadnego odniesienia względem niego. Dziś jednak wiadomo, że znaczna część wielkiej liczby zakażeń HIV może być przypisana iniekcijnemu zażywaniu narkotyków. Taki sposób przyjmowania środków odurzających wywołuje około jedną trzecią wszystkich nowych

ⁱ ang. Drug Enforcement Agency (DEA) (przyp. tłum.).

przypadków infekcji poza obszarem Afryki. W krajach byłego Związku Radzieckiego, części Azji i w Iranie problem HIV i AIDS związany jest w głównej mierze z dożywlnym zażywaniem narkotyków. Chociaż skala zjawiska jest wciąż wyraźnie mniejsza niż w Afryce, to tempo, z jakim rośnie znacznie wyprzedza dynamikę rozwoju epidemii na Czarnym Lądzie. Ogólne szacunki sytuacji w Rosji wskazują na około półtora miliona zakażeń wirusem HIV. Na Ukrainie, gdzie odsetek infekcji w populacji ogólnej jest prawdopodobnie największy spośród wszystkich krajów byłego ZSRR, z HIV żyje około 400.000 osób.

Podejście oparte na egzekwowaniu prawa na ogół utrudnia lub wręcz uniemożliwia stosowanie skutecznych środków w walce z pandemią AIDS. W niektórych krajach prowadzenie programów wymiany igieł i strzykawek napotyka na przeszkody, często poważne. W państwach, w których mogą funkcjonować, nierzadko ma miejsce nękanie korzystających z nich osób przez przedstawicieli organów ścigania. Może się to przejawiać poprzez naloty na punkty wymiany, jak to ma miejsce w Uzbekistanie, ale również przez powszechne w USA i w innych krajach praktyki ukierunkowane na tych, którzy znajdują się w bezpośredniej bliskości takich punktów, ponieważ właśnie tam można spotkać osoby zażywające narkotyki. Konsekwencją jest odstraszenie tych konsumentów od korzystania z programów wymiany akcesoriów do iniekcji. Stosuje się również przeszukania osób, które mają przy sobie własne strzykawki i na tej podstawie aresztuje się je i skazuje na karę więzienia. Dlatego osoby zażywające substancje psychoaktywne starają się nie mieć przy sobie strzykawek, kiedy kupują narkotyki, zaś gdy chcą je sobie zaaplikować, korzystają ze strzykawek używanych przez innych. W ten sposób egzekwowanie prawa przyczynia się do rozprzestrzeniania HIV i AIDS.

Podejście oparte na egzekwowaniu prawa – wywodzące się z polityki Komisji ONZ do spraw Środków Odurzających – zniechęca do używania metadonu. W Rosji, w której półtora miliona osób żyje z HIV lub AIDS, a prawie wszystkie te przypadki przypisać należy iniekcijnemu przyjmowaniu narkotyków, stosowanie metadonu jest zabronione. Środek ten jest jednym ze sposobów na zaprzestanie wstrzykiwania nielegalnych substancji. Jednak zakaz jego stosowania, w związku

z promowanym przez ONZ podejściem opartym na egzekwowaniu prawa, w znaczny sposób przyspiesza wzrost liczby zakażeń HIV oraz rozwój epidemii AIDS w Rosji.

Są kraje, na terenie których choroba ta nie osiągnęła poziomu epidemii, jednak sądzę, że wkrótce można się jej spodziewać, o ile państwa te nie będą w stanie przyjąć bardziej rozsądnej polityki, niż aktualnie obowiązująca w Rosji i na Ukrainie. Rząd Iranu utrzymuje, że w kraju tym żyje 1.200.000 osób regularnie zażywających narkotyki drogą iniekcijną. Jak dotąd AIDS nie osiągnęła tam jeszcze rozmiarów epidemii. Na szczęście irańskie władze wydają się być otwarte na bardziej oświeconą strategię działania niż Rosja i Ukraina, muszą jednak wprowadzić ją szybko. Natomiast organy ONZ, które zawsze mieszają się do rozsądnej polityki, nie powinny tym razem ingerować w wewnętrzne sprawy tego azjatyckiego państwa.

Podsumowując: podejście oparte na egzekwowaniu prawa narkotykowego ma dramatyczne konsekwencje, w tym systematyczne łamanie praw człowieka. Nie ma sposobu na egzekwowanie prawa bez istnienia takich naruszeń. W epoce HIV i AIDS bezpośrednio zagrażają one życiu nie tylko osób zażywających narkotyki, lecz również innym segmentom populacji ogólnej. Również te grupy mogą stać się ofiarami wirusa HIV i epidemii AIDS, która wprawdzie zaczyna się wśród osób zażywających narkotyki, jednak w żaden sposób nie ogranicza się tylko do nich.

Arheh Neyer jest prezesem Open Society Institute.

Tekst zawiera uwagi wygłoszone przez autora 1 kwietnia 2004 r. podczas spotkania panelowego Komisji Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka, Human Rights Watch oraz Open Society Institute.

Niezamierzone konsekwencje: napędzanie epidemii HIV i AIDS przez politykę narkotykową w Rosji i na Ukrainie

Kasia Malinowska-Sempruch,
Jeff Hoover i Anna Aleksandrowa

W definiowaniu i promocji praw człowieka na całym świecie wiodącą rolę tradycyjnie pełni Organizacja Narodów Zjednoczonych. Dysponuje kilkoma agendami, których celem jest praca na rzecz osób społecznie nieuprzywilejowanych, bezsilnych i uciskanych. Działalność ta jest powszechnie ceniona – w większości przypadków w pełni zasłużenie – za nakłanianie rządów do ochrony praw człowieka i zmieniania przepisów, które stwarzają ryzyko naruszania tych praw.

Niestety, dobre wieści często idą w parze ze złymi i ONZ nie jest w tym względzie wyjątkiem. Choć rządy państw członkowskich ratyfikują traktaty, zobowiązujące je do przestrzegania praw człowieka, wiele z nich stara się również podporządkować innym międzynarodowym porozumieniom, podejmując działania naruszające prawa człowieka. Chociaż tak sprzeczne rezultaty nie są w większości przypadków zamierzone, skutek niestety pozostaje ten sam: marginalizowane, podatne jednostki cierpią i stają się coraz bardziej wyobcowane ze społeczeństwa. Rządy narodowe prowadzące taką politykę są całkowicie bezkarne, co więcej: utrzymują, że ONZ sankcjonuje ich działania.

Jednym z najbardziej rażących przykładów naruszania praw człowieka inspirowanych przez ONZ jest sposób traktowania osób zażywających narkotyki i osób żyjących z HIV (lub bardziej niż inni narażonych

na zakażenie) w Europie Środkowej i Wschodniej oraz w krajach wchodzących niegdyś w skład Związku Radzieckiego. Promując sztywne podporządkowywanie się międzynarodowym konwencjom dotyczącym kontroli narkotyków, Komisja Narodów Zjednoczonych do spraw Środków Odurzających (CND) i inne agendy ONZ nieświadomie wzmagają epidemię AIDS w tych regionach. Związek ten staje się z roku na rok coraz bardziej zauważalny zważywszy, że w ciągu ostatnich pięciu lat liczba osób zakażonych wirusem HIV w Rosji i na Ukrainie – krajach najczęściej dotkniętych problemem – wzrosła o ponad 500 %.

Celem konwencji o kontroli narkotyków jest ograniczanie zarówno podaży jak i popytu na nielegalne substancje – jest to również priorytet najbardziej wpływowych członków ONZ. Niestety, wspomniane porozumienia na ogół nie zawierają wytycznych co do sugerowanych metod „kontroli” narkotyków ani sposobów, w jakie społeczeństwo ma sobie radzić ze złożonością problemu korzystania z zakazanych używek i uzależnienia od nich. Dokumenty te zawierają natomiast zaciekle opozycyjne stanowisko wobec wszystkiego, co choćby w najmniejszym stopniu można potraktować jako sankcjonowanie zażywania narkotyków. Rządy Rosji, Ukrainy i innych państw w Europie Wschodniej, starają się podporządkować surowym traktatom ONZ wprowadzając represyjną politykę antynarkotykową. Wiele z nich nie tylko narusza podstawowe prawa człowieka, lecz swoimi działaniami prowadzi do katastrofalnych skutków tam, gdzie epidemia szerzy się głównie poprzez iniekcyjne zażywanie środków odurzających.

Rosja i Ukraina, najliczniejsze kraje regionu, mają wątpliwy „zaszczyt” posiadania najszybciej rosnących wskaźników zażywania narkotyków i zakażeń wirusem HIV na świecie¹. Szacuje się, że z HIV żyje 1,5 miliona Rosjan² i 400.000 Ukraińców³, zaś co najmniej 80 % oficjalnie zarejestrowanych przypadków zakażeń przypisywanych jest iniekcyjnemu zażywaniu nielegalnych substancji⁴. Rozszerzająca się w takim stopniu epidemia AIDS może równie łatwo wystąpić tam, gdzie wskaźniki dożywelnego zażywania narkotyków rosną, a więc w państwach takich jak Pakistan, Iran czy kraje Azji Środkowej.

Stosownie do koncentrujących się na zmniejszaniu popytu konwencji ONZ, rządy Rosji i Ukrainy przeznaczają większość środków

finansowych na rozwój instytucji zajmujących się egzekwowaniem prawa, takich jak np. milicja. Organy sektora zdrowia publicznego – ze względu na ograniczenia finansowe i prawne – nie są w stanie wprowadzać skutecznej profilaktyki i leczenia HIV, zaś zażywający narkotyki mają niepełny dostęp do informacji i usług chroniących ich zdrowie. Ponieważ osoby wstrzykujące sobie narkotyki często wspólnie korzystają ze sprzętu do iniekcji lub angażują się w inne ryzykowne zachowania, prawdopodobieństwo, że zakażą się wirusem HIV lub innymi chorobami przenoszonymi przez krew jest ogromne. Na domiar złego ich wspólnym doświadczeniem nadal jest marginalizacja, napiętnowanie i dyskryminacja ze strony społeczeństwa. Często odmawia się im prawa do podstawowej opieki zdrowotnej i społecznej. Tak ograniczona i brzemienna w skutkach polityka sprawia, że mało prawdopodobne jest, aby rządowi tych krajów udało się sprostać założeniom ustalonym podczas Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat HIV i AIDS w 2001 roku. Jest to najlepszy dowód, że agendy Organizacji Narodów Zjednoczonych i rządy państw członkowskich mają wzajemnie wykluczające się cele działania.

Tłó

Nie da się przecenić wpływu trzech konwencji ONZ formułujących międzynarodowe zasady kontroli narkotyków na kraje, które je ratyfikowały i podpisały (w tym również wszystkie kraje Europy Środkowej i Wschodniej oraz byłego Związku Radzieckiego). Oczywiście utrudnianie możliwości adekwatnej konfrontacji z epidemią zdrowotną nigdy nie było intencją ani twórców polityki ONZ, ani rządów krajowych. Niestety dopiero nastanie epoki AIDS uświadomiło nieprzewidziane konsekwencje zapisów konwencji narkotykowych ONZ, szczególnie dotkliwe w krajach, gdzie znaczącą rolę w transmisji wirusa odgrywa iniekcyjne zażywanie narkotyków. Nieelastyczne i przestarzałe zapisy obowiązujących aktualnie konwencji o kontroli środków odurzających, jak również sposoby, w jakie rządy państw członkowskich starają się realizować ich postanowienia, są w dużym stopniu przyczyną rosnących w zawrotnym tempie wskaźników zakażeń w regionie.

Pierwsza konwencja narkotykowa ONZ – Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających z 1961 roku – koncentrowała się na ograniczaniu dostępu do, jak to zdefiniowano, „niebezpiecznych” narkotyków. Ustalono, że zwłaszcza substancje umieszczone w Wykazie 1 – najbardziej restrykcyjnej kategorii – mogą być wykorzystywane jedynie do „celów medycznych i naukowych”. Wśród nich znajdują się kokaina i opiaty, takie jak morfina, heroina i metadon. Dziesięć lat później, w 1971 roku, w Konwencji o Substancjach Psychotropowych rozszerzono definicję „narkotyków uzależniających” o – między innymi – metaamfetaminy. Trzecie główne międzynarodowe porozumienie dotyczące narkotyków, Konwencja o Zwalczaniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi z 1988 roku, uważane jest za najsurowsze z wszystkich. Nakłada na każdego sygnatariusza obowiązek „podejmowania środków, jakie okażą się niezbędne, w celu uznania [posiadania narkotyków] za przestępcze w myśl jej prawa krajowego, jeśli zostało dokonane umyślnie”⁵. Ponieważ język sformułowania „podejmowanie środków, jakie okażą się niezbędne” jest dość ogólnikowy, przy tworzeniu ustawodawstwa można je interpretować na różne sposoby. W rezultacie wiele rządów wybrało drogę najprostszą, oznaczającą na ogół tępą, represyjną politykę antynarkotykową, potencjalnie szkodliwą dla wszystkich – nie tylko osób zażywających środki odurzające.

Rządy narodowe twierdzą, że obowiązek podporządkowywania się konwencjom i związanym z nimi rezolucjom, przyjętym w 1998 roku na Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat światowego problemu narkotykowego (UNGASS), wymusza na nich przyjmowanie właśnie takich rozwiązań prawnych. Uczestniczący w tym spotkaniu przedstawiciele państw członkowskich potwierdzili użyteczność przyjętych przez trzy dotychczasowe konwencje klasyfikacji i zgodzili się pracować na rzecz osiągnięcia „znaczących i wymiernych rezultatów” w ograniczaniu konsumpcji narkotyków do 2008 roku (za cel formalny uważa się 50-procentową redukcję). Większość niezależnych obserwatorów Zgromadzenia uznało przyjęty termin za nierealny. Zbyt wygórowane cele nieuchronnie prowadzą do przyjmowania drakońskich strategii, które skończyć się mogą jedynie porażką.

Jeżeli chodzi o tworzenie krajowej polityki narkotykowej, istnieją znaczne rozbieżności w sposobach interpretowania konwencji. Dla przykładu: chociaż dopuszczają one bardzo niewielkie odstępstwa od Wykazu 1, w wielu krajach metadon jest traktowany jako główny środek wspomagający leczenie uzależnienia od heroiny, podczas gdy w innych pozostaje substancją nielegalną nawet do celów terapii substytucyjnej. Twórcy takiej polityki usprawiedliwiają zakaz jego stosowania postanowieniami konwencji.

Niespójności najdobitniej ukazuje porównanie polityki metadonowej z przepisami regulującymi stosowanie morfiny. Środek ten także figuruje w Wykazie 1, jednak prawie wszystkie kraje świata zezwalają na wykorzystywanie go do leczenia bólu. Tymczasem, mimo dowodów zasadności medycznego zastosowania metadonu⁶, w wielu państwach lekarzom w ogóle nie wolno go przepisywać. Rozbieżność ta dyskryminuje osoby zażywające narkotyki.

Traktaty ONZ i polityczne deklaracje będące wynikiem obrad UNGASS zawierają sformułowania, które można interpretować jako wyraz współczucia dla osób przyjmujących substancje psychoaktywne. Wydaje się, że nawet CND (Komisja Środków Odurzających Rady Społeczno-Gospodarczej ONZ) uznaje ewentualność naruszania praw człowieka w wyniku agresywnych działań na rzecz kontroli nielegalnych używek: w marcu 2002 roku przyjęła rezolucję na temat HIV i konsumowania narkotyków, która „zachęca państwa członkowskie do zwiększonych wysiłków na rzecz podniesienia świadomości o związkach między zażywaniem narkotyków i rozprzestrzenianiem się HIV, HCV i innych wirusów przenoszonych z krwią” oraz „zachęca [je] do rozważenia potencjalnego wpływu na rozprzestrzenianie się chorób podczas tworzenia, wprowadzania w życie i ewaluacji polityki oraz programów ograniczania podaży i popytu na nielegalne środki odurzające (...)”⁷.

Tak wyraźne sformułowania nie pojawiają się jednak we właściwych konwencjach, a rezolucje i deklaracje polityczne nie są wiążące na mocy prawa międzynarodowego. Tym samym obowiązujące konwencje są niedostosowane do aktualnej sytuacji na świecie. Dwie pierwsze powstały zanim zidentyfikowano wirusa HIV. Trzecie porozumienie

ratyfikowano wprowadzić już w epoce AIDS, jednak na długo przed intensywnym wzrostem liczby iniekcji wprowadzających do organizmu narkotyki. Do dzisiaj ani CND, ani UNODC (Biuro do spraw Narkotyków i Przestępczości ONZ, dawniej znane jako Biuro ONZ do spraw Kontroli Narkotyków i Zapobiegania Przestępczości, albo UNDCCP) nie zaproponowały rewizji żadnej z istniejących konwencji, by lepiej odzwierciedlały one sytuację gospodarczą, kulturalną, społeczną i zdrowotną w skali globalnej. Mogłyby dzięki temu stanowić lepszy instrument w osiągnięciu nadrzędnego celu, jakim jest zmniejszenie się liczby osób zażywających narkotyki. Wobec braku takiej rewizji, prawnie obowiązujące konwencje pozostają wrogie wobec osób sięgających po nielegalne substancje.

Przed wszystkim: redukcja popytu

Rządy nie dysponują prostymi możliwościami ograniczania popytu na narkotyki i osiągnięcia celów wyznaczonych przez konwencje narkotykowe Organizacji Narodów Zjednoczonych. Wobec braku konkretnych wskazówek, sugestii i pomocy ze strony agencji kontroli narkotyków ONZ, wiele rządów krajowych ratuje się przyjmowaniem strategii o charakterze dość ogólnikowym. Najatrakcyjniejszym, choć najbardziej powierzchownym, rozwiązaniem wydaje się bezpośrednie „rozprawienie się” z osobami zażywającymi narkotyki i próby uniemożliwienia im generowania „popytu” na te środki. W ciągu ostatnich dziesięcioleci kilka państw – sygnatariuszy konwencji – wprowadziło tak zwaną politykę zera tolerancji, w myśl której surowe kary dla osób przyjmujących narkotyki mają działać jako straszak dla innych. Władze często uciekają się do najbardziej agresywnych form działania – np. aresztowania osób zażywających zakazane środki – by osiągnąć arbitralnie założone liczby. Czasem także ograniczają lub kończą działalność organizacji, które udzielają pomocy osobom konsumującym narkotyki nie wymagając od nich całkowitego odstąpienia zażywanych substancji.

Opinia publiczna często opowiada się za przyjmowaniem właśnie takich rozwiązań politycznych, ponieważ w większości państw uitożsamia osoby aplikujące sobie narkotyki z, w najlepszym wypadku,

utrudnieniami społecznymi, w najgorszym zaś z niebezpiecznymi kryminalistami. Tymczasem niewiele jest dowodów na to, że surowa polityka pomaga eliminować popyt na narkotyki. Na pewno nie podejmuje ona żadnych prób rozwiązania ekonomicznych, społecznych czy zdrowotnych problemów związanych z ich zażywaniem.

Zamykanie ludzi w więzieniach nie jest rozwiązaniem – zwłaszcza gdy osadzeni mają nawet większy dostęp do narkotyków, niż poza murami zakładów karnych. Na przykład w Rosji około 8 procent więźniów badanych w 2000 roku przez „Lekarzy bez Granic” potwierdziło występowanie iniekcyjnego zażywania narkotyków w więzieniach⁸. Uważa się, że obecnie procent ten jest znacznie wyższy. Te spośród osób zażywających zakazane środki, którym udaje się uniknąć aresztowania, spychane są jeszcze głębiej do podziemia, przez co mniej prawdopodobne jest, że w obawie przed prześladowaniami ze strony milicji czy uwięzieniem, zgłoszą się po pomoc medyczną lub jakąkolwiek inną pomoc społeczną – w tym taką, która pomogłaby umotywowanym skończyć z nałogiem.

Trendy te nie wróżą dobrze wysiłkom na rzecz ograniczenia transmisji wirusa HIV czy polepszenia stanu zdrowia publicznego w ogóle. Zamiast tego osoby korzystające z nielegalnych używek stają w obliczu rosnącej dyskryminacji, która w żaden sposób nie zachęca ich do ochrony zdrowia własnego i bliskich. W takich właśnie okolicznościach – braku nadziei na lepszą przyszłość i współczucie ze strony środowiska – zjawisko sięgania po narkotyki i wirus HIV rozprzestrzeniają się najszybciej.

Przyczynianie się polityki narkotykowej w Rosji i na Ukrainie do naruszania praw człowieka i wzrostu konsumpcji narkotyków

W Rosji i na Ukrainie śmiertelna mieszanka zażywania narkotyków i wirusa HIV już przyprawia o zawrót głowy. W obu krajach liczba zarówno osób konsumujących zakazane substancje, jak i zakażeń HIV, wzrosła znacząco od połowy lat dziewięćdziesiątych, co dowodzi, że oba elementy tej „bliźniaczej epidemii” są ze sobą nierozzerwalnie

powiązane. Jednocześnie oba państwa zrewidowały politykę i przepisy antynarkotykowe, próbując dostosować je do wymogów konwencji ONZ. Uznano to za konieczne, gdyż konstytucje Rosji i Ukrainy przyznają porozumieniom międzynarodowym znaczenie priorytetowe. W wyjątkowo skromnym komentarzu rosyjski minister spraw wewnętrznych Borys Gryzłow, podczas przemówienia w Dumie w październiku 2001 roku powiedział, że „całkowity zakaz” korzystania z narkotyków „nie był własną inicjatywą [rządu] (...) lecz raczej koniecznością wprowadzenia w życie konwencji ONZ z lat 1961, 1971 i 1988”⁹.

Mimo wyraźnych różnic w sposobach ostatecznego egzekwowania prawa w obu krajach, aktualnie obowiązujące kodeksy karne Rosji i Ukrainy mają ze sobą wiele wspólnego, ponieważ dzielą spuściznę ustawodawstwa radzieckiego. Niektóre z istotnych przepisów i związanych z nimi procedur sądowych przedstawione są poniżej:

- Produkcja, sprzedaż, posiadanie, przechowywanie i transport narkotyków są w obu krajach zakazane. Rosyjskie prawo antynarkotykowe, w którym w 1998 roku dokonano znacznych zmian, jest nieco surowsze wobec przestępców: odpowiedzialność karna grozi za mniejszą ilość narkotyku niż na Ukrainie, przestępców zaś można skazywać na dłuższe wyroki.
- W obu krajach osoba oskarżona o posiadanie niedozwolonych środków może uniknąć odpowiedzialności karnej, jeśli dobrowolnie odda narkotyki i „weźmie aktywny udział w śledztwie w sprawie przestępstw związanych z narkotykami”.
- Osoby oskarżone o naruszanie przepisów o handlu narkotykami, po opuszczeniu więzienia są poddawane „inwigilacji administracyjnej”.
- Aresztowanie osób oskarżonych o przestępstwa związane z narkotykami jest praktyką akceptowaną i w niektórych okolicznościach powszechną. Ustawodawcy w obu krajach starają się, z różnym powodzeniem, zredukować liczbę zatrzymanych poprzez wprowadzanie takich innowacji jak np. kaucja. Ostatnio w Rosji odpowiedzialność za podejmowanie decyzji o aresztowaniu przeniesiona została z prokuratora na sąd, który tylko w wyjątkowych sytuacjach jest instruowany o konieczności zasądzenia aresztu przed rozprawą.

Przepisy te są często interpretowane przez władze odpowiedzialne za egzekwowanie prawa (zwłaszcza przez milicję) jako przyzwolenie na napastowanie, aresztowanie, przetrzymywanie i wywieranie presji administracyjnej wobec podejrzanych o zażywanie niedozwolonych środków. W rezultacie liczba IDUs w więzieniach w ciągu ostatnich pięciu lat wzrosła – nie tylko dlatego, że więcej osób w ogóle sięga po środki odurzające, lecz również dlatego, że prawdopodobieństwo umieszczenia ich w zakładzie karnym wielokrotnie wzrosło. Dramatyczne warunki panujące w przeludnionych rosyjskich więzieniach pogarszają się coraz bardziej, co stanowi dodatkowe zagrożenie zdrowotne dla osadzonych tam osób zażywających narkotyki. Niewielu ma dostęp do opieki lekarskiej na najbardziej podstawowym poziomie, nie mówiąc już o usługach z zakresu redukcji szkód, takich jak dystrybucja prezerwatyw czy czystych igieł. W rezultacie w niektórych więzieniach gwałtownie rośnie liczba przypadków HIV i gruźlicy. Oficjalnie podawane przez rząd liczby wskazują, że ponad 36.000 rosyjskich więźniów jest obecnie zakażonych wirusem HIV¹⁰, choć w rzeczywistości jest ich niewątpliwie więcej. Około 10 % z miliona osadzonych najprawdopodobniej cierpi na gruźlicę, z czego jedną trzecią stanowi odmiana choroby oporna na wiele leków¹¹. Dla osób zażywających narkotyki umieszczenie w więzieniu coraz częściej oznacza wyrok śmierci.

Obowiązująca w Rosji i na Ukrainie polityka wobec tych osób spośród przyjmujących narkotyki dożylnie, którym udało się uniknąć więzienia, jest co najmniej niespójna. Do pozytywów zaliczyć można fakt, iż w obu krajach kupno oraz posiadanie igieł i strzykawek jest legalne – ukraińskie Prawo o Profilaktyce HIV i AIDS gwarantuje dostępność sterylnych akcesoriów do iniekcji¹² – i można je kupić w większości aptek. Bardziej kompleksowe usługi z zakresu redukcji szkód często są oferowane w punktach wymiany igieł, prowadzonych przez lokalne organizacje pozarządowe i niektóre agendy rządowe, na ogół dzięki wsparciu międzynarodowych organizacji pozarządowych i zagranicznych instytucji pomocowych. Choć projektów takich jest bardzo mało, opór ze strony władz lokalnych i milicji (przekonanie, że wymiana igieł promuje zażywanie heroiny), a także społeczności lokalnych i przedsiębiorców (obawa o wzrost przestępczości w okolicy) skutecznie

utrudnia prowadzenie jakichkolwiek działań. W efekcie również potencjalni klienci często trzymają się od nich z daleka.

Nieliczni spośród szukających leczenia odkrywają szybko, że terapię uzależnienia od opiatów utrudnia fakt, że metadon według ONZ-owskich konwencji jest substancją nielegalną, i że wymagają one od państw członkowskich znaczącego ograniczania jego używania. Przy sztywnej interpretacji tych porozumień wprowadzanie programów terapii substytucyjnej jest utrudnione, choć przecież okazały się one wielkim sukcesem w państwach Europy Zachodniej, Australii i innych częściach świata, gdzie metadon stanowi akceptowany środek w leczeniu uzależnienia od heroiny. W wielu z tych krajów terapię metadonową wdrożono jako projekty pilotażowe i próby kliniczne 20 lat temu.

Oprócz ewidentnego odmawiania prawa do zdrowia, osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki w Rosji i na Ukrainie doświadczają – w majestacie istniejących przepisów i powszechnie akceptowanych praktyk – również innych ograniczeń przysługujących im praw. Na przykład, mimo że przymusowe testowanie w kierunku HIV jest w obu krajach niezgodne z prawem, na Ukrainie osoby dożylnie zażywające narkotyki, jak również oferujące usługi seksualne, nadal są przy rozpoczynaniu leczenia lub w aresztach śledczych często poddawane testom na HIV bez ich zgody. Zarówno przepisy rosyjskie, jak i ukraińskie, wymagają oficjalnego rejestrowania osób zgłaszających się na terapię, choć niektóre kliniki odmawiają stosowania się do tego wymogu. Również osoby odwiedzające ośrodki leczenia AIDS są automatycznie rejestrowane przez urzędników zajmujących się zdrowiem publicznym. Praktyki takie naruszają prawo jednostki do autonomii i prywatności. Oba kraje przyjęły również kontrowersyjne zapisy, w świetle których wszystkie osoby zakażone HIV, łącznie z wstrzykującymi sobie narkotyki, są odpowiedzialne wobec prawa za świadome zakażenie wirusem innej osoby lub choćby narażenie jej na zakażenie. Takie przepisy mogą wydawać się logiczne na papierze, jednak w praktyce bardzo trudno je stosować sprawiedliwie, ze względu na odium ciążyące na HIV i AIDS, jak również na najbardziej podatnych na nie częściach społeczeństwa.

Innym problemem z zakresu praw człowieka jest fakt, że osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki są bardziej niż inni obywatele narażeni na

prześladowania ze strony organów ścigania, takie jak przeszukania, tworzenie profili przestępców z uwzględnieniem czynników rasowych i wszelkie inne możliwe rodzaje nadużyć. Ofiary rzadko zgłaszają takie incydenty, gdyż może to zwrócić na nie uwagę i wyzwolić lawinę kolejnych przypadków łamania ich praw.

Prowadzonej do tej pory w Rosji i na Ukrainie polityce nie udaje się zatrzymać fali zażywania narkotyków. Przyczyny tej swoistej epidemii powoduje kilka czynników, z których większość wiąże się z trwającą transformacją ustrojową. W miarę pogarszania się standardów życia, usług zdrowotnych i opieki socjalnej oraz pogłębiania przepaści społecznych, funkcjonowanie w warunkach transformacji staje się dla znacznej części obywateli coraz trudniejsze.

Oba kraje usytuowane są na głównym szlaku heroinowym prowadzącym do krajów Europy Zachodniej z Afganistanu, skąd pochodzi większość światowej produkcji opium. Przepływ narkotyków w ostatnich latach znacząco wzrósł, a organy ścigania nie miały szczęścia w walce z przestępczością zorganizowaną kontrolującą większość handlu narkotykami w tym regionie. Wysiłki władz w celu okiełznania obrotu nielegalnymi substancjami niweczone są przez korupcję, brak adekwatnego finansowania i niezdolność konfrontacji ze skalą i potęgą ekonomiczną handlu środkami odurzającymi. Według Jamesa Wolfensohna, prezesa Banku Światowego, w 2002 roku produkcja opium w Afganistanie osiągnęła rekordowy poziom, czyniąc dochody, jaki kraj czerpie z tego procederu, wyższymi od aktualnej pomocy zagranicznej i własnego dochodu państwa¹³. Trzy czwarte produkowanego tam opium kierowane jest do Europy, najczęściej przez Rosję i Ukrainę. W rezultacie narkotyków jest relatywnie dużo i są tańsze niż kiedykolwiek, zwłaszcza w większych miastach zlokalizowanych na narkotykowych szlakach. Procent konsumpcji nielegalnych używek w rejonach miast takich jak Samara w Rosji czy ukraińska Odessa, jest aż czterokrotnie większy od średniej krajowej.

Szacuje się, że w Rosji są być może nawet cztery miliony osób czynnie zażywających narkotyki¹⁴, a na Ukrainie około milion¹⁵, co stanowi większą niż gdziekolwiek na świecie część populacji. Niezamierzonym skutkiem wysiłków na rzecz zdławienia handlu zakazanymi środkami

w całym regionie może być zwiększenie liczby osób, które przyjmują je dożylnie. Kiedy dostawy są niewielkie, a ceny narkotyków rosną, uzależnieni często przerzucają się z mniej ryzykownych sposobów konsumpcji (np. palenia) na wstrzykiwanie, ponieważ ta druga metoda jest bardziej wydajna. Jest to jednak niebezpieczny trend: zwiększa nie tylko ryzyko zakażenia wirusem HIV, ale również przedawkowania, które często kończą się śmiercią, gdyż ludzie boją się szukać pomocy u potencjalnie wrogo nastawionych lekarzy i milicji. Co więcej, jeśli dana osoba raz zacznie aplikować sobie zakazane substancje przy pomocy igły i strzykawki, często nie wraca już do innych, mniej szkodliwych metod, nawet wówczas, gdy ceny używek ponownie spadną, a ich jakość wzrośnie.

Napiętnowanie osób zażywających narkotyki w tym regionie utrzymuje się w zasadzie na stałym poziomie, zwłaszcza odkąd rządy i media zajęły się ostrą krytyką takich praktyk. Podawane w środkach masowego przekazu informacje koncentrują się wyłącznie na elementach destrukcyjnych – przestępczość narkotykowa, przedawkowania, izolacja od społeczeństwa – i przyjmują punkt widzenia „obwiniania ofiary”, będący w gruncie rzeczy istotą mentalności punitywnej. Niewiele organizacji czy osób odpowiedzialnych za kreowanie polityki zauważyło związek między uzależnieniem od narkotyków a uzależnieniem od substancji legalnych (na przykład nikotyny i alkoholu), do których podchodzi się w aspekcie zdrowotnym, a więc bez potępienia moralnego. Nie można od zażywających narkotyki oczekiwać podejmowania działań na rzecz chronienia własnego zdrowia, czy zdrowia otaczających je osób, bez pomocy i wsparcia władz i opinii publicznej, podobnie zresztą, jak w przypadku walczących z uzależnieniem od alkoholu. W Rosji i na Ukrainie, tak jak w wielu innych krajach, brak empatii i zrozumienia jest głównym powodem niemożności monitorowania narastającej fali zażywania zakazanych środków.

Ciągła dyskryminacja osób sięgających po narkotyki i innych grup narażonych na zakażenie wirusem HIV grozi również powiększaniem się liczby osób nieuprzywilejowanych społecznie, które mają niewielkie możliwości poprawy jakości swojego życia, a ich niepokoje rzadko są rozważane przez twórców polityki. Konsekwencje wytworzenia się

takiej „podklasy” mogą być zgubne nie tylko dla niej samej. Frustracja i wyalienowanie prowadzą często do niepokojów, które dotyczą społeczeństwo na wszystkich jego poziomach. Tworzy to dodatkowe przeszkody na drodze utrzymania porządku i dostarczania wszystkim potrzebującym niezbędnych usług.

Nadciągająca katastrofa: HIV i destrukcja narodu

Znaki ostrzegawcze przed falą zażywania narkotyków i jednoczesnej epidemii AIDS w Rosji i na Ukrainie widoczne były już w końcu lat dziewięćdziesiątych. Niewielu obserwatorów przypuszczało jednak, że w tak krótkim czasie zakażenie HIV osiągnie katastrofalny poziom. Choć całkowita liczba ludzi zainfekowanych pozostaje niższa, niż w wielu państwach Afryki Subsaharyjskiej, UNAIDS (Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych do spraw HIV i AIDS) doniósł pod koniec 2002 roku, że „wątpliwy zaszczyt posiadania najwyższego w skali światowej wskaźnika rozwoju epidemii HIV i AIDS nadal należy do krajów Europy Wschodniej i Azji Środkowej”¹⁶.

W lipcu 2003 roku liczba Rosjan oficjalnie zarejestrowanych jako zakażonych wirusem HIV wyniosła ponad 240.000, co stanowi prawie trzykrotny wzrost w stosunku do roku 2000¹⁷. Jednak nawet przedstawiciele rządu podejrzewają, że dane te są zdecydowanie zaniżone. Zarówno Rosyjskie Federalne Centrum do spraw AIDS, jak i UNAIDS uważają, że w tym liczącym sobie 144 miliony obywateli kraju, co najmniej 1,5 miliona osób jest zakażonych wirusem HIV¹⁸. Według opublikowanego w 2002 roku raportu wywiadu Stanów Zjednoczonych, w ciągu najbliższych dziesięciu lat w Rosji można będzie mówić o nawet 8 milionach infekcji, co stanowić będzie około 10 % siły roboczej tego kraju i uplasuje wskaźnik częstotliwości zakażeń na poziomie 11 %¹⁹.

Na Ukrainie obecna sytuacja i przewidywany rozwój wydarzeń są podobne. Krajowa częstotliwość zakażeń jest już wyższa niż 1 % całej 49-milionowej populacji²⁰. W opublikowanym w lutym 2003 roku raporcie, Oleksander Jaramienko, szef Ukraińskiego Instytutu Badań

Społecznych stwierdził, że ostatnie dane wskazują na to, że „do roku 2010 około 1,44 miliona osób zostanie zainfekowanych wirusem HIV”²¹. Możliwości leczenia pozwalającego wydłużyć życie osób z HIV w bogatszych krajach, zarówno w Rosji, jak i na Ukrainie są nadal ograniczone. O wyjątkowości aktualnej sytuacji epidemiologicznej obu krajów decyduje fakt, że większość przypadków HIV należy łączyć bezpośrednio z iniekcijnym zażywaniem narkotyków. Już widać jednak, że także inne drogi transmisji wirusa prowadzić będą do coraz większej liczby zakażeń, co oznacza, że HIV wpływać będzie na całą populację w sposób bardziej bezpośredni. Według badania opublikowanego w marcu 2003 roku w czasopiśmie „Lancet”, ostatnio wzrosła w regionie liczba zgłoszonych przypadków infekcji drogą kontaktów heteroseksualnych²². Wśród najbardziej narażonych znajdują się partnerzy seksualni osób iniekcyjnie zażywających narkotyki, osoby sprzedające usługi seksualne, kobiety i więźniowie. Podobnie jak IDUs, członkowie tych grup społecznych są w dużym stopniu narażeni na marginalizację społeczną, nękanie ze strony władz i frustrację podczas prób poszukiwania pomocy medycznej. Rządowe działania profilaktyczne albo w ogóle nie istnieją, albo są nieskuteczne, głównie ze względu na niedookreślone grupy docelowe, do których powinny trafiać kompleksowe i możliwe do realizacji programy edukacyjne i środowiskowe.

Rosnące wskaźniki umieralności nie tylko przyspieszą „upadek” tych grup, lecz również będą przyczyną wielu negatywnych konsekwencji gospodarczych i społecznych. Zgodnie z najnowszymi przewidywaniami, „łagodna” epidemia może całkowicie zahamować rozwój gospodarki rosyjskiej do 2025 roku, a poważniejsza, „umiarkowana” epidemia spowoduje w tym okresie 40 procentowy spadek wzrostu ekonomicznego²³.

Rosja, militarny i polityczny „lider” regionu, może mieć coraz większe trudności w utrzymaniu aktualnej liczebności sił zbrojnych, biorąc pod uwagę, że między innymi z powodu coraz częstszych zakażeń wirusem HIV wśród młodych ludzi, zmniejsza się liczba zdrowych mężczyzn w wieku poborowym. Taki rozwój sytuacji najprawdopodobniej sprawi, że rosyjscy przywódcy poczną się zagrożeni w tej dostatecznie już niestabilnej części świata, co, w imię bezpieczeństwa

narodowego, spowoduje zaostrzenie kontroli i restrykcji kosztem przestrzegania praw człowieka.

Nowe podejście do polityki narkotykowej

W krajach, które tak jak Rosja czy Ukraina dopiero zaczęły rozważać możliwości stawienia czoła „epidemii” HIV, sam ogrom problemu może być na tyle obezwładniający, że stłumi wolę działania. Z punktu widzenia polityków niepodjęcie jakichkolwiek kroków jest jak najbardziej możliwe – wszak epidemia atakuje najpierw bezbronni i pozbawione wpływów grupy społeczne, takie jak osoby zażywające narkotyki. Jednak gdy HIV zacznie się rozprzestrzeniać w społeczeństwie, opinia publiczna domagać się będzie działania i przyjęcia przez rząd odpowiedzialności. Wówczas może być jednak za późno, by zapobiec epidemii o rozmiarach takich, jak w niektórych krajach Afryki Subsaharyjskiej.

Podjęcie zdecydowanych działań na rzecz ograniczenia zakażeń wirusem HIV i leczenia osób już zakażonych jest *t e r a z* sprawą podstawową. Jednak Rosja i Ukraina nie są w stanie osiągnąć tego bez wsparcia z zewnątrz. Społeczność międzynarodowa musi przedsięwziąć kroki, by popchnąć oba kraje do działania i zaoferować pomoc w próbach tworzenia strategii budowanych na fundamencie praw człowieka. Nalegając wyłącznie na podporządkowanie rygorystycznym standardom i sztytym na jedną miarę celom, agendy ONZ ograniczają zdolność państw członkowskich do wprowadzania właściwej – specyficznej dla doświadczanej epidemii – polityki wobec HIV, która ratować będzie ludzkie życie.

Jest również jasne, że konwencje narkotykowe Organizacji Narodów Zjednoczonych i sposób interpretacji ich zapisów w niektórych krajach kłóć się z priorytetami i rekomendacjami zawartymi w Deklaracji Zobowiązań w sprawie HIV i AIDS podpisanej przez wszystkich uczestników (w tym Rosję i Ukrainę) na Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ dotyczącej HIV i AIDS w czerwcu 2001 roku²⁴. Państwa, które podkreślają ściśle podporządkowanie się celom konwencji i strategii wytyczonej przez CND, praktycznie nie będą miały możliwości

rozwinęcia skutecznych programów przeciwdziałania HIV, które sprostają standardom przyjętej deklaracji, ponieważ jest coraz większe niebezpieczeństwo, że zabraknie im kluczowych grup docelowych, zwłaszcza tych związanych z HIV i prawami człowieka, podatnością oraz dostępem do leczenia i opieki.

Kiedy waży się ludzkie życie, nie można opierać się na anachronicznych, zdyskredytowanych przez lata doświadczeniach i koncepcjach. Brak rozeznania CND w światowej sytuacji epidemiologicznej wskazuje na to, że Komisja traktuje konsumowanie narkotyków jak samodzielny problem, który można wyeliminować głównie przy pomocy środków egzekwowania prawa. Założenie to jest z gruntu fałszywe i błędne. Zażywanie narkotyków to skomplikowany problem społeczny, na który rzadko mogą wpłynąć jedynie prawo i restrykcje. Niektórzy ludzie nadal będą poszukiwać narkotyków i zażywać je, niezależnie od związanych z tym kar czy ryzyka zdrowotnego. Kategoryczne demonizowanie ich zachowań i wyborów izoluje ich tylko od społeczeństwa i nie dopuszcza do korzystania z usług niezbędnych do ochrony przed szkodami. Ogranicza również chęć i możliwość podejmowania kroków w kierunku zmiany właśnie tego zachowania, które jest piętnowane.

CND i inne agendy ONZ twierdzą, że cel, jakim jest zapobieganie destrukcji związanej z konsumowaniem narkotyków, daje im moralne podstawy do podejmowania zdecydowanych działań. Mimo dobrych intencji (zażywanie narkotyków niesie ze sobą bez wątpienia wiele negatywnych konsekwencji, począwszy od osobistych tragedii, jak np. przedawkowania, po pranie brudnych pieniędzy), największą wadą strategii ONZ jest nie zauważanie dramatycznych skutków prowadzonej krucjaty na rzecz wyeliminowania substancji psychoaktywnych. Konwencje antynarkotykowe stawiają rządów krajowym wymagania niemożliwe do spełnienia, nie dając im przywódcom alternatywy, poza koniecznością wprowadzania represyjnej polityki niezależnie od kosztów ludzkich w całym społeczeństwie.

Polityka antynarkotykowa, która powoduje wzrost transmisji wirusa HIV jest z założenia nieetyczna, ponieważ narusza podstawowe zasady zdrowia publicznego. Nie można zakwestionować jej negatywnego wpływu na kraje takie jak Rosja i Ukraina, które niezależnie od tej

polityki mają ograniczone możliwości radzenia sobie z epidemią AIDS. Międzynarodowe agendy i rządy krajowe muszą wykazać polityczną wolę stworzenia i wprowadzenia w życie humanitarnej polityki. Pierwszym krokiem w tym celu powinna być rewizja obowiązujących obecnie konwencji narkotykowych ONZ i reformy narodowych przepisów dotyczących narkotyków i HIV. Jeśli nadrzędnym celem jest uniknięcie konsekwencji niekorzystnych dla całego społeczeństwa, zdrowia publicznego i praw człowieka, to władze Rosji i Ukrainy powinny znów zrewidować swą interpretację traktatów międzynarodowych. Zmiany strategii należałoby poczynić w następujących obszarach:

- *Polityka kontroli narkotyków.* Osoby sięgające po zakazane używki i osoby walczące o ich prawa powinny zostać zaangażowane we wszystkie poziomy podejmowania decyzji podczas tworzenia krajowej i międzynarodowej polityki dotyczącej zażywania narkotyków. Podobnie, konwencje ONZ i prawa krajowe winny zawierać zapisy, które wyraźnie legalizują wymianę igieł i wykorzystywanie metadonu do celów medycznych. Konwencje mają wyraźnie zachęcać rządy krajowe do traktowania konsumpcji środków odurzających jako problemu z zakresu zdrowia publicznego, nie zaś prawa i porządku. Politykę krajową należy konstruować w taki sposób, by odzwierciedlała tak postrzeganą rzeczywistość.
- *Dyskryminacja i legalizacja.* We wszystkich krajach należy wprowadzić przepisy antydyskryminacyjne, chroniące równość w celu zapewnienia swobód obywatelskich i praw osobom żyjącym z wirusem HIV, a także marginalizowanym grupom wysokiego ryzyka, takim jak osoby zażywające narkotyki. Przepisy, które są wykorzystywane do naruszania praw osób żyjących z HIV czy grup ryzyka, powinny zostać zniesione lub przeredagowane tak, by lepiej odzwierciedlały problemy zdrowia publicznego i gwarantowały prawa człowieka wszystkim ludziom. Władze zaangażowane w ochronę zdrowia publicznego oraz egzekwowanie prawa powinny odgrywać wiodącą rolę w eliminowaniu zarówno „oficjalnej”, jak i faktycznej dyskryminacji. Nie wolno im więcej akceptować ani ignorować nękania i napaśtowania – ataków fizycznych, aresztowań, przeszukań, zatrzymań

bez postawienia zarzutów i innych naruszeń prawa procesowego. Osoby żyjące z wirusem HIV, w tym również iniekcyjnie zażywające narkotyki, powinny zostać włączone we wszelkiego rodzaju dyskusje na temat polityki, która ich dotyczy.

- *Redukcja szkód.* Rządy powinny odgrywać aktywną rolę w ustanawianiu i wspieraniu znaczącej, ułożonej strategicznie, sieci programów redukcji szkód, która zapewnia usługi dla osób wstrzykujących sobie narkotyki, takie jak wymiana igieł, edukacja o drogach zakażenia wirusem HIV, dystrybucja prezerwatyw i dostęp do programów leczenia, takich jak substytucja metadonem. Podobne usługi powinny być dostępne w więzieniach.
- *Edukacja.* Bezpośrednia i jasna wiedza na temat zakażenia HIV powinna być dostępna dla wszystkich obywateli – zwłaszcza narażonych na ryzyko. Również całe społeczeństwo powinno być informowane o zażywaniu środków odurzających i uzależnieniu, co stanowiłoby część działań na rzecz zredukowania bardzo krytycznego postrzegania ludzi sięgających po te substancje.

Odrzucenie długo akceptowanej polityki dotyczącej konsumowania zakazanych środków będzie bez wątpienia trudne dla tych, którzy poświęcili swoją karierę walce z narkotykami na całym świecie oraz promowaniu języka i strategii zawartych w międzynarodowych dokumentach i krajowych planach działania. Dzisiaj jest już jednak jasne, że koncepcje te mają poważne wady, które krzywdzą dokładnie tych ludzi, których powinny chronić. Odpowiednia rewizja konwencji ONZ w kontekście światowego zdrowia publicznego, uznająca tragiczny aspekt jednej z największych epidemii ludzkości, byłaby oznaką siły, a nie słabości.

Przypisy

- ¹ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*, grudzień 2002. Raport stwierdza: "W ostatnich latach Federacja Rosyjska doświadcza wyjątkowo ostrego wzrostu liczby zarejestrowanych zakażeń wirusem HIV. W okresie krótszym niż osiem lat, epidemię HIV i AIDS odkryto w ponad 30 miastach i w 86 spośród 89 regionów kraju".
- ² CanWest News Service przytoczony w Edmonton Journal, *HIV i AIDS Spreads Rapidly in Russia*, 19 kwietnia 2003.
- ³ Oleksander Jaramienko, dyrektor Ukraińskiego Instytutu Badań Społecznych, przytoczył tę liczbę w listopadzie 2002 roku na konferencji w Crimea. Szacunek opiera się na badaniu przeprowadzonym przez jego organizację dla *British Council*. Zacytowany również w *Every 10th Ukrainian Lives with HIV*, 11 listopada 2002, *NEWSru.com*, strona internetowa dostępna po rosyjsku
- ⁴ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*, grudzień 2002.
- ⁵ Konwencja Narodów Zjednoczonych o Zwalczaniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi (20 grudnia 1988), Artykuł 3,E/CONF.82/15.
- ⁶ Zgodnie z "Podejściami redukcji szkód do iniekcynego zażywania narkotyków" zamieszczonymi na stronie internetowej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), „choć podstawowym celem terapii substytucyjnej jest abstynencja, wielu pacjentów nie jest w stanie osiągnąć całkowitej abstynencji, mimo poprawy stanu zdrowia i dobrostanu. Jednak są jasne dowody, że terapia metadonowa znacząco ogranicza niebezpieczne praktyki wstrzykiwania narkotyków wśród osób, które uczestniczą w programie leczenia i obniża ryzyko zakażenia wirusem HIV". <http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/>
- ⁷ 1223 Spotkanie Komisji Środków Odurzających (CND), Res.45/1, *Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse*, 15 marca 2002.
- ⁸ Mark Schoofs, *Jailed Drug Users Are at the Epicenter of Russia's Growing AIDS Scourge*, Wall Street Journal, 25 czerwca 2002
- ⁹ Wybrane spośród uwag poczynionych przez rosyjskiego ministra spraw wewnętrznych Borysa Gryzłowa w Dumie Państwowej, 17 października 2001, dostępne po rosyjsku na stronach internetowych MSW: http://www.mvdinform.ru/index.php?section=reaction_t
- ¹⁰ Rada Państw Morza Bałtyckiego – Grupa Zadaniowa do spraw Kontroli Chorób Zakaźnych w Regionie Morza Bałtyckiego. Dodatkowe informacje można uzyskać na stronie internetowej: <http://www.baltichealth.org/cparticle65128-7717a.html>.
- ¹¹ Nina Schwalbe, *TB is the Largest Killer of Those with HIV*, list do The Wall Street Journal, 18 lipca 2002.
- ¹² Prawo „O profilaktyce AIDS i ochronie społecznej populacji” (1992), N11, Artykuł 4.
- ¹³ Faisal Islam, *World Bank Chief Issues Opium Alert*, The Observer, 16 marca 2003
- ¹⁴ Mark Schoofs, *Jailed Drug Users Are at the Epicenter of Russia's Growing AIDS Scourge*, Wall Street Journal, 25 czerwca 2002.

- ¹⁵ Radio Swoboda, *News of the Day*, 26 czerwca 2001. Dane szacunkowe pochodziły z Ukraińskiego Ministerstwa Zdrowia.
- ¹⁶ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*, grudzień 2002, supra note 9.
- ¹⁷ AIDS Foundation East-West, oparte na danych z Rosyjskiego Federalnego Centrum do spraw AIDS, lipiec 2003
- ¹⁸ Can West News Service przytoczony w Edmonton Journal, *HIV i AIDS Spreads Rapidly in Russia*, 19 kwietnia 2003
- ¹⁹ The Next Wave of HIV i AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China, U.S. National Intelligence Council Report, wrzesień 2002.
- ²⁰ UNAIDS, *Ukraine Epidemiological Fact Sheets on HIV i AIDS and Sexually Transmitted Infections*, aktualizacja 2002. Dostępne na stronie internetowej: http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/fact_sheets/pdfs/Ukraine_en.pdf
- ²¹ Olena Horodiecka, *AIDS Epidemic May Break Ukraine's Health System*, Reuters Foundation AlertNet, 19 lutego 2003
- ²² Francoise Hamers i Angela Downs, *HIV Rising in the East*, Lancet, 22 marca 2003
- ²³ Nicolas Eberstadt, *The Future of AIDS*, Foreign Affairs, listopad-grudzień 2002.
- ²⁴ Zob. szczególnie punkty 58, 62 i 96 Deklaracji Zobowiązań w sprawie HIV i AIDS, w kształcie przyjętym na zakończenie Sesji Specjalnej na temat HIV i AIDS Zgromadzenia Ogólnego ONZ w czerwcu 2001.

Kasia Malinowska-Sempruch jest dyrektorem Międzynarodowego Programu Redukcji Szkód w Open Society Institute

Jeff Hoover jest nowojorskim wydawcą i pisarzem, który zajmuje się również siecią internetową w Departamencie Komunikacji Open Society Institute

Anna Aleksandrowa jest rosyjskim naukowcem zajmującym się prawem i polityką, pracującym na polu profilaktyki HIV i AIDS w regionie CEE/NIS od 1997 roku.

Śmiertelne naruszenia: pogwałcenia praw osób zażywających iniekcyjnie narkotyki w erze HIV i AIDS

Joanne Csete i Jonathan Cohen

Wstęp

W czasach, kiedy okryto wirus HIV nie wyobrażano sobie nawet, jakie rozmiary osiągnie epidemia HIV i AIDS. Według niektórych szacunków, zanim zapanujemy nad tą chorobą, setki milionów osób mogą stracić życie. Prawie na całym świecie najbardziej są nią dotknięte osoby świadczące komercyjnie usługi seksualne, mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami, osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki, więźniowie i pracownicy-migranci – czyli osoby, które doświadczały marginalizacji i potępienia ze strony społeczeństwa długo przed pojawieniem się AIDS. Już w początkowej fazie epidemii było jasne, że dyskryminacja i inne naruszenia dotyczące osób najbardziej narażonych na ryzyko zakażenia, utrudniają wysiłki rządów i prywatnego sektora na rzecz kontroli choroby.

Dla osób wstrzykujących sobie narkotyki, napiętnowanie i dyskryminacja często przyjmują postać kryminalizacji i demonizacji. W wielu krajach głęboka społeczna pogarda wspomagana jest istniejącymi uregulowaniami prawnymi dotyczącymi narkotyków, niemożliwymi do egzekwowania bez łamania praw człowieka. Państwa, które traktują uzależnienie od środków odurzających jako chorobę i leczą ją raczej sposobami medycznymi niż prawnymi, są niestety w mniejszości. Artykuł

ten koncentruje się na konkretnych pogwałceniach międzynarodowych praw człowieka i na działaniach, które mogą pomóc te naruszenia zredukować.

Tło

Znaczący procent nowych zakażeń HIV w skali świata związany jest corocznie z iniekcyjnym zażywaniem narkotyków, którego odsetek w niektórych regionach jest bardzo wysoki. Tylko w krajach byłego Związku Radzieckiego i Europy Wschodniej żyje około 4 milionów osób aplikujących sobie narkotyki dożylnie, zaś w wielu państwach tego regionu IDUs stanowią ponad 70 % osób żyjących z HIV i AIDS¹. Nie jest niespodzianką, że właśnie tam epidemia AIDS rozwija się najszybciej na świecie. Wśród osób wstrzykujących sobie środki odurzające transmisja HIV następuje niezwykle szybko. W Rosji dopiero 2 lata temu odnotowano, że IDUs stanowią 90 % osób żyjących z HIV i AIDS². Raport z września 2003 roku wskazuje, że proporcja nowych przypadków zakażenia wirusem wśród zażywających narkotyki w Rosji wynosiła 36 % – alarmujący sygnał, że epidemia rozprzestrzenia się na populację ogólną³. W Stanach Zjednoczonych w 2002 roku około 28 % nowych przypadków HIV związanych było bezpośrednio lub pośrednio z dożylnym przyjmowaniem narkotyków⁴. W Chinach szacuje się, że taki sposób konsumowania niedozwolonych środków jest najważniejszą drogą transmisji wirusa HIV⁵.

Sprawdzone i dostępne sposoby redukcji szkód, takich jak zakażenie wirusem HIV czy iniekcyjne zażywanie narkotyków, są dobrze znane. Programy wymiany strzykawek czy terapia substytucyjna z wykorzystaniem metadonu lub buprenorfiny są kluczowymi elementami programów profilaktyki HIV w krajach traktujących w sposób humanitarny osoby sięgające po substancje psychoaktywne, między innymi w Europie Zachodniej. Wśród ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego panuje konsens, że programy te są bardzo wydajne i skuteczne w zapobieganiu zakażeniom HIV i innym szkodom wynikającym z zażywania narkotyków. Nawet Stany Zjednoczone, w których federalne finansowanie programów wymiany strzykawek jest zakazane,

przeznaczają jednak środki z budżetu centralnego na prowadzenie badań, które wskazują na skuteczność wymiany strzykawek w ograniczaniu szkód związanych ze stosowaniem narkotyków, nie zachęcając jednocześnie w żaden sposób do ich zażywania.

Niestety dostęp do tych usług na całym świecie pozostaje bardzo ograniczony. Światowa Grupa Robocza do spraw Profilaktyki HIVⁱ w szeroko cytowanym raporcie z maja 2003 roku szacuje, że tylko 11 % osób przyjmujących narkotyki dożylnie w krajach byłego Związku Radzieckiego i Europy Wschodniej ma dostęp do programów redukcji szkód, takich jak wymiana strzykawek⁶. Badanie przeprowadzone w 2002 roku przez Program Redukcji Szkód w Europie Środkowej i Wschodniejⁱⁱ i obejmujące 27 krajów wykazało, że na 11 państwach Europy Wschodniej i dawnego Związku Radzieckiego, gdzie prawie 2/3 osób chorych na AIDS to narkomani, aż siedem nie zezwala na terapię substytucyjną. Dane te prowokują całkowicie uzasadnione pytania o to, czy nadużycia praw osób zażywających narkotyki nie wpływają na niewystarczający poziom korzystania z usług ratujących życie oraz czy napiętnowanie IDUs nie przyczynia się do całkowitego braku tego rodzaju usług w niektórych krajach.

Nadużycia praw osób iniekcyjnie zażywających narkotyki

Cała gama nadużyć pozostaje bezkarna

Wiele osób zażywających narkotyki na co dzień doświadcza pogwałceń praw człowieka. Jedne z nich związane są z nieprzychylnymi przepisami, inne ze społeczną pogardą, z jaką przepisy te się formułuje, jeszcze inne – z oboma tymi czynnikami. W wielu krajach osoby sięgające po środki odurzające mogą zostać aresztowane za posiadanie lub zażycie niewielkiej ich ilości. Kiedy trafią do aresztu, uzależnienie może być wykorzystane jako narzędzie przymusu do wyegzekwowania fałszywego przyznania się do winy. Czasem stanowi

ⁱ Ang. Global HIV Prevention Working Group (przyp. tłum.)

ⁱⁱ Central and Eastern Europe Harm Reduction Network

rodzaj tortury. Osobom zażywającym narkotyki bardzo łatwo przypisać fałszywe zarzuty. Nierzadko ogranicza się im korzystanie z różnych instrumentów procesowych (np. częściej niż inni zatrzymani mogą nie mieć dostępu do pomocy prawnej). W 2002 roku organizacja Human Rights Watch zdobyła wypowiedzi wielu osób zażywających heroinę na temat przypadków nadużyć w Kazachstanie. Abdelkasim Bieğżanow, wówczas 41-letni, powiedział nam w mieście Czymkent, że był bity przez milicję w areszcie, lecz zdecydował się nie wnosić skargi, ponieważ otrzymał od funkcjonariuszy heroinę:

[Bili mnie] drewnianą pałką. Rozłożyli mi szeroko nogi. Miałem siniaki i chciałem wnieść skargę u prokuratora, ale powiedzieli mi: „I tak nic ci to nie da”. I zaczęli przynosić mi heroinę, żebym nie wnosił skargi, żeby mnie nie bolało, żebym nie panikował. Zamknąłem się⁷.

Kilku Kazachów zażywających narkotyki opisało, jak postawiono im różnego rodzaju zarzuty, np. rozboju. Były narkoman, Nurali Amanżołow, obecnie przewodniczący organizacji wspierającej ludzi żyjących z AIDS w Kazachstanie, powiedział:

Jeśli osoba zażywająca narkotyki jest bita i się przyzna, „oferuje się” jej pewne zarzuty. Jeśli się na nie zgodzi – na przykład, jeśli już popełniła rozbój i odsiedziała wyrok – mówi się jej: „Przyjmij też ten [inny] zarzut.” Na rozprawie będzie przygotowany do przyjęcia większej ilości zarzutów, ponieważ przez dwa dni przed rozprawą będą go porządnie bić. Rok w tę czy w tamtą [w więzieniu] i tak nie robi mu większej różnicy⁸.

Zakorzeniona w siłach milicyjnych i w więzieniach korupcja związana z „wojną z narkotykami” powoduje, że reforma praktycznych sposobów egzekwowania prawa jest w wielu krajach odległą perspektywą. Aryeh Neier, przewodniczący Instytutu Otwartego Społeczeństwa (Open Society Institute), zauważa, że korupcja jest nieuchronna w oddziałach ludzi, których zadaniem jest praktyczne realizowanie represyjnych przepisów narkotykowych:

Gorzkie doświadczenia we wszystkich częściach świata nauczyły nas, że wyjątkowo trudne – a może nawet niemożliwe – jest egzekwowanie antynarkotykowego prawa karnego bez korupcji i ostrych naruszeń praw człowieka. Korupcja nierozzerwalnie wiąże się z egzekwowaniem prawa. Z powodu zagrożenia, jakie ono stwarza, handlarze narkotyków żądają wysokich cen za swój towar, co daje im pewność, że pieniądze z handlu wystarczą na łapówki i wymuszenia. Są również silne powiązania między naruszeniami praw człowieka i korupcją. Funkcjonariusze odpowiedzialni za egzekwowanie prawa liczą na osobisty zysk, co sprawia, że są szczególnie nastawieni na angażowanie się w nadużycia⁹.

Praca Human Rights Watch w Kazachstanie, Bangladeszu i innych krajach potwierdza tę obserwację. Według osób iniekcyjnie zażywających narkotyki, milicja w Kazachstanie zakłada, że IDUs mają dostęp do znacznych sum w gotówce, więc oferuje zmniejszenie wyroku lub inne ułatwienia w zamian za łapówkę¹⁰. W Bangladeszu współistnienie źle opłacanej policji, która działa ze względną bezkarnością i ogólnej społecznej pogardy wobec sięgających po narkotyki zapewnia doskonałe warunki dla naginania przepisów. Wiele osób powiedziało, że funkcjonariusze grożą im przemocą lub dłuższym aresztem w przypadku odmowy zapłacenia łapówki¹¹. Korupcja i zaangażowanie policji w handel nielegalnymi używkami w oczywisty sposób sprawia, że cel mniej surowego i represyjnego prawa narkotykowego jest osiągalny w niewielkim stopniu.

Jest wiele więcej ekstremalnych przypadków łamania praw człowieka wobec osób konsumujących narkotyki, które często odbywają się pod pretekstem prowadzenia nalołów na dealerów narkotykowych. W lutym 2003 roku w Tajlandii premier ogłosił nową „wojnę z narkotykami”, która doprowadziła w końcu do pozasądowych morderstw ponad 2.200 rzekomych dealerów¹², spośród których wielu było prawdopodobnie osobami zażywającymi, nie zaś rozprowadzającymi zakazane substancje. Minister Spraw Wewnętrznych Tajlandii, Muhamad Nor Matha nie ukrywał intencji rządu. Cytowano jego odnoszącą się do

dealerów wypowiedź: „Wsadzi się ich za kratki albo znikną bez śladu. Kogo to obchodzi? Oni niszczą nasz kraj”¹³. Według lokalnego aktywisty na rzecz praw człowieka, rząd wywiera ogromną presję na władze lokalne, by sporządziły listy przestępców narkotykowych i dał im bardzo krótki termin na „zajęcie się” nimi. ONZ ciągle wychwala sukces Tajlandii w walce z AIDS i popiera zorganizowanie Międzynarodowej Konferencji AIDS w Bangkoku¹⁴. Human Rights Watch udokumentował również ostatnio dramatyczne przykłady złego traktowania osób wstrzykujących sobie środki odurzające w Chinach, gdzie przymusowa praca i „społeczna reedukacja” stanowią owianą tajemnicą, niehumanitarną odpowiedź państwa na chorobę uzależnienia od narkotyków w czasach epidemii HIV i AIDS¹⁵.

Jedyną oczywistą konsekwencją drakońskich przepisów narkotykowych oraz nękania i wyłudzeń ze strony policji jest to, że w wielu krajach wysoki odsetek osób zażywających narkotyki spędza czas w aresztach, zaś wysoki odsetek więźniów i aresztantów to osoby aplikujące sobie nielegalne używki.

Dostęp do usług profilaktyki HIV

Nawet jeśli nadużycia wobec osób iniekcyjnie zażywających narkotyki nie są tak ekstremalne jak w Tajlandii czy Chinach, jasne jest że mogą stanowić poważne utrudnienie w działaniach profilaktycznych wśród osób korzystających z tych środków. Jeśli osoby te spotykają się z piętnowaniem, mogą niechętnie korzystać ze świadczonych przez państwo lub organizacje pozarządowe usług, takich jak wymiana strzykawek. W niektórych krajach pracownicy punktów wymiany igieł sami doświadczają ograniczeń praw człowieka, przede wszystkim ze strony policji, zaś jak wspomniano wyżej, usługi redukcji szkód, takie jak wymiana strzykawek i terapia substytucyjna, pozostają nielegalne.

Human Rights Watch udokumentowała przypadki, w których, bez zamykania programów wymiany igieł czy innych programów redukcji szkód, nękanie ze strony policji skutecznie odstraszało osoby wstrzykujące sobie narkotyki od korzystania z tych ratujących życie usług. W Kanadzie, kraju z generalnie pozytywnym dorobkiem w dziedzinie

wspierania programów redukcji szkód, chroniczne napastowanie przez policję osób zażywających narkotyki w ubogiej dzielnicy Vancouver w wielu wypadkach zniechęciło IDUs do korzystania z możliwości wymiany igieł¹⁶. W Bangladeszu w ostatnich latach okresowe zatrzymania pracowników terenowych programów wymiany igieł wstrzymały działalność nielicznych dostępnych w tym kraju usług dla osób zażywających niedozwolone substancje¹⁷. Jedna z osób korzystających z narkotyków powiedziała nam, że takie aresztowania odstraszaają IDUs i sprawiają, że trzymają się z daleka od programów wymiany igieł i strzykawek mając niewielki wybór: dzielenie się igłami.

Usługi redukcji szkód stają się coraz bardziej dostępne w niektórych krajach byłego Związku Radzieckiego, jednak na drodze jest nadal wiele przeszkód. W Kazachstanie osoby zajmujące się wymianą igieł powiedziały pracownikom Human Rights Watch, że nawet jeśli milicja nie uważa punktów wymiany za miejsca odpowiednie do zaczepiania osób zażywających środki odurzające, strach przed nalotami powoduje, że od czasu do czasu liczba klientów gwałtownie spada. Co więcej, sami pracownicy byli nękani przez funkcjonariuszy, zaś w jednym przypadku w Ałma Acie w 2002 roku, zatrzymano wolontariusza, przy którym milicja znalazła broszurę na temat bezpieczniejszych praktyk wstrzykiwania narkotyków¹⁸. W Rosji sytuacja jest równie poważna. Federalne Prawo o Narkotykach i Substancjach Psychotropowych z 1998 roku stosowane jest przez władze egzekwujące prawo jako uzasadnienie napastowania i przetrzymywania osób sięgających po narkotyki. Wielu IDUs ze strachu przed prześladowaniem ze strony milicji lub aresztowaniem unika usług wymiany strzykawek lub centrów poradnictwa dla osób korzystających ze środków odurzających¹⁹.

W Stanach Zjednoczonych, mimo posiadanych przez rząd dowodów skuteczności wymiany strzykawek, usług tych jest relatywnie mało. Nie wspiera ich rząd federalny, w wielu stanach są prawie zakazane. Co więcej, nawet jeśli wymiana igieł jest legalna, przepisy na temat akcesoriów narkotykowych, obowiązujące w całym kraju, traktują posiadanie strzykawek jako przestępstwo, co jest ogromnym utrudnieniem swobodnego korzystania z tych usług przez osoby zażywające narkotyki. W 2003 roku Human Rights Watch przeprowadziła badanie

w Kalifornii, gdzie władze stanowe pozwoliły hrabstwu decydować o legalności wymiany strzykawek, co spowodowało powstanie najrozsądniejszych przepisów i regulacji dotyczących tej ratującej życie usługi, między innymi bezpośrednich zakazów w licznych hrabstwach. Nawet tam, gdzie wymiana akcesoriów do wstrzykiwania jest dozwolona, osoby zmagające się z problemem narkotyków opisały nam przypadki łapania ich „na paragraf 22” – każąc im wybierać między aresztowaniem i ochroną przed HIV, jaką zapewnia dostęp do czystych igieł. Jak powiedziała jedna z takich osób:

Wielu za bardzo boi się tu przychodzić. A to jest smutne, bo mają wymówkę, mogą powiedzieć: „Hej, do diabła z wymianą igieł”, to odciąga ich od pozostania w programie (...) tylko dlatego, że nie chcą tu przychodzić w obawie przed nękaniami. Cały czas używają tych samych [strzykawek]²⁰.

Kalifornia, tak jak pięć innych stanów, zabrania sprzedaży strzykawek w aptekach bez recepty. Taka możliwość poprawiła dostęp do strzykawek wielu osobom zażywającym substancje psychoaktywne w różnych częściach USA.

W skrócie: prawa osób przyjmujących dożylnie środki odurzające są regularnie naruszane w imię „wojny z narkotykami”, często przy ewidentnym wsparciu opinii publicznej i bezkarności organów stojących na straży sprawiedliwości. Drakońskie prawa narkotykowe i piętnowanie osób sięgających po nielegalne używki są niekompatybilne z próbami powstrzymania światowej epidemii HIV i AIDS i realizacją prawa tych osób do ochrony siebie i ludzi wokół przed śmiertelną chorobą.

Międzynarodowe przepisy o prawach człowieka i nadużycia wobec osób iniekcyjnie zażywających narkotyki

Tak jak w przypadku osób żyjących z HIV i AIDS, w międzynarodowych konwencjach regulujących kwestie praw człowieka nie ma zapisów, według których sięgający po narkotyki wymagają szczególnej ochrony. Zresztą, nie figuruje tam jakakolwiek wzmianka o tych

osobach. Jednak dotykająca IDUs skala nadużyć praw człowieka praktycznie we wszystkich częściach świata pokazuje naruszenia, które odnoszą się do wszystkich członków społeczeństwa.

Wszyscy ludzie są chronieni przed niesłusznymi aresztowaniami czy zatrzymaniami na mocy Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych (MPPOiP) z 1966 roku – porozumienia, które ratyfikowane zostało niemal przez wszystkie kraje świata. Artykuł 9 tego traktatu zapewnia każdemu, kto został zatrzymany, prawo do informacji o postawionych mu zarzutach oraz prawo do rozpatrzenia sprawy przez właściwy sąd. Artykuł 10 definiuje humanitarne traktowanie osób w areszcie, uwzględniając na przykład, że nieletni powinni być osadzeni oddzielnie od dorosłych, zaś osoby już skazane należy odseparować od tych, które dopiero oczekują na proces. Bardziej szczegółowe zapisy odnoszące się do traktowania osób przebywających w areszcie śledczym znajdują się w Wzorcowe Reguły Minimum dotyczące Postępowania z Więźniami z 1957 roku, który określa warunki akomodacji, dostępu do światła, wody, ruchu oraz warunki sanitarne, diety i opiekę lekarską. Na przykład artykuł 22 nakazuje, by chorzy lub wymagający specjalistycznej opieki aresztanci przekazywani byli do instytucji zapewniających odpowiednie warunki, a także by wszyscy mieli regularny dostęp do wykwalifikowanego personelu medycznego, w tym psychiatrycznego. Wszystkie te podstawowe standardy są często naruszane w stosunku do osób zażywających środki odurzające.

Nękanie przez policję może stanowić pogwałcenie prawa do bezpieczeństwa osoby na mocy MPPOiP, artykuł 9. Jednym z nadużyć funkcjonariuszy wobec osób wstrzykujących sobie narkotyki (udokumentowanym przez Human Rights Watch i inne organizacje) są tortury, których zakazano w myśl artykułu 7 MPPOiP oraz zapisów ratyfikowanego przez prawie wszystkie państwa świata innego dokumentu – Konwencji w Sprawie Zakazu Stosowania Tortur oraz Innego Okrutnego, Nieludzkiego lub Poniżającego Traktowania albo Karania z 1987 roku. Konwencja przeciw torturom wymaga od państw zakazania w swoich kodeksach karnych wszelkich takich czynów (artykuł 4) i zapewnienia, by funkcjonariusze egzekwujący prawo na wszystkich poziomach zostali przeszkoleni pod kątem możliwych form tortur

(artykuł 10). Artykuł 11 nakłada na kraje obowiązek „systematycznego nadzorowania zasad, instrukcji, metod i praktyki przesłuchiwania, a także przepisów dotyczących (...) obchodzenia się z osobami poddanymi wszelkim formom zatrzymania, aresztowania lub pozbawienia wolności (...) w celu niedopuszczenia do przypadków stosowania tortur”.

Prawo do „najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego” gwarantowane jest przez Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (MPPGSiK) z 1966 roku. Zanegowanie prawa do zdrowia jest naruszeniem praw człowieka, powszechnie dotyczącym osoby zażywającej narkotyki iniekcyjnie. Respektowanie ich własnego prawa do zdrowia utrudniane jest często przez politykę i praktyki, które ograniczają tym osobom dostęp zarówno do usług redukcji szkód, jak i do humanitarnego leczenia uzależnienia. Prawo do zdrowia osób konsumujących środki odurzające oznacza prawo do otrzymywania usług medycznych bez obawy o ukaranie, co jest niemożliwe do osiągnięcia w panującym obecnie w wielu krajach reżimie narkotykowym. Według Komisji do spraw Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ, polityka której „wysoce prawdopodobnym rezultatem (...) jest zachorowalność i możliwa do uniknięcia śmiertelność” stanowi pogwałcenie obowiązku rządów do poszanowania prawa do zdrowia. Strategia utrudniania dostępu do czystych strzykawek i metadonu doskonale pasuje do opisu Komisji.

Co więcej, niedostępność sterylnych strzykawek czy terapii substytucyjnej, dyskryminuje zażywających narkotyki jako klasę osób z dobrze opisanym zaburzeniem czy niepełnosprawnością. Nikt nie uznałby za słuszne prawnego zakazania dostępu do strzykawek osobom zależnym od insuliny, co byłoby dokładnie taką samą dyskryminacją. Prawo do zdrowia jest gwarantowane z zasady i nie może nikogo marginalizować. Wszyscy ludzie mają prawo być wolnymi od dyskryminacji na podstawie niepełnosprawności lub zaburzeń fizycznych.

Prawa osób przyjmujących narkotyki do odpowiednich warunków mieszkaniowych (MPPGSiK, artykuł 11), wolności od dyskryminacji w miejscu pracy (MPPGSiK, artykuł 7 i zapisy o niedyskryminacji

w innych instrumentach prawnych), niedyskryminowania w dostępie do edukacji (MPPGSiK, artykuł 13) oraz do opieki społecznej i systemu ubezpieczeń społecznych (MPPGSiK, artykuł 9) również są w wielu krajach regularnie łamane. Stygmatyzacja i dyskryminacja, tak szerzące się wobec IDUs w różnych częściach świata, to wyraźne naruszenia wielu norm praw człowieka.

Wpływ konwencji kontroli narkotyków ONZ

Istnienie konwencji ONZ o międzynarodowej kontroli narkotyków komplikuje kwestię praw osób je zażywających w międzynarodowym ustawodawstwie, ponieważ dokumenty te mają siłę prawa międzynarodowego i na wiele sposobów podważają ochronę praw tych osób. Wspomniane dokumenty utwierdzają polityczny tok myślenia, który raczej usprawiedliwia kryminalizację osób sięgających po zakazane substancje, niż przyznaje priorytetową rolę skierowanym do nich usługom medycznym. Trzy konwencje, ratyfikowane w 1961 (Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających), 1971 (Konwencja o Substancjach Psychotropowych) i 1988 roku (Konwencja Narodów Zjednoczonych o Zwalczaniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi), stanowią podstawę międzynarodowej polityki kontroli środków narkotycznych. Porozumienia ratyfikowały prawie wszystkie państwa świata, w tym również kraje Europy Środkowej i Wschodniej, dawnego Związku Radzieckiego oraz Stany Zjednoczone. Dwa z nich znacznie wyprzedzają epidemię HIV i AIDS, trzeci zaś poprzedza nagły wzrost iniekcyjnego zażywania narkotyków na świecie. Z pewnością utrudnianie walki ze śmiertelną epidemią do tego stopnia nigdy nie było założeniem tych traktatów, jednak jest to tragiczna część ich spuścizny.

W ujęciu Instytutu Otwartego Społeczeństwa, pioniera usług redukcji szkód w większej części Europy Wschodniej i krajach byłego Związku Radzieckiego, lawinowy wzrost wskaźników zakażeń wirusem HIV w tym regionie jest w dużej mierze skutkiem metod, jakimi rządy starają się podporządkować przedawnionym i nieelastycznym konwencjom ONZ²¹. Na przykład w dokumencie z roku 1961 metadon został zakwalifikowany do grupy narkotyków z Wykazu 1 i jego dostępność

powinna być surowo ograniczona. Niektóre kraje wykorzystują wspomniany zapis do uzasadniania nielegalności tej substancji w każdych okolicznościach. W rezultacie pozbawia to osoby wstrzykujące sobie heroinę jednego z najskuteczniejszych sposobów ograniczenia szkód wynikających z jej zażywania oraz jednego z najskuteczniejszych narzędzi do walki z AIDS.

Konwencja z 1988 roku ponagla rządy sygnatariuszy do „przyjęcia takich środków, jakie mogą być konieczne w celu uznania [posiadania narkotyków] w świetle ich prawa krajowego za przestępstwo, gdy zostało popełnione świadomie”. Ponieważ język jest ogólnikowy, rządy krajów wykorzystują to do uzasadniania szerokiej gamy represyjnych działań antynarkotykowych, przyczyniających się do marginalizacji IDUs i odbierania im dostępu do usług ratujących życie i redukujących szkody²². Na Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat nielegalnych narkotyków, państwa członkowskie potwierdziły znaczenie trzech konwencji i zgodziły się pracować na rzecz osiągnięcia „istotnych i wymiernych rezultatów” w ograniczeniu konsumpcji środków odurzających do 2008 roku (z 50 % ograniczeniem uważanym za formalny cel). Termin ten został skrytykowany przez wielu niezależnych obserwatorów jako nierealny. Podążanie za nim prawdopodobnie sprawi, że niektóre kraje sformułują drażliwe zapisy prawne, których nieuchronnym przeznaczeniem będzie porażka zarówno na polu redukcji spożycia substancji psychoaktywnych, jak również kontroli epidemii HIV i AIDS. Komisja Narodów Zjednoczonych do spraw Środków Odurzających i Biuro do spraw Narkotyków i Przestępczości nie starają się promować idei rewizji konwencji po to, by lepiej odzwierciedlały rzeczywistość doby HIV i AIDS, jak również brały pod uwagę dobrze zbadane i przemyślane środki redukcji szkód.

Kolejne dokumenty i oświadczenia ONZ zawierają stwierdzenia, które można odebrać jako wyraz współczucia dla osób zmagających się z problemem narkotyków. Deklaracja przyjęta w trakcie Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat HIV i AIDS w czerwcu 2001 roku, wzywa do „wysiłków na rzecz redukcji szkód związanych z zażywaniem narkotyków”, mimo że niektóre państwa członkowskie, zwłaszcza USA, sprzeciwiły się wcześniej nazywaniu IDUs populacją

szczególnie potrzebującą specjalnych usług i opieki. Międzynarodowe Wytyczne ONZ na temat HIV i AIDS i Praw Człowieka z 1998 roku wzywają rządy do rewizji krajowych przepisów z punktu widzenia legalizacji i promowania wymiany igieł i strzykawek oraz modyfikacji praw kryminalizujących ich posiadanie i dystrybucję. Niestety nie mają one mocy prawa międzynarodowego.

Rekomendacje

Wyzwanie, jakim jest poprawa ochrony praw osób iniekcyjnie zażywających narkotyki nie należy do łatwych. Pogarda społeczna wobec tych ludzi jest tak wielka, że utrudnia im korzystanie z prawa do ochrony siebie i innych przed HIV. Jest to szokujące, zwłaszcza w kontekście wspaniałych rezultatów programów redukcji szkód w krajach, w których umożliwia się ich funkcjonowanie. Osoby sięgające po zakazane używki w oczywisty sposób złapano w pułapkę polityki osądów moralnych, czego unaocznieniem jest postawa, według której IDUs „zasługują na to, co ich spotyka”, ponieważ nie są w stanie kontrolować swojego zachowania. Stwierdzenie to leży u podstaw podejścia abstynencyjnego i opartego na egzekwowaniu prawa. Władza polityczna fundamentalistów religijnych w wielu krajach, również w Stanach Zjednoczonych, wspiera tego rodzaju koncepcje, mimo że nauka wyraźnie je dyskredytuje.

Osoby korzystające z narkotyków są również ofiarami politycznego wypierania istnienia problemu HIV i AIDS przez mocodawców w wielu krajach. Niemożliwe jest ponaglanie do działania na rzecz ochrony praw osób zażywających nielegalne substancje, jeśli rząd danego kraju zaprzecza istnieniu problemu HIV i AIDS lub jego rozmiarom. Na przykład władze Chin i licznych krajów byłego Związku Radzieckiego nie zezwalają na badania epidemiologiczne w celu ustalenia prawdziwego rozmiaru epidemii. Niektóre państwa, zwłaszcza na Bliskim Wschodzie, wolą negować wysoki poziom konsumpcji narkotyków na swoim terenie.

Tak jak w przypadku wszystkich wyzwań, jakie stawia dziedzina praw człowieka, pilnie potrzebna jest odwaga polityczna. Wśród działań, które należy podjąć, by zadośćuczynić zakorzenionym

i rozpowszechnionym nadużyciom praw osób iniekcyjnie zażywających narkotyki, znajdują się następujące:

Nagłaśnianie związku między nadużyciami praw człowieka i redukcją szkód: Choć osiągnięcia programów redukcji szkód są szeroko zbadane, wielu twórców polityki nadal ich nie docenia. W jeszcze mniejszym stopniu rozumiany jest związek między nadużyciami praw człowieka a skutecznością redukcji szkód. Usługi z zakresu ograniczania szkód to kompilacja programów skutecznych, wydajnych z punktu widzenia sektora zdrowia publicznego i przyjaznych prawom człowieka. Potrzebne są doniesienia (np. w formie analiz ekonomicznych) na temat sposobów, jakimi redukcja szkód pomaga opanować AIDS i ogranicza inne związane z narkotykami skutki przy jednoczesnym poszanowaniu praw osób je zażywających – tak by twórcy polityki oraz zwykli ludzie mogli zrozumieć, że nie ma lepszej drogi.

Przywództwo na wysokim szczeblu: W historii HIV i AIDS wiele ważnych zwycięstw odniesiono dzięki organizacjom społeczeństwa obywatelskiego, np. skupiającym ludzi zainfekowanych bądź już dotkniętych chorobą. W coraz większej ilości krajów doświadczenie pokazuje, że szczerze uznanie poszczególnych aspektów epidemii HIV i AIDS, w tym jej związku z wstrzykiwaniem narkotyków, jest nieocenione z punktu widzenia skuteczności i dostępności programów redukcji szkód. Nic dziwnego, że wielu polityków nie chce być postrzeganych w kontekście osób zażywających środki odurzające, sprzedających usługi seksualne, więźniów i innych budzących skojarzenia z tym zjawiskiem. Jednak w obliczu rozpędzającej się lawiny AIDS, politycy muszą wznieść się ponad tchórzostwo i przyznać publicznie, że osoby aplikujące sobie narkotyki dożylnie mogą stanowić ważny element rozwiązywania problemu tej choroby, pod warunkiem, że władze publiczne rozpoczną pracę wspólnie z nimi.

Międzynarodowe traktaty i oświadczenia agend ONZ: Zawstydzającym jest fakt, że system ONZ milczy w dyskusji o prawach osób zażywających narkotyki, zwłaszcza w kwestii ich prawa do ochrony siebie i swoich bliskich przed HIV i AIDS oraz innymi zagrażającymi życiu chorobami. Chłuby Narodom Zjednoczonym nie przynosi

również konkluzja, że ich traktaty aktywnie promują strategie ignorujące potrzebę ochrony praw osób zmagających się z problemem narkotyków. Najwyższy czas, by ONZ zareagował na niezamierzone konsekwencje, jakie wynikają z niedoskonałości trzech konwencji o kontroli środków odurzających. Zgromadzenie Ogólne powinno nakazać rewizję konwencji tak, by powstało ostateczne porozumienie na temat międzynarodowej strategii, która na pierwszym miejscu postawi ograniczanie szkód związanych z narkotykami. Agendy Organizacji Narodów Zjednoczonych, które współsponsoringują Sojusz Agend do spraw HIV i AIDS (UNAIDS), łącznie z Biurem ONZ do spraw Narkotyków i Przestępczości w Wiedniu, powinny przewodniczyć we wprowadzaniu tych anachronicznych dokumentów w XXI wiek. Powinny też wypowiadać się publicznie o śmiertelnych konsekwencjach braku akceptacji dla środków redukcji szkód oraz przyznawać fundusze na mobilizowanie krajów członkowskich do wspierania słowem i czynem usług ratujących życie. Organizacja Narodów Zjednoczonych musi objąć przywództwo w odwołaniu od represyjnej i nieskutecznej wojny z narkotykami.

Zakończenie

Od samego początku epidemii HIV i AIDS i dziedzinę praw człowieka łączy szczególny związek. Gdyby jakakolwiek inna choroba rozpoczęła się od takiego samego „bliskiego gejom upośledzenia odporności”, prawdopodobnie postawiłaby tyle samo wyzwań związanych z poszanowaniem praw człowieka. Historia HIV i AIDS na całym świecie kształtowana jest w dużym stopniu przez fakt że ci, którzy zostali dotknięci chorobą na początku (czyli najboleśniej), a zatem: osoby oferujące usługi seksualne, wstrzykujące sobie narkotyki, więźniowie i pracownicy-migranci a także homoseksualiści czy mężczyźni biseksualni, nie cieszyli się nigdy przywilejami płynącymi z politycznej poprawności, a w wielu przypadkach nie mieli jeszcze zaplecza w postaci silnych organizacji czy programów solidarnościowych. Zmobilizowanie społeczeństwa oraz wyzwolenie energii politycznej na wysokich szczeblach do walki z chorobą dotykającą wymienione grupy, stanowić będzie nie lada wyzwanie – ten fakt był jasny od samego początku.

Godne uwagi jest wielkie zaangażowanie w ideę, według której ochrona praw człowieka osób żyjących z HIV i AIDS jest ważną częścią walki z epidemią. Jednak szokuje i zasmuca fakt, że w trzeciej dekadzie spustoszenia, jakie czyni lawinowy wzrost zakażeń HIV, zaangażowanie to nadal pozostaje czysto retoryczne, szczególnie jeśli chodzi o prawa IDUs. Wyzwaniem dla obrońców praw człowieka i aktywistów redukcji szkód jest zbudowanie pomostu między retoryką a rzeczywistością AIDS i praw człowieka. Gdyby można było tego dokonać jedynie dzięki aktywistom z organizacji pozarządowych, pomost dawno łączyłby te dwa, nie tak przecież odległe od siebie, brzegi. Nie trzeba dalej przekonywać tych, którzy każdego dnia mogą oglądać efekty ratujących życie usług redukcji szkód i zmianę, jaką wywołuje praca z poszanowaniem praw osób, do których pomoc jest kierowana. Konieczne będą jednak takie działania rządów, w których nie obędzie się bez pewnej dozy odwagi politycznej. Można jedynie mieć nadzieję, że przywódcy zrozumieją, że deptanie praw osób zażywających narkotyki daje przewagę epidemii HIV i AIDS. I że uświadomią to sobie, zanim będzie za późno.

Joanne Csete jest dyrektorem Programu HIV/AIDS w Human Rights Watch. Przez ponad 10 lat pracowała nad programami zdrowia publicznego w Afryce, jak również była odpowiedzialna za planowanie polityki i programów w regionalnym biurze UNICEF.

Jonathan Cohen jest badaczem w Programie HIV/AIDS Human Rights Watch. Wcześniej pracował jako urzędnik w Sądzie Najwyższym w Kanadzie, gdzie zajmował się tematyką praw człowieka w odniesieniu do HIV i AIDS.

Przypisy

¹ Central and Eastern European Harm Reduction Network, Injecting Drug Users, HIV i AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union, Wilno, CEE-HRN, 2002, s. 6.

² Ibid.

³ Transatlantic Partners Against AIDS i EastWest Institute, *On the Frontline of an Epidemic: The Need to Urgency in Russia's Fight Against AIDS*, Nowy Jork, wrzesień 2003, s. 4.

- ⁴ U.S. Centers for Disease Control and Prevention, *HIV i AIDS Surveillance Report: U.S. HIV and AIDS cases reported through December 2001* (vol. 13, nr.2), tabele 5, 6, 9, 10.
- ⁵ Zobacz podsumowanie dowodów Human Rights Watch, *Locked doors: The human rights of people living with HIV i AIDS in China*, Nowy Jork, wrzesień 2003
- ⁶ Global HIV Prevention Working Group, *Global HIV Prevention: Closing the Gap*, maj 2003. Dostępny na stronie internetowej: http://www.unaids.org/publications/Prevention130503_en.pdf (Data wejścia na stronę: 23 września 2003).
- ⁷ Wywiad Human Rights Watch, Southern Kazakhstan Regional Drug Center, Czymkent, Kazachstan, 23 sierpnia 2002.
- ⁸ Wywiad Human Rights Watch, Temirtau, Kazachstan, 18 sierpnia 2002.
- ⁹ Aryeh Neier, *Focus on human rights*, Harm Reduction News, vol. 4, nr 1, wiosna 2003, s. 1
- ¹⁰ Human Rights Watch, *Fanning the flames: How human rights abuses are fueling the AIDS epidemic in Kazakhstan*, Nowy Jork: Human Rights Watch, 2003, s. 22–24.
- ¹¹ Human Rights Watch, *Ravaging the vulnerable: Abuses against persons at high risk of HIV infection in Bangladesh*, Nowy Jork, sierpień 2003, s. 44–45.
- ¹² Brad Adams, *Thailand's crackdown: Drug 'war' kills democracy too*, International Herald Tribune, 24 kwietnia 2003, s.8. Por. również: Aryeh Neier, *The world's other tyrants still at work*, New York Times, 7 kwietnia 2003, Guy Dinmore i Amy Kazmin, *US protests to Thailand over drug war killings*, Financial Times, 8 maja 2003
- ¹³ Adams, *ibidem*
- ¹⁴ Ushani Agalawatta, *UN fetes Thai AIDS fight but group protests latest policy*, Inter Press Service, 20 września 2003, dostępny na stronie internetowej: <http://www.ipsnews.net/interna.asp?idnews=20193>. (Data wejścia na stronę: 23 września 2003)
- ¹⁵ Human Rights Watch, *Locked doors: The human rights of people living with AIDS in China*, Nowy Jork, wrzesień 2003.
- ¹⁶ Frances Bula, *Vancouver police thwart attempt to help addicts: Closing a sidewalk needle exchange shakes coalition of civic agencies*, Vancouver Sun, 6 czerwca 2002; Human Rights Watch, *Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV i AIDS in Vancouver*, Nowy Jork, maj 2003.
- ¹⁷ *Ravaging the vulnerable*, s. 46.
- ¹⁸ *Fanning the flames*, s. 32–33.
- ¹⁹ Transatlantic Partners Against AIDS, s. 14.
- ²⁰ Human Rights Watch, *Injecting reason: Human rights and HIV prevention for injection drug users – California, a case study*, Nowy Jork, wrzesień 2003, s. 24.
- ²¹ K. Malinowska-Sempruch, J. Hoover and A. Aleksandrowa. *Unintended consequences: Drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine*, Nowy Jork: Open Society Institute 2003.
- ²² *Ibid.*

Ryzykowne zachowania w więzieniu w oczach osób zażywających narkotyki – teraz i w przeszłości

Jennifer G. Clarke, Michael D. Stein*,
Lucy Hanna, Mindy Sobota i Josiah D. Rich

W amerykańskich więzieniach przebywa coraz więcej osób skazanych za przestępstwa związane z narkotykami. Grupa ta narażona jest na duże ryzyko zakażenia wirusem HIV i może angażować się w zachowania skutkujące jego transmisją w obrębie zakładu karnego. Okazuje się, że spośród narkomanów z przeszłością więzienną, 31 % przyjmowało niedozwolone środki w trakcie osadzenia. Z tym zjawiskiem wiąże się kryterium płci (męska) i ilość przymusowych pobyków w więzieniu. Interwencje takie jak programy wymiany igieł czy terapia metadonowa, prowadzone w niektórych europejskich zakładach karnych i skierowane do zażywających narkotyki więźniów, zasługują na uwagę w Stanach Zjednoczonych.

Wstęp

Dzielenie się igłami w gronie osób zażywających narkotyki dożylnie jest przyczyną zakażeń wirusem HIV i stanowi główny czynnik ryzyka wśród dorosłych odbywających karę więzienia¹⁻³. Większość osób spośród wstrzykujących sobie narkotyki zostanie w którymś momencie osadzona w zakładzie karnym, a wielu z nich będzie tam kontynuować stosowanie środków odurzających⁴⁻⁹.

Badania serokonwersji wskazują, że w aresztach i więzieniach dochodzi do przenoszenia wirusa HIV poprzez dzielenie się igłami

i niebezpieczne zachowania seksualne⁶⁻¹⁰. Wśród osób korzystających z nielegalnych używek odnotowano wysoki wskaźnik dzielenia się sprzętem do iniekcji w trakcie przebywania w zakładzie karnym^{5,6,11,12}. Podczas osadzenia dochodzi do nowych zakażeń, zaś – jak wynika z badań – przeszłość więzienna jest tu niezależnym czynnikiem ryzyka. Częstotliwość występowania infekcji HIV w obrębie systemu penitencjarnego jest 10,8 razy wyższa niż wśród ogółu populacji¹³⁻¹⁵.

Dane krajowe wskazują, że liczba więźniów w Stanach Zjednoczonych wzrasta, a systemowi sprawiedliwości podlega – w więzieniu (w oczekiwaniu na proces lub po skazaniu) bądź na zwolnieniu warunkowym – 2,4 % populacji¹⁶. Od 1990 roku nastąpił 72 % wzrost w liczbie osób pozbawionych wolności, z czego około 23 % dorosłych – za przestępstwa związane z narkotykami (posiadanie, handel itd.)^{13,17}. W przeszłości częstotliwość dożylnego zażywania środków odurzających przez więźniów wynosiła od 0,6 do 43,1 % w zakładach penitencjarnych na terenie USA¹³.

Mimo że posiadamy wiedzę na temat różnych ryzykownych praktyk w więzieniach – zwłaszcza wśród osób, które w przeszłości wstrzykiwały sobie narkotyki – nie prowadzono ostatnio w Stanach Zjednoczonych badań na temat zachowań osób wykonujących to w okresie osadzenia w zakładzie karnym. Opisujemy tutaj niebezpieczne, w kontekście HIV, praktyki podczas pozbawienia wolności, zarówno łączące się z czynnościami seksualnymi, jak i z zażywaniem narkotyków oraz używaniem igieł, wśród próby osób aplikujących sobie te substancje dożylnie.

Metody

W okresie od lipca 1997 do marca 1998 roku prowadziliśmy rekrutację wśród klientów Programu Wymiany Igieł (PWI) w Providence w stanie Rhode Island oraz w Codac, Inc., największym programie terapii metadonowej (PTM) w tym stanie, w celu zbadania przydatności usług zdrowotnych w ocenie osób iniekcyjnie zażywających narkotyki (ProMethIUS). Badanie to szczegółowo opisane zostało gdzie indziej¹⁸. Kryteria przyjęcia ograniczyły grupę potencjalnych uczestników do osób, które mówiły po angielsku, miały powyżej 18 lat i w

przeszłości przyjmowały środki odurzające dożylnie (kobietom postawiono jeszcze jeden warunek – nie mogły być w ciąży). Wśród osób wybranych z programu wymiany igieł znalazł się każdy, kto wymieniał je przynajmniej raz w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Jednostki korzystające z programu metadonowego Codac uczestniczyły w terapii stale, przynajmniej przez pół roku przed rekrutacją do badania. Szpital Rhode Island IRB zaaprobował próbę, wszyscy uczestnicy wyrazili świadomą zgodę na udział w niej.

Z powodu anonimowej natury czynności wymiany igieł, klienci programu kierowani byli do innego miejsca badawczego. Podczas wizyty studyjnej wszyscy uczestnicy badania z PWI okazali swoje karty uczestnictwa (otrzymane od koordynatora PWI), poddali się badaniom toksykologicznym moczu (w celu potwierdzenia zażywania heroiny lub kokainy), testowi na obecność przeciwciał anti-HIV przy pomocy Orasure (testu, w którym przeciwciał poszukuje się w ślinie), zaś personel badawczy przeprowadził z nimi 45-minutowy wywiad¹⁹. Osoby rekrutowane z PTM poddawane były próbie na miejscu, w Codac, przeszły takie same wywiady, podobnie jak badanie z wykorzystaniem Orasure. Kwestionariusz zawierał pytania o charakterze demograficznym, a także dotyczące korzystania z usług medycznych, zachowań ryzykownych w kontekście HIV oraz przymusowych pobyków w więzieniu. Osoby, które zakończyły procedurę badawczą otrzymały wynagrodzenie w wysokości 40 dolarów. Informacje zbierane były w osobnych pomieszczeniach przez cztery badaczki z doświadczeniem w prowadzeniu wywiadów.

W toku analizy zebranych wyników, ze zmiennych ciągłych wyciągnięto średnią arytmetyczną, zaś ze zmiennych nominalnych – procenty. Przeprowadzono analizę jednoczynnikową przy pomocy testów Chi-kwadrat i Mests. Dokonano także analiz regresji wielokrotnej, w celu określenia niezależnych związków zachowań ryzykownych w kontekście HIV ze zmiennymi demograficznymi i okresami przebywania w zakładzie karnym.

Wyniki

Z 472 osób poddanych badaniu, 383 (81 %) zgłosiło, że odsiadywało wyrok minimum jeden raz (Tabela 1). Ci, którzy nigdy nie odbywali kary więzienia, wykazali podobieństwo do osób z przeszłością więzienną pod względem miejsca rekrutacji, pochodzenia etnicznego i wykształcenia. Osoby niegdyś pozbawione wolności, w porównaniu z tymi, które nigdy nie były więzione: dłużej zażywały narkotyki (czas ich zażywania w latach – odpowiednio: 17,9 – 12,8), były starsze (38 lat – 35 lat), i z większym prawdopodobieństwem były płci męskiej (65 % – 35 %). Osoby wcześniej osadzone miały również wyższy wskaźnik zakażeń HIV (12 % - 6 %; $p = 0,09^i$).

Dane demograficzne i ryzykowne w kontekście HIV zachowania osób z przeszłością więzienną analizowano pod względem płci (Tabela II). Populacja ta składała się w przeważającej części z mężczyzn (65 %). Nie było istotnych różnic płci, jeżeli chodzi o miejsce rekrutowania uczestników badania, ich wykształcenie, status serologiczny, średnią wieku, czy średni czas zażywania narkotyków. Kobiety z istotnie większym prawdopodobieństwem zamykano w więzieniu tylko raz (32 % - 16 %; $p < 0,001$). Wystąpiły również znaczące różnice między kobietami i mężczyznami w praktykowaniu niebezpiecznych czynności mogących skutkować transmisją wirusa HIV.

W sumie 31 % badanych korzystało z narkotyków podczas przebywania w zakładzie penitencjarnym: 38 % z grupy badanych mężczyzn i 19 % z grupy badanych kobiet (Tabela II). Przy konkretnym pytaniu o zjawisko zażywania środków odurzających w więziennej celi, 15 % badanych odpowiedziało twierdząco (49 % osób, które sięgały tam po narkotyki): 20 % spośród wszystkich poddanych próbie mężczyzn i 6 % – kobiet.

Tatuowanie i zachowania seksualne w zakładzie karnym były mniej powszechne, zgłosiło je odpowiednio 11 % i 3 % badanych (Tabela II). O pierwszej z tych czynności częściej wspominali mężczyźni (15 % - 4 %; $p < 0,001$), nie stwierdzono różnic w aktywności seksualnej zgłaszanej przez mężczyzn i kobiety (5 % - 2 %; $p = 0,41$).

ⁱ p – poziom istotności (przyp. tłum.)

Tabela I. Dane demograficzne badanej próby

	Bez przeszłości więziennej (n = 89)	Osadzenia w więzieniu w przeszłości (n = 383)	P (poziom istotności)	Iloraz szans (95% CI*)
Czas zażywania narkotyków (w latach)	12,8	17,9	< 0,001	
Średnia wieku	35,0	38,3	0,005	
Miejsce rekrutacji				
Program metadonowy	49 (55%)	226 (59%)	0,55	0,87 (0,55-1,38)
Program wymiany igieł	40 (45%)	157 (41%)		
Płeć				
Mężczyźni	31 (35%)	250 (65%)	< 0,001	0,28 (0,18 – 0,46)
Kobiety	58 (65%)	133 (35%)		
Rasa / pochodzenie etniczne				
Rasa kaukaska	72 (81%)	291 (76%)	0,53	1,34 (0,75 – 2,39) ^a
Afroamerykanie	11 (12%)	50 (13%)		
Inni	6 (7%)	42 (11%)		
Wykształcenie				
< Średnie	30 (34%)	144 (38%)	0,69	0,84 (0,52 – 1,37) ^b
Średnie	33 (37%)	142 (37%)		
> Średnie	26 (29%)	97 (25%)		
Status serologiczny				
HIV+	5 (6%)	47 (12%)	0,09	2,33 (0,90 – 6,04)
HIV-	83 (94%)	335 (88%)		

^aIS liczony dla osób: wykształcenie poniżej średniego – wykształcenie powyżej średniego;^bIS liczony dla: rasa kaukaska – inne rasy;

*CI – przedział ufności

Dane zostały stratyfikowane z punktu widzenia ilości przymusowych pobytów w więzieniu (Tabela III). Istotnie więcej kobiet niż mężczyzn odbywało karę tylko raz. 42 % mężczyzn w porównaniu do 27 % kobiet notowało w życiorysie 5 lub więcej okresów pozbawienia wolności. Zażywanie jakichkolwiek narkotyków w trakcie osadzenia częściej zgłaszały osoby więzione więcej niż jeden raz (14 % - 33 %), z podobną różnicą w odnotowywanym iniekcyjnym zażywaniu narkotyków (5 % - 18 %). Problem tatuowania i aktywności seksualnej również częściej poruszały osoby odbywające karę co najmniej dwa razy. Zakażenie wirusem HIV częściej stwierdzano u badanych z więcej niż jednym wyrokiem (14 % - 5 %; $p = 0,02$) w porównaniu z tymi, którzy przebywali w zakładzie zamkniętym tylko raz, z ogólną częstotliwością 12 %.

Tabela II. Dane demograficzne i zachowania ryzykowne u próby osób odbywających w przeszłości karę więzienia (według płci)

	W sumie (n = 383)	Mężczyźni (n = 250)	Kobiety (n = 133)	P (poziom istotności)	Iloraz szans (95%CI*)
Czas zażywania narkotyków (w latach)	16,3	16,3	16,3	0,96	
Średnia wieku	37,1	36,9	37,6	0,48	
Miejsce rekrutacji					
Program metadonowy	224	119 (48%)	67 (50%)	0,67	0,90 (0,59 – 1,36)
Program wymiany igieł	159	131 (52%)	66 (50%)		
Ilość osadzeń w więzieniu					
1	81	39 (16%)	42 (32%)	< 0,001	0,40 (0,24 – 0,66) ^a
2-4	160	105 (42%)	55 (41%)		
5-10	92	69 (28%)	23 (17%)		
więcej niż 11	50	37 (15%)	13 (10%)		
Wykształcenie					
< Średnie	144	97 (30%)	47 (35%)	0,76	1,16 (0,75 – 1,80) ^a
Średnie	142	92 (37%)	50 (38%)		
> Średnie	97	61 (24%)	36 (27%)		
Status serologiczny					
HIV+	47	31 (12%)	16 (12%)	1,0	0,96 (0,51 – 1,83)
HIV-	335	218 (88%)	117 (88%)		
Zachowania ryzykowne					
Zażywanie narkotyków w więzieniu	119	94 (38%)	25 (19%)	< 0,001	0,39 (0,23 – 0,64)
Wstrzykiwanie narkotyków w więzieniu	58	50 (20%)	8 (5%)	< 0,001	0,26 (0,12 – 0,56)
Tatuowanie w więzieniu	42	37 (15%)	5 (4%)	< 0,001	0,22 (0,09 – 0,59)
Seks w więzieniu	12	6 (2%)	6 (5%)	0,35	1,94 (0,61 – 6,31)

^aIS liczony dla: rasa kaukaska – inne rasy;^bIS liczony dla: wykształcenie poniżej średniego – wykształcenie powyżej średniego;

*CI – przedział ufności

Czynności zażywania środków odurzających w więzieniu nie różnicował istotnie status serologiczny (32 % zakażonych w porównaniu do 31 % niezakażonych). Nie było również istotnej różnicy we wstrzykiwaniu narkotyków w zakładzie karnym z uwzględnieniem statusu serologicznego (19 % osób seropozytywnych i 15 % osób seronegatywnych, $p = 0,39$).

Płeć męska i większa ilość przymusowych pobytów w więzieniu były istotnie związane z zażywaniem tam nielegalnych używek. Prawdopodobieństwo, że mężczyźni będą przyjmować narkotyki jakąkolwiek drogą było 2,3 razy większe (95 % CI 1,4-3,8) niż w przypadku kobiet i 3,4 razy większe (95 % CI 1,6-7,6), że będą je sobie aplikować dożylnie, przy kontroli zmiennej częstotliwości osadzeń. Prawdopodobieństwo sięgania po substancje psychoaktywne przez osoby pozbawione wolności więcej niż raz było 3,1 razy większe (95 % CI 1,6-6,2) niż w przypadku pozbawionych wolności jednokrotnie. 3,4 razy większe (95 % CI 1,1-9,9) okazało się prawdopodobieństwo zażywania narkotyków drogą iniekcyjną u osób odsiadujących wyrok więcej niż raz, aniżeli u skazanych na karę więzienia raz, przy kontroli zmiennej płci.

Wnioski

Zdecydowana większość osób przyjmujących narkotyki dożylnie (81 %) notuje w życiorysie kontakt z systemem penitencjarnym. Podobne rezultaty opisane zostały w innych amerykańskich badaniach prowadzonych wśród IDUs¹³. Zachowania ryzykowne (wstrzykiwanie środków odurzających) wśród osób, które były w więzieniu i uczestniczyły w naszym badaniu są podobne do sytuacji odnotowanych w innych próbach amerykańskich, a także w Kanadzie i w Europie. Muller w badaniu IDUs przeprowadzonym w Berlinie odnotował, że 68 % z nich przebywało kiedyś w zakładzie karnym, 48 % zgłaszało dokonywane tam dożylne zażywanie narkotyków; 75 % z tych osób dzieliło się sprzętem do iniekcji, zaś częstotliwość zakażeń HIV wynosiła 18 %¹¹. Niższy odsetek przyjmowania środków odurzających przy użyciu igły i strzykawki w czasie odbywania kary stwierdzono w kanadyjskim Quebec City³. Badania kanadyjskie pokazały, że 9 % mężczyzn i 11 % kobiet dożylnie zażywających substancje psychoaktywne sięgało po nie podczas przymusowego pobytu w zakładzie karnym. W próbie społeczności IDUs z Edynburga, 80 % mężczyzn i 59 % kobiet w przeszłości odsiadywało wyrok, co jest wynikiem podobnym do zamieszczonego w naszym badaniu²⁰.

Tabela III: Dane demograficzne i zachowania ryzykowne ze względu na liczbę pobyków w więzieniu

	Jedno osadzenie w więzieniu (n = 81)	Więcej niż jedno osadzenie w więzieniu (n = 302)	P (poziom istotności)	Iloraz szans (95% CI*)
Miejsce rekrutacji				
Program metadonowy	47 (21%)	177 (79%)		
Program wymiany igieł	34 (21%)	125 (79%)	0,8	0,92 (0,56 – 1,50)
Płeć				
Mężczyźni	39 (48%)	211 (70%)	< 0,001	0,40 (0,24 – 0,66)
Kobiety	42 (52%)	91 (30%)		
Rasa / pochodzenie etniczne				
Rasa kaukaska	7 (9%)	43 (14%)	0,30	1,67 (0,89 – 3,13) ^a
Afroamerykanie	67 (83%)	224 (74%)		
Inni	7 (9%)	35 (12%)		
Wykształcenie				
< Średnie	30 (34%)	144 (38%)	0,69	0,85 (0,51 – 1,42) ^b
Średnie	33 (37%)	142 (37%)		
> Średnie	26 (29%)	97 (25%)		
Status serologiczny				
HIV+	4 (5%)	43 (14%)	0,02	3,21 (1,12 – 9,22)
HIV-	77 (95%)	258 (86%)		
Zachowania ryzykowne				
Zażywanie narkotyków w więzieniu	11 (14%)	108 (33%)	< 0,001	3,56 (1,81 – 7,01)
Wstrzykiwanie narkotyków w więzieniu	4 (5%)	54 (18%)	0,003	4,19 (1,47 – 11,95)
Tatuowanie w więzieniu	3 (4%)	39 (13%)	0,02	0,26 (0,08 – 0,86)
Seks w więzieniu	1 (1%)	11 (4%)	0,47	3,03 (0,39 – 23, 86)

^aIS liczony dla: rasa kaukaska – inne rasy;^bIS liczony dla: wykształcenie poniżej średniego – wykształcenie powyżej średniego;

*CI – przedział ufności

19 % spośród skazanych na przebywanie w więziennej celi, w ciągu ostatnich 6 miesięcy wstrzykiwało sobie tam narkotyki. Osoby pozbawione wolności wiele razy, z prawie pięciokrotnie większym (konkretnie: 4,6 razy większym) prawdopodobieństwem były zakażone wirusem HIV (częstotliwość wyników pozytywnych = 19,7 %). Amerykańskie badanie przeprowadzone w stanie Tennessee ujawniło, że 28 % więźniów zgłaszało wstrzykiwanie niedozwolonych środków w okresie osadzenia⁷. Wskaźnik ten jest wyższy, niż w niniejszym badaniu, jednak wspomniana próba była prowadzona na bardzo wczesnym etapie

epidemii HIV i AIDS, przed rozpowszechnieniem edukacji dotyczącej ryzyka wynikającego z dzielenia się igłami.

Odnotowywane w różnych badaniach odmienne wskaźniki dożywotniego zażywania substancji psychoaktywnych mogą wynikać ze zróżnicowanego dostępu zarówno do samych narkotyków, jak i akcesoriów do ich wstrzykiwania. Mogą także odzwierciedlać różnice w czasie trwania kary. Istnienie niebezpiecznie wysokiego wskaźnika infekcji HIV w więzieniach wydaje się jednak wyraźnie zauważalne, zwłaszcza u osób, które w przeszłości zażywały zakazane substancje drogą iniekcyjną, choć odnotowywane w USA zakażenia wirusem HIV poprzez kontakty seksualne lub dzielenie się igłami są w populacji więźniów niskie²¹⁻²³.

Choć w przeprowadzonym przez nas badaniu nie padło konkretne pytanie o dzielenie się igłami w więzieniu, zakładamy że wskaźnik ten byłby wysoki, biorąc pod uwagę, że dostęp do igieł w amerykańskich zakładach karnych jest w sposób oczywisty ograniczony, a przedstawione wyżej badania odkrywają, że spośród osób, które w czasie odbywania kary wstrzykują sobie narkotyki, większość dzieli się akcesoriami do iniekcji^{3,4,6,9,24}.

Z zaskoczeniem przyjęliśmy wynik, że zaledwie 3,1 % badanej populacji informowało o kontaktach seksualnych w okresie osadzenia. Ten wskaźnik jest zbliżony do odnotowanego w niektórych badaniach europejskich, lecz znacznie niższy, niż ujawniony w próbie w Tennessee, gdzie 18 % osób zgłaszało aktywność seksualną podczas przebywania w więzieniu⁷. Carvell i inni odkryli że 9,5 % więźniów płci męskiej wspominało o kontaktach intymnych w okresach pozbawienia wolności⁴. Jest kilka prawdopodobnych uzasadnień niskiego wskaźnika praktyk seksualnych odnotowanych w naszym badaniu. Po pierwsze, może to być faktyczny odsetek zachowań wśród więźniów. Po drugie, mogą oni nie ujawniać całej aktywności seksualnej podczas odsiadki wyroku, choć próba w naszym badaniu wykazała wysoki procent zażywania narkotyków w więzieniu oraz niedawnych kontaktów intymnych (dane niezamieszczone w niniejszym tekście). Czynnikiem, który może mieć w tym przypadku istotne znaczenie, jest fakt, że wywiady z badanymi przeprowadzały wyłącznie kobiety. Prawdopodobnie też wskaźnik

zachowań seksualnych w zakładzie penitencjarnym jest niższy wśród osób zażywających kiedyś narkotyki drogą iniekcyjną, w porównaniu z tymi, które nie miały takich doświadczeń i były włączone w inne badania związane z więziennictwem.

Różne w przypadku kobiet i mężczyzn wskaźniki zgłaszania więziennej przeszłości oraz zażywania narkotyków w zakładzie karnym, były podobne jak we wcześniejszych badaniach i mogą odzwierciedlać różnice w podejmowaniu zachowań ryzykownych. Fakt, że 38 % mężczyzn i 19 % kobiet deklaruje sięganie po środki odurzające podczas osadzenia, może również odzwierciedlać różną dostępność narkotyków w różnych więzieniach, stopień uzależnienia lub podejmowanie zachowań ryzykownych przed lub w trakcie przebywania w zakładzie karnym.

Ilość okresów pozbawienia wolności i wyższy odsetek wstrzykiwania narkotyków dokonywanego w czasie pozbawienia wolności były ze sobą związane. Częstotliwość wyroków może być wyznacznikiem ryzykownych zachowań i stopnia uzależnienia lub całkowitego czasu spędzonego w celi zakładu zamkniętego. Dłuższe okresy podlegania systemowi penitencjarnemu mogą zwiększać prawdopodobieństwo korzystania z zakazanych używek na terenie tworzących go jednostek. Co więcej, częstsze odsiadywanie wyroku może prowadzić do częstszych powrotów do nałogu, a co za tym idzie – do większego prawdopodobieństwa zażywania narkotyków w więzieniu.

Nasze badania mają kilka ograniczeń. Po pierwsze, uzyskane wyniki są oparte na deklaracjach własnych uczestników i nie mamy żadnych danych na temat długości okresów przebywania w więzieniu. Osoba zatrzymana dwa razy na trzy dni oraz osadzona w więzieniu też dwukrotnie – raz na pięć lat i drugi raz na dwa lata – traktowane były w analizie jako osoby z taką samą ilością osadzeń, choć występują pomiędzy nimi poważne różnice w „ekspozycji” na warunki więzienne (6 dni – 7 lat). Nie mamy również możliwości zweryfikowania samego faktu przebywania w zakładzie karnym – choć potencjalnie nie ma powodu do podawania przez badanych nieprawdziwych informacji – ani też ilości przymusowych pobyków w celi. Dlatego postanowiliśmy analizować przeszłość badanych według podziału na tych, którzy trafili do

więzienia raz i na tych, których osadzono więcej niż raz. Nie dowiadaliśmy się również o częstotliwość sięgania po narkotyki w zakładzie penitencjarnym. Ponadto nasza populacja badawcza może różnić się od grupy osób zażywających je drogą iniekcyjną z innych regionów lub od lokalnych IDUs, którzy nie uczestniczą w programach wymiany igieł czy terapii metadonowej. Nie mamy także danych dotyczących czasu trwania okresów osadzenia oraz czasu korzystania ze środków odurzających. Nie wiemy przede wszystkim, czy ktoś z badanych po raz pierwszy zetknął się z narkotykami podczas odsiadki wyroku. W jednej z prób przeprowadzanych w Szkocji stwierdzono, że 6 % badanych więźniów po raz pierwszy w życiu wstrzyknęło sobie narkotyki właśnie w trakcie przebywania w zakładzie karnym²⁵.

Mimo podejmowanych przez instytucje korekcyjne prób przeciwdziałania zażywaniu substancji psychoaktywnych w więzieniach, zachowanie to ciągle jest tam na porządku dziennym. Zidentyfikowano kilka czynników, związanych z przyjmowaniem nielegalnych używek i dzieleniem się igłami w zakładzie karnym:

- 1) przerwanie stosowania metadonu z chwilą znalezienia się w więzieniu
- 2) starszy wiek
- 3) większa ilość okresów pozbawienia wolności
- 4) dłuższe wyroki
- 5) płeć męska²⁵

Osoby wstrzykujące sobie narkotyki są w stanie zmienić swoje zachowania i ograniczyć dzielenie się igłami oraz zmniejszyć ryzyko zakażenia się wirusem HIV, zarówno w więzieniu jak i poza jego murami^{26,27}. Należy jednak pamiętać o tym, że może również nastąpić odwrotny proces^{11,28}.

W 1994 roku Światowa Organizacja Zdrowia zaapelowała o wprowadzanie w zakładach karnych programów wymiany igieł w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa HIV²⁹. Rada Europy (1986) i WHO namawiają do rozważenia dystrybucji wśród więźniów

prezerwatyw oraz jednorazowych strzykawek i igieł²⁹. Jednak zaleceń tych jak dotąd nie wprowadzono w życie na szeroką skalę. Inne formy przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom zażywania narkotyków w więzieniach, takie jak terapia metadonowa i leczenie odwykowe, mogą zyskać większą akceptację³⁰. Ze względu na znaczące ryzyko wzrostu ilości infekcji wirusem HIV oraz ich wysoką częstotliwość w gronie osadzonych, działania te zasługują na naukowe zbadanie wszelkich związanych z nimi aspektów.

Badanie było realizowane przy pomocy NIDA-RO1-DA-10567

Przypisy

- ¹ Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, Klein RS, Davenport K, Rogers M, Feiner C, Friedland G, *Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users*, N Eng J Med 1989; 321:874–879
- ² Des Jarlais DC, Friedman SR, Choopanya K, Vanichseni S, Ward TP, *Internal epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users*, AIDS 1992; 6:1053–1058
- ³ Dufour A, Alary M, Poulin C, Allard F, Noel L, Trottier G, Lepine D, Hankins C, *Prevalence and risk behaviors for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City*, AIDS 1996; 10:1009–1015
- ⁴ Carvell ALM, Hart GJ, *Risk behaviors for HIV infection among drug users in prison*. BMJ 1990; 300:1383–1384
- ⁵ Stark K, Muller R, Wirth D, Bienzle U, Pauli G, Guggenmoos-Holzmänn I, *Determinants of HIV infection and recent risk behavior among injecting drug users in Berlin by site of recruitment*. Addiction 1995; 90:1367–1375
- ⁶ Taylor A, Goldberg D, Emslie J, Wrench J, Gruer L, Cameron S, Black J, Davis B, McGregor J, Follett E, *Outbreak of HIV in a Scottish prison*. BMJ 1984; 310:289–292
- ⁷ Decker MD, Vaughn WK, Brodie JS, Hutcheson RH Jr, Schaffner W, *Seroepidemiology of hepatitis B in Tennessee prisoners*. J Inf Dis 1984; 150:450–459
- ⁸ Bird AG, Gore SM, Burns SM, Duggie JG, *Study of infection with HIV and related risk factors in young offenders' institution*. BMJ 1993; 307:228–231
- ⁹ Lamothe F, Bruneau J, Coates R, Rankin JG, Soto J, Arshinoff R, Brabant M, Vincelette J, Fauvel M, *Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection in injection drug users in Montreal and Toronto: A collaborative study*. Can Med Assoc J 1993; 149:945–951
- ¹⁰ Mutter RC, Grimes RM, Labarthe D, *Evidence of intraprisson spread of HIV infection*. Arch Intern Med 1994; 154:793–795
- ¹¹ Müller R, Stark K, Guggenmoos-Holzmänn I, Wirth D, Bienzle U, *Imprisonment: A risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users*. AIDS 1995; 9:183–190

- ¹²Dye S, Isaacs C, *Intravenous drug misuse among prison inmates: Implications for the spread of HIV* BMJ 1991; 302:1506
- ¹³Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichtner RR, Kennedy MG, *HIV prevention in prisons and jails: Obstacles and opportunities*. Public Health Rep 1994; 109:615–625
- ¹⁴Vlahov D, Brewer F, Munoz A, Hall D, Taylor E, Polk BF, *Temporal trends of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection among inmates entering a statewide prison system, 1985–1987*. J Acquir Immune Defic Syndr 1989; 2:283–290
- ¹⁵Vlahov D, Brewer TF, Castro KG, Narkunas JP, Salive ME, Ullrich J, Munoz A, *Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to US correctional facilities*. JAMA 1991; 265:1129–1132
- ¹⁶CDC, *HIV prevention in US correctional system*, 1991. JAMA 1992; 268:23–24
- ¹⁷Gilliard D, Beck A, Bureau of justice statistics. *Prison and Jail Inmates at Midyear, 1997*. Waszyngton: Departament Sprawiedliwości Stanów Zjednoczonych; 1998
- ¹⁸Stein MD, Hanna L, Natarajan R, Clarke J, Marisi M, Sobota M, Rich J, *Alcohol use patterns predict high risk HIV behaviors among active injection drug users*. J Sub Abuse Treatment 2000;18:359–363
- ¹⁹Gallo D, George JR, Fitchen JH, Goldstein A, Hindahl MS, *Evaluation of a system using oral mucosal transudate for HIV-1 antibody screening and confirmatory testing*. JAMA 1997; 277:254–258
- ²⁰Davies AG, Dominy NJ, Peters A, Bath GE, Burns SM, Richardson AM, *HIV in injecting drug users in Edinburgh: Prevalence and correlates*. J AIDS 1995; 8:399–405
- ²¹Brewer TF, Vlahov D, Taylor E, Hall D, Munoz A, Polk BF, *Transmission of HIV-1 within a statewide prison system*. AIDS 1988; 2:363–367
- ²²Horsburgh CR, Jarvis JQ, McArthur T, Ignacio T, Stock P, *Seroconversion to human immunodeficiency virus in prison inmates*. Am J Public Health 1990; 80:209–210
- ²³Kelley PW, Redfield RR, Ward DL, Burke DS, Miller RN, *Prevalence and incidence of HTLV-III infection in a prison*. JAMA 1986; 256:2198–2199
- ²⁴Power KG, Markova I, Rowlands A, McKee KJ, Anslow PJ, Kilfedder C, *Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons*. Br J Addiction 1992; 87:35–45
- ²⁵Bird AG, Gore SM, Cameron S, Ross AJ, Goldberg DJ, *Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barlinnie*. AIDS 1995; 9:801–808
- ²⁶Booth RE, Watters JK, *How effective are risk-reduction interventions targeting injection drug users?* AIDS 1994; 8:1515–1524
- ²⁷Shewan D, Reid M, Macpherson A, Davies JB, *HIV infection in prisons: Most drug injectors stop injecting on entry to prison*. BMJ 1995; 310:1264–1265
- ²⁸Shewan D, Gemmell M, Davies JB, *Behavioral change among drug injectors in Scottish prisons*. See Sci Med 1994; 39:1585–1586
- ²⁹WHO, *Global program on AIDS: WHO guidelines on HIV & AIDS in prisons*. World Health Organization/Global Program on AIDS, Genewa, 1993
- ³⁰Dolan K, Wall W, Wodak A, *Methadone maintenance reduce injecting in prison*. BMJ 1996; 312:1163

Autorzy są pracownikami Departamentu Medycyny i Zdrowia Społecznego w Szkole Medycyny Uniwersytetu Brown w Providence, Rhode Island

* Korespondencja powinna być kierowana na adres:

Division of General Internal Medicine,

Rhode Island Hospital,

593 Eddy Street,

Providence, Rhode Island 02903,

USA

e-mail: michael-stein@brown.edu

Substance Abuse 22, no.4 (2001); 209 – 16

Przedruk za zgodą.

Birma i Kambodża: niepokoje społeczne, prawa człowieka i rozprzestrzenianie się wirusa HIV

Chris Beyrer

Działalność aktywistów na rzecz praw człowieka związanych z AIDS, którzy podzielają orientację głównego nurtu tego ruchu, koncentruje się na widocznych i celowych działaniach rządu zagrażających prywatności, wolności i ochronie jednostki przed dyskryminacją. Zaniedbywane są jednak takie zobowiązania wobec konwencji praw człowieka, z których wynika prawo do opieki zdrowotnej, społecznej czy poprawy respektowania i ochrony praw człowieka w wyniku współpracy międzynarodowej¹.

Stworzony na potrzeby pierwszych kampanii profilaktycznych w Stanach Zjednoczonych slogan głosił: „AIDS nie dyskryminuje”. Niestety, dziś już wiemy, że jest to tylko częściowo zgodne z prawdą. Bo ta choroba jednak *d y s k r y m u j e*. Wiadomo już że tam, gdzie życie społeczne pełne jest chaosu, biedy i naruszeń praw człowieka, HIV rozprzestrzenia się bardzo szybko². Najwyraźniej daje się to zauważyć w najbiedniejszych i najbardziej nękanym sporadycznie zakątkach świata, ale nie tylko tam. Ta smutna prawda odnosi się również do ubogich populacji w państwach bogatych – na przykład w Stanach Zjednoczonych, gdzie wirus HIV nadal towarzyszy biedzie i niepokojom społecznym³.

Dyskusja na temat problemów związanych z HIV i AIDS oraz prawami człowieka koncentruje się głównie na ochronie dotkniętych chorobą jednostek lub grup przed naruszaniem ich praw^{4,5}. Znacznie

mniej badawczej uwagi poświęca się związkowi między warunkami politycznymi i społecznymi w kontekście naruszania praw człowieka i rozprzestrzeniania się wirusa HIV. Czy istnieją dowody sugerujące, że konflikty i niepokoje społeczne mogą powodować wyjątkową podatność niektórych narodów czy grup społecznych na rosnący zasięg występowania HIV⁶? Jeżeli tak, może się okazać, że profilaktykę HIV i AIDS oraz programy ich kontroli trzeba będzie skoncentrować na propagowaniu praw człowieka na terenach rozdartych konfliktami o charakterze narodowym, etnicznym czy politycznym. Nieuwzględnianie tej problematyki prowadzić może do porażki programów kontroli epidemii HIV i AIDS.

Badania i strategie profilaktyczne związane z HIV i AIDS w dużym stopniu skupiają się na zachowaniu jednostki i podatności grup na ryzyko zakażenia się HIV^{7,8}. Klasycznym podmiotem analizy jest człowiek i jego ryzyko infekcji wirusem. Trendy w grupach ryzyka określa się na podstawie zachowań prowadzących do serokonwersji i dokonuje uogólnienia na większe populacje. Podejście to ma swoje zalety (rygor, precyzja, łatwość analizy), lecz również głębokie ograniczenia. Zadaniem epidemiologii jest wskazywanie drogi i najistotniejszych aspektów działań profilaktycznych. Jeśli czynniki o charakterze politycznym i społecznym utrudniają prowadzenie profilaktyki lub ułatwiają rozprzestrzenianie się wirusa HIV, logiczne wydaje się włączenie tej problematyki w badania i programy interwencyjne. Tymczasem takie aspekty rzadko brane są pod uwagę w publikacjach w literaturze medycznej na temat zdrowia publicznego⁹.

Południowo-wschodnia Azja

Południowo-wschodnia Azja jest jednym z regionów najbardziej dotkniętych przez nagły rozwój HIV, mimo że na tym obszarze nastąpił on relatywnie późno¹⁰. Aż do końca lat osiemdziesiątych w Tajlandii, Birmie i Malezji wykrywano tylko sporadyczne przypadki infekcji wirusem. Jednak już w latach 1990-91 odnotowano w Tajlandii eksplozję zakażeń w populacji osób heteroseksualnych, w Birmie zaś wśród osób iniekcyjnie zażywających narkotyki (IDUs)¹¹. Mniej więcej w

latach 1992-93 w Kambodży nastąpił podobny wzrost infekcji wśród osób świadczących usługi seksualne i ich klientów¹². W 1996 roku w Tajlandii liczbę przypadków zakażeń HIV szacowano na 750.000-900.000, w Birmie na ok. 500.000, zaś w Kambodży (której ludność liczy zaledwie 7 milionów osób) – między 50.000 a 90.000¹³. Sposób, w jaki władze Tajlandii zareagowały na rosnący problem transmisji wirusa HIV jest imponujący, a efekty prowadzonych działań coraz lepiej udokumentowane^{14,15}. Dane naukowe wskazują na gwałtowny spadek liczby nowych infekcji, chorób przenoszonych drogą płciową i zachowań ryzykownych w kontekście HIV¹⁶. Niestety, sąsiadujące z Tajlandią Birma i Kambodża nie mogą pochwalić się podobnymi osiągnięciami. Dla zrozumienia zjawiska ciągłego rozprzestrzeniania się wirusa w tych dwóch krajach kluczowe jest przeanalizowanie ich polityki, procesów społecznych i poszanowania praw człowieka. Zarówno w Birmie jak i w Kambodży naruszenia na tym gruncie odgrywają kluczową rolę w lawinowym rozprzestrzenianiu się wirusa HIV.

Birma: konflikt bez końca

Od chwili uniezależnienia się od Wielkiej Brytanii w 1949 roku w Birmie trwa wojna domowa. Kraj jest rządzony przez wojskowych od zamachu stanu w 1962 roku. „Droga Birmy do socjalizmu” w wykonaniu generała Ne Wina spowodowała izolację i zubożenie państwa i ogołociła system opieki zdrowotnej ze zdobyczy, które czyniły ten kraj jednym z najlepiej rozwiniętych pod względem medycznym w Azji¹⁷. Wojskowa junta krytykowana była wielokrotnie przez Organizację Narodów Zjednoczonych za powszechne łamanie praw człowieka i surowe ograniczenia wolności obywatelskich. Wiele powstań ludności (w tym studentów) przeciwko reżimowi Ne Wina i Państwowej Rady Przywrócenia Ładu i Porządku (SLORC) zostało brutalnie zdławionych przez władze¹⁸. Efektem ostatniego większego powstania w 1988 roku były jednak powszechne wybory, które odbyły się dwa lata później. Zdecydowanie wygrała je Krajowa Liga na rzecz Demokracji (NLD) pod przewodnictwem laureatki Pokojowej Nagrody Nobla Daw Aung San Suu Kyi. Junta odmówiła jednak respektowania tych wyników

i uwięziła, wypędziła lub innymi sposobami próbowała uciszyć nowo wybrane władze¹⁹. Mimo licznych porozumień o zawieszeniu broni z grupami etnicznymi walczącymi z juntą w latach 1995-96, Birma nadal pozostaje w stanie wojny domowej, zaś sytuacja praw człowieka w latach 1996-97 nadal się pogarszała²⁰.

Pierwsze programy badań przesiewowych na obecność HIV wprowadzono w Birmie w 1985 roku²¹. Do roku 1988, kiedy to odkryto pierwszy przypadek wirusa w stolicy kraju – Rangunie²² – nie odnotowano żadnych zakażeń. Dostępne dane, mimo skromnej dokumentacji badań sugerują, że od tamtej pory HIV rozprzestrzeniła się zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich, wśród większości grup etnicznych oraz w obrębie populacji do tej pory traktowanych jako grupy niskiego ryzyka, takich jak pacjenci klinik prenatalnych czy honorowi dawcy krwi²³. Narodowy Birmański Program AIDS (NAP), przy pomocy danych szacunkowych wyprowadzonych z badań metodą sentinel, oświadczył, że do 1995 roku w kraju tym miało miejsce 350.000-400.000 zakażeń. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że jest ich nieco więcej (dokładne spisy ludności nie były prowadzone od momentu uzyskania niepodległości; do 1995 roku szacowano wielkość populacji Birmy na 43 miliony mieszkańców)^{24,25}.

Jak i dlaczego doszło do katastrofy w dziedzinie zdrowia publicznego? Birma jest jednym z najważniejszych producentów opia-tów i eksporterem 40-60 % światowej produkcji heroiny²⁶. Od momentu przejęcia władzy przez SLORC w 1988 roku stała się także znaczącym konsumentem heroiny²⁷. Obecnie NAP szacuje, że narkotyk ten zażywa około 1-2 % mężczyzn i 0,5 % kobiet²⁸. We wcześniejszych szacunkach Narodowego Programu, uznanych przez cenzorów wojskowych za niewygodne politycznie, stwierdzono że 4 % mężczyzn sięga po heroinę. Międzynarodowy Program Kontroli Środków Odurzających ONZ (UNDCP) na początku 1994 roku oświadczył, że od 60 do 70 % wszystkich wstrzykujących sobie narkotyki w Birmie zakażonych jest wirusem HIV²⁹. Podane w raporcie wskaźniki częstotliwości infekcji były wysokie wśród IDUs w kilku dużych miastach: 74 % w Rangunie, 84 % w Mandalaj i 91 % w Myitkyina, stolicy stanu Kaczin przy granicy z Chinami³⁰.

W Birmie heroina jest relatywnie tania, bardzo czysta i szeroko dostępna. Doprowadziło to do rozwoju „herbaciarnianej” kultury zażywania tego narkotyku. Profesjonalni „wstrzykiwacze” pracujący na zapleczu herbaciarni aplikują dawki heroiny do 50 uzależnionym osobom dziennie. Z igieł korzysta się do momentu aż stępieją na tyle, że uniemożliwia to przekłucie skóry. Na obszarach wiejskich, osoby przyjmujące narkotyki dożylnie same przygotowują sobie prymitywny sprzęt do iniekcji, z którego bardzo często korzystają inni³¹. Posiadanie lub używanie igieł i strzykawek nie przepisanych przez lekarza jest nielegalne, a kary są surowe³² – może to być więzienie, przymusowa praca lub przymusowa detoksykacja. „Leczenie” uzależnienia od narkotyków oparte jest na modelu więziennym, zaś posiadanie zakazanych używek karze się pozbawieniem wolności. Osoby przebywające w zakładach karnych nie mają dostępu do metadonu³³.

Rozprzestrzenianie się wirusa HIV w populacji osób iniekcyjnie zażywających narkotyki nie powstrzymują granice geograficzne. Największy odsetek zakażeń w Chinach występuje w sąsiadującej z birmańskimi stanami Kaczin i Szan – prowincji Yunnan³⁴. W 1994 roku w granicznym dystrykcie Ruili, przebiegającym przez stan Kaczin, 62 % IDUs było zainfekowanych wirusem. Większość z nich to osoby z największych grup etnicznych w Birmie: Kaczin i Wa³⁵. Sytuacja na granicy Birmy z Indiami jest podobna – w stanie Manipur mówi się obecnie o jednej z największych eksplozji wirusa w Indiach³⁶. W birmańskim stanie Czin testowanie w kierunku HIV rozpoczęto dopiero w 1995 roku, choć przygraniczne „epidemie” zażywania heroiny i transmisji HIV sugerują poważne zagrożenia dla zdrowia publicznego.

Kryzys polityczny w Birmie niesie za sobą również inne konsekwencje sprzyjające rozprzestrzenianiu się wirusa HIV. Nieustająca wojna domowa na obszarach zamieszkiwanych przez mniejszości etniczne, zwłaszcza w dużym stanie Szan, doprowadziła do powszechnych nadużyć praw człowieka wobec jego mieszkańców – Szanów, takich jak wykorzystywanie przez wojsko kobiet i mężczyzn do przymusowej pracy (zazwyczaj w charakterze tragarzy)^{37,38}. Brutalność warunków życia i wysoka śmiertelność (z powodu złego odżywiania, wyczerpania, pobić i chorób zakaźnych, szczególnie malarii i biegunek) wśród

niewolniczych tragarzy zmusiły duże grupy kobiet i mężczyzn z tej grupy etnicznej do szukania schronienia i pracy w Tajlandii. Utrata mężczyzn, którzy przyłączają się do oddziałów rebeliantów lub zostają zmuszeni do ciężkiej pracy fizycznej powoduje, że wiele kobiet zostaje bez mężów, braci i ojców. Nierzadkie są doniesienia o gwałtach dokonywanych przez oddziały SLORC³⁹, równie często rekrutuje się kobiety i dziewczęta do pracy w tajskim „przemysle” seksualnym⁴⁰. Prawie 40 % kobiet oferujących swe usługi w domach publicznych północnej Tajlandii to Szanki⁴¹. Wskaźnik zakażeń HIV wśród nich wynosi od 40 do 60 %⁴². Status nielegalnych imigrantek powoduje, że ich prawa są bardzo ograniczone. Strach przed aresztowaniem i deportacją prawdopodobnie przyczynia się do niezdolności szukania opieki i wiedzy na temat wirusów wywołujących AIDS i inne choroby przenoszone drogą płciową. Wiele z nich nie umie czytać i pisać, większość bardzo słabo mówi po tajsku. Mimo że łamanie praw człowieka wobec tej grupy – niewolnictwo, gwałty i molestowanie fizyczne – jest w Tajlandii dobrze udokumentowane⁴³, Szanki nadal tam przyjeżdżają, podobnie jak pozostałych 500.000 nielegalnych pracowników pochodzących z Birmy. Dobrze obrazuje to rozmiar biedy i przemocy w ich ojczystym kraju⁴⁴. Chociaż niski poziom edukacji i brak dostępu do profilaktyki HIV przyczyniają się do wysokiego ryzyka infekcji wirusem, właściwą przyczyną ich podatności może być panujący w Birmie chaos społeczny.

Innym skutkiem sytuacji politycznej, który znacznie upośledza możliwości uporania się z epidemią HIV i AIDS, jest utrata lekarzy wskutek aresztowań, osadzeń w więzieniu i emigracji. Osoby z wyższym wykształceniem ucierpiały szczególnie, albowiem to przede wszystkim studenci (zwłaszcza medycyny i pielęgniarstwa) popierali w 1988 roku ruch demokratyczny⁴⁵. Wielu aktywistów ze środowiska studenckiego zginęło, inni trafili do więzienia, zaś ci, którzy uniknęli aresztowania zmuszeni zostali do szukania azylu w Tajlandii lub Indiach, gdzie liczni spośród nich pozostali do dziś.

Fakt, że junta kontroluje wszystkie materiały edukacyjne, jest kolejnym czynnikiem wpływającym na wysokie wskaźniki zakażeń wirusem HIV. Kampanie prowadzone przez SLORC niosą pewne przesłania na temat AIDS, ograniczają się jednak do tablic reklamowych oznajmia-

jących, że „AIDS zabija”. Środki profilaktyczne i przekazy z zakresu redukcji szkód praktycznie nie istnieją. System więzienny nie zezwala na dystrybuowanie jakichkolwiek materiałów edukacyjnych, w tym również traktujących o profilaktyce HIV i AIDS. SLORC wydaje zezwolenia na działanie organizacji pozarządowych, dzięki czemu w pełni kontroluje ich powstawanie. Niewielka liczba tych organizacji sprawia, że zapanowanie nad HIV i AIDS oraz opieka nad jej ofiarami stają się w Birmie bardzo utrudnione. Jest kwestią oczywistą, że włączanie grup ryzyka i społeczności dotkniętych problemem w działania jest kluczowe dla skutecznej kontroli HIV i AIDS⁴⁶. Angażowanie zainteresowanych osób stanowi jednak zagrożenie dla reżimów totalitarnych, takich jak SLORC. Nie należy zapominać, że birmański ruch demokratyczny, który przytłaczającą większością wygrał wybory w 1990 roku, opierał się na udziale społeczności lokalnych.

Choć Birma, jako kraj słabo rozwinięty, potrzebować będzie międzynarodowej pomocy, by sprostać eskalacji problemów związanych z HIV i AIDS, wewnętrzny kryzys polityczny najprawdopodobniej pozostanie główną przeszkodą dla prowadzenia profilaktyki w tym zakresie oraz opieki nad osobami zainfekowanymi i chorymi. Przypominające błędzenie próby uporania się z epidemią nie mają szans powodzenia z uwagi na polityczne, społeczne i ekonomiczne przyczyny tragedii rozgrywającej się w obszarze zdrowia publicznego.

Kambodża: Koszty społecznego chaosu

Kambodża należy do tych krajów azjatyckich, w których epidemia HIV i AIDS rozwija się najszybciej⁴⁷. Przypisuje się to w znacznym stopniu kontaktom seksualnym, krwi, produktom krwiopochodnym, a także zabiegom medycznym⁴⁸. Narodowy Kambodżański Komitet Zapobiegania AIDS szacuje, że około 2 % dorosłych obywateli jest zainfekowanych HIV⁴⁹. Wskaźnik zakażeń wirusem wśród dawców krwi w stolicy kraju Phnom Penh wzrósł z 0,076 % w 1991 roku do 3,62 % w 1994⁵⁰.

Mimo bodaj największych w historii wysiłków ze strony ONZ oraz znaczących dotacji międzynarodowych i wsparcia organizacji pozarzą-

dowych, Kambodża pozostaje w stanie wojny⁵¹. Obalenie Pol Pota przez Wietnamczyków w 1978 roku doprowadziło do wybuchu powstania Czerwonych Khmerów, którzy stanowili zagrożenie dla miejscowego rządu. Obecnie ponad dwie trzecie dochodów państwa przeznaczają się na prowadzenie wojny⁵². Kraj zmaga się także z problemem powrotu prawie 400.000 uchodźców, z których wielu nie może dotrzeć do swoich domów z powodu walk bądź dużej ilości min przeciwpiechotnych. Ewidentne łamanie praw człowieka, takie jak morderstwa przywódców opozycyjnych, dziennikarzy i aktywistów społecznych, wciąż jest na porządku dziennym. W środowisku opanowanym przez biedę, wysiedlenia, załamanie funkcjonowania instytucji społecznych i zniszczenie więzi rodzinnych, wirus HIV rozprzestrzenia się bardzo szybko.

W ciągu każdego miesiąca od 6 do 10 milionów min przeciwpiechotnych zabija lub okalecza w Kambodży około 400 osób⁵³. Rany powodują konieczność natychmiastowych operacji chirurgicznych, które często wymagają transfuzji krwi. Jej dostawy nie są jednak w pełni bezpieczne. Wiele stosowanej do zabiegów chirurgicznych krwi pochodzi od zawodowych dawców, którzy stwarzają wysokie ryzyko transmisji wirusa HIV⁵⁴. Zagrożenie potęguje fakt, że od czasu zamordowania przez Czerwonych Khmerów większości miejscowych specjalistów w latach 1975-78, w kraju kształci się bardzo niewielu lekarzy⁵⁵. Kambodża, podobnie jak Birma, desperacko pragnie odbudować potencjał ludzki oraz zapewnić profilaktykę, leczenie i opiekę dla osób żyjących z HIV.

Jak wynika z doniesień, wzrasta skala procederu handlu kobietami i dziewczętami z populacji Khmerów, które sprzedawane są do przybytków „przemysłu” seksualnego^{56,57}. Ze względu na rzadkie stosowanie prezerwatyw, dochodzi wśród nich do licznych zakażeń wirusem HIV. Według kambodżańskiego Human Rights Task Force, gwałtownie rośnie przymusowa prostytucja i przemoc fizyczna, a także wskaźniki gwałtów i zabójstw dokonywanych na kobietach.

Istnieją dowody, że obecność Tymczasowej Administracji ONZ w Kambodży (UNTAC) przyczyniła się do nagłej transmisji wirusa HIV w tym kraju. Władze lokalne szybko zaczęły obwiniać UNTAC o wzrost infekcji wirusem, choć jest to najprawdopodobniej duże uproszczenie. Tym niemniej nie ulega wątpliwości, że międzynarodowe siły

utrzymujące porządek (składające się przede wszystkim z młodych mężczyzn) spowodowały dramatyczne zwiększenie popytu na usługi seksualne. Po latach biedy i izolacji, nagły napływ gotówki był ogromną zachętą dla wielu kobiet (oraz właścicieli i „menadżerów” domów publicznych) do zajęcia się handlem usługami seksualnymi. Organizacje pozarządowe pracujące z kobietami uprawiającymi prostytucję przed i w trakcie okresu rządów UNTAC donoszą, że w czasie misji pokojowej ONZ podwoiły one średnią liczbę klientów (z 5 do 10 w ciągu jednej nocy)⁵⁸.

Wojskowi z niektórych krajów niewątpliwie przyjechali na misję już zakażeni wirusem HIV. Inni jednak w y j e c h a l i z Kambodży zainfekowani. Badania powracających do Urugwaju i Stanów Zjednoczonych zakażonych żołnierzy UNTAC pokazały, że większość z nich stała się nosicielami podtypu E wirusa HIV, który występuje przede wszystkim w Azji południowo-wschodniej i w Afryce środkowej^{59,60}.

Skutki dla społeczności Khmerów były katastrofalne. W ich kulturze w zasadzie nie zezwala się na powrót do społeczeństwa kobietom, które sprzedawały usługi seksualne. Znaczna część spośród tych, które trafiły do domów publicznych w czasie misji UNTAC, nie ma teraz możliwości normalnego funkcjonowania. Tymczasem wraz z rozwojem azjatyckich przedsiębiorstw w Kambodży, miejsce żołnierzy zajmuje nowa fala klientów. Większość nowych przybytków rozkoszy w tym kraju zdobią obecnie szyldy w językach chińskim, japońskim, koreańskim i tajskim⁶¹.

Stolica Phnom Penh to nie jedyne miasto, w którym taka sytuacja ma miejsce. Pracownicy organizacji „Lekarze bez granic” pracujący z osobami komercyjnie świadczącymi usługi seksualne w nadrzecznym mieście Siem Riep (12.000 mieszkańców) szacują, że każdego dnia prostytuuje się tam około 400 osób. Korzystanie z prezerwatyw należy do rzadkości, większość kobiet musi przyjmować klientów, którzy odmawiają ich stosowania. W mieście działa również Międzynarodowy Czerwony Krzyż, niosąc pomoc ponad 38.000 powracających uchodźców. Wielu z nich to wysiedleńcy, których nadzieja na powrót do domu i dawnych zajęć gaśnie. Kobiety i dziewczęta z tej grupy są często ofiarami handlarzy ludzkim towarem. Personel Czerwonego Krzyża

donosi, że w tej prowincji profilaktyka HIV widnieje na samym końcu listy priorytetów. Na czele zaś znajdują się: żywność, warunki mieszkaniowe, unikanie min przeciwpiechotnych, znalezienie pracy i zakończenie wojny. Biorąc pod uwagę onieśmiałą listę niezaspokojonych potrzeb, profilaktyka HIV (np. kupowanie prezerwatyw) faktycznie może wydawać się luksusem.

Dyskusja

Birma i Kambodża nie sąsiadują ze sobą geograficznie, a ich najnowsza historia ma niewiele punktów stycznych. Łączy je jednak kultura polityczna, którą wyznacza przemoc i korupcja ze strony państwa, nieustająca wojna domowa, powstania oraz lawinowo rosnąca, bardzo świeża „epidemia” zakażeń wirusem HIV.

Chociaż czynniki seksualne, behawioralne oraz związane z zażywaniem narkotyków odgrywają w epidemiologii i profilaktyce HIV ważną rolę, więcej uwagi należy poświęcić realiom politycznym i społecznym napędzającym rozwój wirusa i utrudniającym jego kontrolę. Bez działań na rzecz zapewnienia stabilizacji społecznej i poszanowania praw człowieka, interwencje adresowane do konkretnych grup docelowych (np. promowanie używania prezerwatyw) mogą okazać się nieskuteczne.

Niepokoje społeczne to nie tylko cywilne ofiary wojny, lecz również podatny grunt dla bardziej złożonych konsekwencji zdrowotnych. Wśród krajów, w których represje polityczne i brak wewnętrznej stabilizacji ułatwiają rozprzestrzenianie się wirusa HIV, znajdują się Uganda, Demokratyczna Republika Kongo (dawny Zair), Rwanda, Burundi i Haiti. Także Birma i Kambodża zaliczają się do tej niefortunnej kategorii. Nie należy się temu dziwić: nawet w czasie pokoju kraje te cierpią na poważne deficyty zasobów ludzkich – brakuje ludzi, którzy mogliby zająć się prowadzeniem polityki zdrowia publicznego. W większości przypadków rządy są niekompetentne lub skorumpowane, zaś prześladowania mniejszości, intelektualistów i dziennikarzy są na porządku dziennym. Jednak w obszernej literaturze na temat HIV i AIDS zbyt rzadko uwzględnia się realia polityczne w dyskusji na temat epidemiologii, podatności i przeszkód stojących na drodze profilaktyce⁶².

Publikuje się badania, według których w rozdartych wojnami krajach afrykańskich niepraktykowanie obrzezania u mężczyzn ułatwia rozprzestrzenianie się wirusa HIV. Mniej wzmianek dotyczy ograniczeń nakładanych na wolną prasę przez cenzurę, rozpowszechnionych i niezagrożonych karą gwałtów popełnianych na kobietach, czy trwonienia międzynarodowych dotacji przez nieudolnych lub przekupnych przedstawicieli władz. Miarą ryzyka w literaturze z dziedziny zdrowia publicznego tradycyjnie jest wyłącznie zachowanie jednostek, nawet tam, gdzie systemy społeczne są oczywistą przeszkodą dla działań ograniczających ryzyko.

Biednym krajom w ich walce z HIV i AIDS oferuje się wspieranie rozwoju i pomoc techniczną. Jednak programy te wspomagają również reżimy i ich przywódców, zwłaszcza poprzez przyznawanie im międzynarodowego mandatu. Akceptowanie takich form sprawowania rządów to umacnianie sytuacji społeczno-politycznej, która prowadzi do intensywnego rozprzestrzeniania się wirusa HIV. Birmańska junta, aktywnie poszukująca poparcia międzynarodowego, wyliczyła ostatnio na forum ONZ agendy międzynarodowe i organizacje pozarządowe, które współpracują z nią między innymi w dziedzinie programów HIV i AIDS⁶³. Naukowcy i eksperci od spraw profilaktyki mogą walczyć o ustanowienie standardów etycznych dla swoich projektów w krajach takich jak Birma, nie zmienia to jednak faktu, że mamy w nich do czynienia z jeszcze większymi problemami natury etycznej i humanitarnej. Jak stwierdziła Aung San Suu Kyi, wspieranie reżimu w jakikolwiek sposób jest z gruntu nieetyczne.

Środowisko osób zajmujących się zdrowiem publicznym ma na uwadze prawa człowieka. Troska ta ogranicza się tradycyjnie do takich zagadnień, jak etyka testowania w kierunku HIV i poradnictwo w tym zakresie, przestrzeganie procedury wyrażania świadomej zgody, dyskryminacja, poufność, izolacja i zamykanie w więzieniach osób zakażonych HIV, dostępność leczenia oraz prawa osób badanych. Wspomniane problemy doczekały się już opasłych tomów opracowań naukowych⁶⁴. Jednak parametry te mogą okazać się zbyt wąskie i mieć niewielki faktyczny wpływ na aktualną sytuację do czasu zbadania szerszego kontekstu praw człowieka w programach zdrowia publicznego.

Na przykład w Birmie odmawia się obywatelom prawa do wolności słowa, prawa głosowania, gromadzenia się, prawa do stowarzyszania się i do wolnej prasy, nie wolno im również krytykować junty i jej polityki⁶⁵. Niesłuszne aresztowania, zamykanie w więzieniu bez procesu, pozasądowe egzekucje i tortury są faktami udokumentowanymi⁶⁶. Czy w związku z tym można interweniować na rzecz praw osób chorych na AIDS, nie biorąc pod uwagę realiów praw człowieka w reżimie totalitarnym? Ujmując to inaczej: czy od ciała politycznego, ustanawiającego takie prawa i prowadzącego właśnie taką, a nie inną politykę, można oczekiwać poszanowania praw ludzi żyjących z HIV czy bez HIV lub prowadzenia skutecznych programów dotyczących HIV i AIDS?

Do poruszania kwestii rosnących wskaźników transmisji wirusa w krajach rozdartych wojną domową może być konieczne stworzenie nowego paradygmatu rozumienia związku między problemami zdrowia publicznego i rzeczywistością polityczną⁶⁷. Niewątpliwie pomoc humanitarna i sztywne standardy etyczne zaangażowania międzynarodowego mają znaczenie priorytetowe. Niezbędne jest również włączenie praw człowieka i rzeczywistości politycznej danego kraju w debaty i analizy na gruncie zdrowia publicznego. W 1996 roku na spotkaniu krajów Azji i Pacyfiku poświęconemu AIDS wzywano do odpolitycznienia tej choroby. Może należy nawoływać do zupełnie odwrotnej strategii: uznania i prób przeciwdziałania kluczowemu wpływowi rzeczywistości społeczno-politycznej na dynamikę rozwoju HIV i AIDS oraz innych chorób. Dla wielu krajów może nie być skuteczniejszej metody zapobiegania HIV, niż poszanowanie praw człowieka, których początek jest znakiem nastania pokoju.

Przypisy

- ¹ J. Mann, D. Tarantola, T. Netter (Red.), *AIDS in the World, A Global Report*, Cambridge, Harvard University Press, 1992.
- ² R. Cohen, L. S. Wiseberg, *Double jeopardy—Threat to Life and Human Rights. Discrimination Against Persons with AIDS*, Cambridge, Human Rights Internet, Harvard Law School, 1990.
- ³ J. A. Kelly, D. A. Murphy, C. D. Washington, i in., *The Effects of HIV i AIDS Intervention Groups for High-Risk Women in Urban Clinics*, American Journal of Public Health, 84 (1994):1918–1922.

- ⁴ Panos Institute, *The 3rd Epidemic. Repercussions of the Fear of AIDS*, Londyn, The Panos Institute, 1990.
- ⁵ C. MacKinnon, *Crimes of War, Crimes of Peace, W: On Human Rights, The Oxford Amnesty Lectures 1993*, Nowy Jork, Basic Books, 1993.
- ⁶ Panos Institute, zob. przypis 4.
- ⁷ C. Beyrer, S. Eiumtrakul, D. Celentano, i in., *Same-Sex Behavior, Sexually Transmitted Diseases, and HIV Risks Among Young Northern Thai Men*, *AIDS* 9 (1995):171–176.
- ⁸ C. Beyrer, C. Khamboonruang, C. Natpratan, i in., *Incident HIV and STDs in Direct and Indirect Commercial Sex Workers (CSWs) in Thailand*, Dziesiąta Międzynarodowa Konferencja nt. AIDS, Jokohama, 7-12 sierpnia 1994.
- ⁹ Ibidem.
- ¹⁰ A.R. Soerono, *The HIV i AIDS Situation in the World, and in South-East Asia*, prezentacja w czasie Technicznych Konsultacji dotyczących Informacji na temat Przemieszczania się Populacji i HIV i AIDS, Bangkok, 24-25 maja 1995.
- ¹¹ B.G. Weniger, Y. Takebe, C.Y. Ou, S. Yamazaki, *The Molecular Epidemiology of HIV in Asia*, *AIDS* 8 (1994) dodatek 2
- ¹² P. Tia, i in., *The Epidemiology of HIV in Cambodia*, Dziesiąta Międzynarodowa Konferencja nt. AIDS, Jokohama, 7-12 sierpnia 1994. Abstrakt PC0621.
- ¹³ Ibidem.
- ¹⁴ K.E. Nelson, C. Beyrer, S. Eiumtrakul, C. Khamboonruang, N. Wright, *HIV prevalence and reduction in risk behavior among young men in northern Thailand*, prezentacja ustna podczas Trzeciej Międzynarodowej Konferencji na temat AIDS w rejonie Azji i Pacyfiku, Chiang Mai, Tajlandia, 17–21 września 1995. Abstrakt B307.
- ¹⁵ R. Hanenberg, W. Rojanapithayakorn, P. Kunasol, D. Sokal, *Impact of Thailand's HIV-Control Programme as Indicated by the Decline of Sexually Transmitted Diseases*, *Lancet* 344 (1994):243–45.
- ¹⁶ Ibidem.
- ¹⁷ B. Lintner, *Burma in Revolt; Opium and Insurgency Since 1948*, Bangkok, White Lotus, 1995.
- ¹⁸ Ibidem.
- ¹⁹ Raport na temat Sytuacji Praw Człowieka w Birmie, przygotowany przez Specjalnego Sprawozdawcę, Yozo Yokota, stosownie do rezolucji 1995/72 Komisji Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka UNHR, Genewa, ONZ, 5 lutego 1996.
- ²⁰ Ibidem.
- ²¹ S. Soe, P.P. Win, A.K. Zaw, i in., *Some Characteristics of Hospitalized HIV Seropositive Patients in Myanmar*, *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health* 24 (March 1993):1.
- ²² M.T. Htoon, H.H. Lwin, K.O. San, i in., *HIV i AIDS Situation in Myanmar*, *AIDS* 8 (1994):suppl. 2.
- ²³ *Out of Control; the HIV i AIDS Epidemic in Burma. Special Report*, The Southeast Asian Information Network. Chiang Mai, Tajlandia, grudzień 1995.
- ²⁴ Roczny Raport Programu Profilaktyki i Kontroli AIDS, Birma 1991, Yangon, Disease Control Programme, Department Zdrowia, 1995.

- ²⁵ A.R. Soerono, zob. przypis 10.
- ²⁶ Słowo wstępne, *Burma's Heroin Deal*, *Boston Globe*, 27 listopada 1995.
- ²⁷ G. Stimson, *HIV Infection and Injecting Drug Use in the Union of Myanmar*, Międzynarodowy Program Narodów Zjednoczonych do spraw Kontroli Środków Odurzających (United Nations International Drug Control Programme), Wiedeń, 9 lutego 1994.
- ²⁸ Departament Zdrowia, Birma, zob. przypis 24.
- ²⁹ G. Stimson, zob. przypis 27.
- ³⁰ Ibidem.
- ³¹ Southeast Asian Information Network, zob. przypis 23.
- ³² G. Stimson, zob. przypis 27.
- ³³ Southeast Asian Information Network, zob. przypis 23.
- ³⁴ Y. Zeng, *The Working Situation of Controlling and Preventing AIDS in China*, prezentacja na Chińskim Międzynarodowym Sympozjum na temat AIDS, Pekin, 1-4 grudnia 1995.
- ³⁵ W. Zunyou, R. Detels, Z. Jiangpeng, i in., *Risk Factors for Intravenous Drug Use and Sharing of Equipment Among Young Male Drug Users in Southwest China*, prezentacja na Chińskim Międzynarodowym Sympozjum na temat AIDS, Pekin, 1-4 grudnia 1995.
- ³⁶ B.G. Weniger i in., zob. przypis 11.
- ³⁷ Human Rights Watch/Asia, *Human Rights in Burma in 1991*, Vol. 4 Nr 24, wrzesień 1992.
- ³⁸ Amnesty International, *Myanmar: Conditions in Prisons and Labor Camps*, Amnesty Special Announcements 16/22/95, wrzesień 1995.
- ³⁹ Y. Yokota, zob. przypis 19.
- ⁴⁰ Asia Watch, *A Modern Form of Slavery, Trafficking of Burmese Women and Girls into Brothels in Thailand*, Nowy Jork, Human Rights Watch, 1993.
- ⁴¹ J. Pollock, *EMPOWER*, rozmowa prywatna, Chiang Mai, Tajlandia, grudzień 1995.
- ⁴² J. Gray, *The Social and Sexual Mobility of Young Women in Rural Northern Thailand-Khon Muang and Hilltribes*, praca przedstawiona podczas pierwszych Warsztatów na temat Społeczno-Kulturalnych Wymiarów Kontroli i Leczenia HIV i AIDS, Chiang Mai, Tajlandia, styczeń 1994.
- ⁴³ Asia Watch, zob. przypis 40.
- ⁴⁴ Królewskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Tajlandii, 1994. Cytowane przez G. Risser, *Population Movements in South-East Asia*, Azjatyckie Centrum Badań Migracji, Uniwersytet Chulalongkorn, Bangkok.
- ⁴⁵ B. Lintner, zob. przypis 17.
- ⁴⁶ J. Mann i in., zob. przypis 1.
- ⁴⁷ T. Brown, *HIV and AIDS in Asia: Japan Conference Review*, *AIDS Care* 7(1) (1995):71-76.
- ⁴⁸ T. Sirisanthana, *Focus on Southeast Asia*, *AIDS in Developing Countries* 2 (1995):87-90.
- ⁴⁹ R. Kongkea, *AIDS Victims on the Rise*, *Phnom Penh Post*, 3 kwietnia 1996.

⁵⁰ P. Tia, zob. przypis 12.

⁵¹ M. Bedford, *Cambodia—Still Waiting for Peace, Indochina Interchange*, Boston, Oxfam, 1995.

⁵² Ibidem.

⁵³ Courtesy of Land Mines Advisory Group, Phnom Penh, kwiecień 1996.

⁵⁴ Cambodian Women's Development Association, rozmowa prywatna, Phnom Penh, kwiecień 1996.

⁵⁵ D. P. Chandler, *A History of Cambodia*, 2 wyd., Boulder, Westview, 1993.

⁵⁶ B. Chanthou, Grim Picture of Women's Lot, *Phnom Penh Post*, 1 czerwca 1995.

⁵⁷ A. Sherry, M. Lee, M. Vatikiotis, *For Lust or Money*, The Far Eastern Economic Review, Hong Kong, 14 grudnia 1995.

⁵⁸ Cambodian Women's Development Association, rozmowa prywatna, Phnom Penh, kwiecień 1996.

⁵⁹ A. W. Artenstein, J. Coppola, A.E. Brown, i in., *Multiple Introductions of HIV-1 Subtype E into the Western Hemisphere*, Lancet 346 (1995):1198–1199.

⁶⁰ S. K. Brodine, J.R. Mascola, P.J. Weiss, i in., *Detection of Diverse HIV-1 Subtypes in the United States*, Lancet 346 (1995):1199–1200.

⁶¹ A. Sherry i in., zob. przypis 57.

⁶² J. Mann i in., zob. przypis 1.

⁶³ Odpowiedź SLORC (State Law and Order Restoration Council) na raport Specjalnego Sprawozdawcy, Yozo Yokota, stosownie do rezolucji 1995/72 Komisji Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka, Genewa, ONZ, 5 lutego 1996.

⁶⁴ N.J. Nusbaum, *Public Health and the Law: HIV Antibody Status and Employment Discrimination*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2 (1989):103–06.

⁶⁵ Human Rights Watch/Asia, zob. przypis 37.

⁶⁶ Y. Yokota, zob. przypis 19, oraz Amnesty International, zob. przypis 38.

⁶⁷ J. Mann, *Human Rights and New Public Health*, Health and Human Rights 1(3) (1995):229–233.

Chris Beyrer jest dyrektorem Fogarty International AIDS Training Program w Szkole Higieny i Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Johna Hopkinsa w Baltimore.

Przedruk z *Health and Human Rights*, 2:4 (1998), za zgodą Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health. Copyright © 1998, President and Fellows of Harvard College

Część 4

Prawa człowieka w projektowaniu polityki i programów redukcji szkód

Wstęp

Ostatnią część książki stanowi przegląd konkretnych programów, w których w nadrzędny cel jakim jest skuteczne powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa HIV wkomponowano działania z zakresu zdrowia publicznego i praw człowieka. Większość skutecznych strategii powstała raczej wśród dotkniętych wirusem społeczności lokalnych niż w rządowych gabinetach twórców polityki czy specjalnie powołanych komisjach. Programy przedstawione w tej części – podejście oparte na prawach pracowniczych wśród osób sprzedających usługi seksualne, wymiana igieł i strzykawek, terapia metadonowa i organizowanie społeczności osób zażywających narkotyki – to właśnie wynik ściśle ukierunkowanych działań społeczności lokalnych. Choć w prezentowanych podejściach występuje wiele elementów wspólnych, czytelnik powinien zwrócić uwagę na znaczenie kontekstu lokalnego w kształtowaniu konkretnego planu działania. Różne społeczności osób zażywających narkotyki – czy to w poszczególnych krajach, czy wśród różnych segmentów populacji – mogą mieć różne potrzeby. Wszystkie cztery artykuły dotyczą podejścia opartego na redukcji szkód, przedstawiając konkretne poszczególne rozwiązania praktyczne.

W „Refleksjach o Sonagachi” Peter Newman pisze o opartym na prawach pracowniczych podejściu do profilaktyki HIV wśród osób sprzedających usługi seksualne w Indiach. Do końca lat 90-tych około 80–95 % nosicieli HIV w metropoliach tego kraju stanowiły osoby prostytuujące się. Biorąc pod uwagę różnorodne czynniki społeczno-polityczne i osobiste, składające się na podatność tych osób, koncepcja ma na celu wzmacnianie ludzi z „przemysłu” seksualnego poprzez pracę jednocześnie na poziomie jednostkowym, grupowym i strukturalnym. Osiągnięte rezultaty są godne pozazdroszczenia: Kalkuta, w której prowadzony jest projekt Sonagachi, ma obecnie o wiele niższe wskaźniki zakażeń HIV wśród osób sprzedających usługi seksualne, niż inne miasta Indii.

Istotne miejsce wśród programów redukcji szkód zajmuje wymiana sprzętu do iniekcji. W tekście „Igły, strzykawki i prawa człowieka” Grzegorz Wodowski prezentuje podstawowe założenia i cele prowadzenia takich programów. Wychodząc od teorii i przedstawiając konkretne szkody wynikające z używania wspólnych igieł i strzykawek, autor przechodzi do opisu realizacji programów wymiany w praktyce. Wskazuje zarówno na pozytywne skutki prowadzenia tych programów (na przykład profilaktyka zakażeń wirusem HIV i wirusami zapalenia wątroby), jak i na logiczne uzasadnienie prowadzenia takich programów. Wodowski wskazuje podstawowe metody prowadzenia programów wymiany, jak również problemy związane z ich prowadzeniem, na przykładzie Polski, ze szczególnym uwzględnieniem programu prowadzonego w Krakowie.

Kolejną alternatywą redukcji szkód jest terapia metadonowa. Robert Newman w artykule „Uzależnienie i metadon z punktu widzenia Amerykanina”, opisuje historię leczenia metadonowego w Stanach Zjednoczonych. Pokazuje, że nawet po trzydziestu latach sukcesów tej terapii, większość twórców polityki nie uznała jeszcze jej skuteczności. Przeważająca część Amerykanów zażywających heroinę nie ma dostępu do leczenia metadonowego.

Kolejny tekst, „Organizowanie społeczności osób zażywających narkotyki w redukcji szkód i wojnie z narkotykami” Matthew Curtisa, dotyczy roli jaką mogą odegrać osoby iniekcyjnie zażywające środki odurzające w reformowaniu i tworzeniu nowej polityki i programów narkotykowych. Autor przygląda się sukcesom, jakie w przeszłości osiągnęły organizacje tych osób w angażowaniu różnych grup – twórców polityki, policji, innych osób zmagających się z problemem narkotyków – w kreowanie skutecznych programów redukcji szkód. Curtis utrzymuje, że włączenie osób zażywających środki odurzające w planowanie i wdrażanie działań ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju profilaktyki HIV/AIDS i respektowania praw człowieka.

Refleksje o Sonagachi

— programie profilaktyki HIV dla kobiet
oferujących usługi seksualne w Zachodnim
Bengalu (Indie)

Dr Peter A. Newman

Indie zajmują drugie miejsce, po Republice Południowej Afryki, pod względem liczby osób żyjących z HIV i AIDS, z około 4 milionami zakażonych wirusem (UNAIDS 2002b). Tym niemniej liczba infekcji HIV w tym kraju pozostaje względnie niska: szacuje się ją na około 1 % (UNAIDS 2002b). Biorąc jednak pod uwagę częstotliwość zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową (STD) na poziomie 5 % w skali roku (NACO 2002), intensywnie rosnące wskaźniki nowych przypadków HIV mogą przypisać o zawrót głowy (Narodowa Rada Wywiadu 2002; UNAIDS 2002a). Zgodnie z tymi przewidywaniami, Indie wymienia się jako jeden z pięciu krajów na świecie, w których HIV i AIDS stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa narodowego (Gellman 2000, Narodowa Rada Wywiadu 2002).

Wczesne doniesienia na temat sytuacji HIV i AIDS w Indiach (ok. 1986 roku) dotyczyły przede wszystkim kobiet sprzedających usługi seksualne na południu kraju (Simoes i in., 1987). Wirus szybko rozprzestrzeniał się wśród nich w metropoliach; do końca lat dziewięćdziesiątych szacowano, że 80-95 % spośród seropozytywnych w największych miastach Indii to osoby świadczące usługi seksualne (Gangakhedkar 1998, Venkataramana & Sarada 2001). W chwili obecnej wskaźnik zakażeń wirusem HIV wynosi 50 % i więcej wśród tej populacji w Delhi, Pune i Chennai (Gangakhedkar 1998, NACO 1999, UNAIDS 2002b). Jednak w Kalkucie, wrotach Złotego Trójkąta (przez który przechodzi

wiele dróg krajowych) i mieście z rozległą dzielnicą czerwonych latarni, poziom infekcji wśród trudniących się prostytucją szacowany jest na ok. 11,9 % (UNAIDS 2002b). Ten szokujący kontrast wydaje się być efektem modelowego programu profilaktyki HIV, który zainicjowano w Kalkucie w roku 1991: projektu Sonagachi.

Znany jest on na całym świecie – między innymi dzięki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i publikacji w *New York Times* (Dugger 1999) – za sprawą innowacyjnego podejścia do problematyki zdrowia publicznego (np. Jana 1996, Jana i in., 1998). Podstawą Sonagachi są prawa pracownicze. Oferowanie usług seksualnych postrzegane jest jak każda inna praca, zaś osoby zarabiające w ten sposób – jako świadczące ważne usługi dla społeczeństwa. Przysługują im więc prawa pracownicze: ochrona przed przemocą, nękaniami, chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz innymi zagrożeniami o charakterze zawodowym i zdrowotnym. Projekt Sonagachi to przedsięwzięcie doktora Smarajit Jana, którego doświadczenie w zakresie medycyny pracy pomogło ukształtować początkową wizję programu.

Sposób, w jaki te na pierwszy rzut oka nieskomplikowane, lecz jakże rewolucyjne (w wielu rozwiniętych krajach, a co dopiero w Indiach!) propozycje praw pracowniczych przełożone zostały na działania w formie projektu Sonagachi, może stanowić cenną lekcję dla innych społeczeństw, szczególnie w obliczu problemu HIV i AIDS.

Prostytucja

Postrzeganie prostytutki jako zawodu jest założeniem koniecznym, aby osoby funkcjonujące w „przemyśle” seksualnym zaaprobowwały podejście do profilaktyki HIV oparte na prawach pracowniczych. Jednak status usług seksualnych to zagadnienie złożone i szeroko kwestionowane, głównie ze względu na tradycyjne zakazy i nakazy religijne, etyczne i prawne. Należy również pamiętać, że nawet dla autorów feministycznych jest to problem kontrowersyjny: kilku z nich (np. Brown 1999, Pateman 1999) wysunęło przekonujące argumenty przeciw traktowaniu prostytutki jak kolejnej profesji. Jako kliniczny pracownik społeczny i psycholog zdrowia oraz osoba, która zajmowała się

pacjentami z urazami wynikającymi z wykorzystywania seksualnego i przemocy, sam mam ambiwalentny stosunek do stawiania znaku równości między oferowaniem usług seksualnych i innymi zawodami. Jednak na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat widziałem zarówno spustoszenie dokonane przez HIV i AIDS, jak i wiele strategii profilaktycznych w krajach rozwiniętych i rozwijających się. Mam więc w sobie dużo sympatii do podejścia znanego powszechnie jako „redukcja szkód”. Projekt Sonagachi i stawianie prostytutki na równi z innymi profesjami rozumiem właśnie w kontekście strategii profilaktyki HIV, opartej na ograniczaniu negatywnych konsekwencji. Ponadto przez ponad dwa lata moim zadaniem było wprowadzanie i nadzorowanie Sonagachi, ze szczególnym uwzględnieniem ewaluacji skuteczności tego projektu.

Redukcja szkód

Ograniczanie szkód jest wynikiem ewolucji profilaktyki HIV w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Początkowo najważniejsze było minimalizowanie ryzyka zakażenia wirusem i skutków wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie (Des Jarlais 1995, Springer 1991). Zamiast wymagania od IDUs natychmiastowego zaprzestania używania narkotyków albo samodzielnego stawiania czoła zagrożeniu HIV (zwłaszcza w kontekście niedostatku programów leczenia uzależnienia od środków odurzających), podejście oparte na ograniczaniu szkód proponowało im uczestnictwo w działaniach edukacyjnych na temat dróg transmisji wirusa i sposobów uniknięcia infekcji. Samo wstrzykiwanie sobie substancji psychoaktywnych nie prowadzi do zakażenia HIV. Jednak dzielenie się igłami i innymi akcesoriami jest bardzo skutecznym sposobem przekazywania wirusa. Informowanie IDUs o czyszczeniu strzykawek, dystrybucja środków dezynfekujących oraz udostępnianie czystego sprzętu do iniekcji przyczyniły się do tego, iż w kilku miastach na świecie nie doszło do nowych zakażeń wśród osób aplikujących sobie narkotyki dożylnie (Des Jarlais 1995, Paone i in., 1995). Podejście oparte na redukcji szkód to również walka o dostępność programów leczenia uzależnień i zachęcanie IDUs do korzystania z nich, jako kolejnego kroku na drodze minimalizowania szkód.

Tak więc zamiast stawiania równań: „wstrzykiwanie narkotyków = AIDS” oraz „zaprzestanie wstrzykiwania = zapobieganie AIDS” jako jedynych możliwych opcji, podejście redukcji szkód stwarza ludziom okazję do przeniesienia swojego zachowania na niższy poziom ryzyka. Osoby zażywające narkotyki mogą je sobie wstrzykiwać w sposób bezpieczniejszy, wyraźnie zmniejszający ewentualność zakażenia wirusem HIV (i HCV). Oczywiście iniekcyjne zażywanie substancji psychoaktywnych powoduje także inne zagrożenia, których nie zmniejsza stosowanie czystych strzykawek, jednak skutecznie minimalizuje przenoszenie się HIV, który zawsze niesie za sobą wysoką zachorowalność i śmiertelność.

Sonagachi z założenia nie ma być programem redukcji szkód. Jest raczej silnie związany z koncepcją *empowerment*ⁱ i ideą sprawiedliwości społecznej. Ogólnie rzecz biorąc, strategia ograniczania negatywnych skutków pozostaje związana z zażywaniem narkotyków. Nie ma jednak żadnego powodu, dla którego nie można by jej zastosować wobec innych grup ludzi i zagrożeń zdrowotnych, takich jak zakażenie HIV na drodze kontaktów seksualnych. Co ważne, *empowerment* i redukcja szkód nie wykluczają się nawzajem: w rzeczywistości mogą się doskonale dopełniać. Jednym z najważniejszych założeń (i powodów skuteczności) ograniczania złych konsekwencji jest respektowanie prawa jednostki do samostanowienia. Wartość ta jest również rdzenną podstawą *empowerment*. Osoba, którą wyposażono w narzędzia do podejmowania samodzielnych decyzji, będzie w stanie o wiele lepiej dbać o własne zdrowie i unikać infekcji wirusem.

W wielu modelach zapobiegania rozprzestrzenianiu się HIV, w większości skupiających się na poziomie zmiany zachowania jednostki, najważniejsze jest tkwiące u podstaw, lecz nie zawsze uświadamiane, założenie, że każda osoba ma wystarczająco dużo szacunku dla samej

ⁱ *Empowerment* (ang.) – termin bez dosłownego polskiego odpowiednika. Oznacza włączanie grup docelowych (zwłaszcza grup podatnych, marginalizowanych, dyskryminowanych) w działania na rzecz poprawy własnej sytuacji, których kluczowym elementem jest promowanie procesu mobilizacji wspólnych zasobów, rozwój umiejętności niezbędnych do aktywnego kształtowania własnej przyszłości, pogłębianie świadomości praw człowieka itd. (*to empower* – uprawnianić kogoś do zrobienia czegoś, umożliwić komuś coś). (przyp. tłum.)

siebie, poczucia własnej wartości i woli życia, by mieć motywację do chrońnięcia się przed wirusem. W ramach projektu Sonagachi rozprowadza się prezerwatywy i informuje o chorobach przenoszonych drogą płciową. Równie ważną częścią działań jest to, że umożliwia się pacjentom wzmocnienie ich samooceny, nabranie szacunku do siebie i szukanie oparcia w samym sobie. Edukowanie prostytutkiujących się kobiet na temat odpowiedniego zabezpieczania się, stanowi środek do celu programu, którym jest – obok redukcji szkód – ograniczanie bezpośrednich skutków w postaci HIV i STD. Charakteryzowanie prostytutki jako profesji nie wyklucza tworzenia nowych możliwości utrzymywania się dla tych spośród kobiet, które dokonają takiego wyboru i są w stanie wcielić go w życie. Nieszczerze i niestosownie byłoby z jednej strony mówienie im, że są ważne i potrzebne, a z drugiej przekonywanie, że sposób, w jaki zarabiają na życie jest haniebnym, bądź też skupianie się tylko i wyłącznie na sposobach odwiedzenia ich od prostytutki.

Na poziomie osobistym, wpisanie projektu Sonagachi w ramy redukcji szkód pomogło mi pozbyć się zastrzeżeń, jakie miałem wobec bezwarunkowego zrównywania prostytutki z innymi zawodami.

Co więcej, jako biały mężczyzna ze Stanów Zjednoczonych, pracujący głównie z Hinduskami w dobrze zorganizowanym i osadzonym w lokalnych realiach programie profilaktycznym, od początku przyjąłem postawę osoby słuchającej i rozumiejącej, a nie arogancko doradzającej czy krytykującej.

Metoda Sonagachi

Celem Sonagachi jest wzmocnienieⁱ kobiet sprzedających usługi seksualne przez jednoczesną pracę na poziomie indywidualnym, grupowym i strukturalnym. Poszczególne kobiety traktowane są jako potencjalne czynniki zmiany w ich własnym życiu i w życiu społeczności w których funkcjonują. Efektem programu są również zmiany na poziomie strukturalnym, ułatwiające wzrost oraz wzmocnienie jednostki i grupy.

ⁱ Jako polskie odpowiedniki angielskiego terminu *to empower* (zob. przypis na poprzedniej stronie) w tekście będą występować terminy „wzmocnić” lub „umożliwić” (przyp. tłum.).

Różne sposoby *empowerment* wzmacniają się nawzajem, w miarę jak same objęte programem kobiety przyjmują na siebie nowe role i odpowiedzialność za zarządzanie programem i podejmowanie decyzji.

Empowerment na poziomie jednostkowym

Podstawą Sonagachi są edukatorki środowiskowe. Na początku kobiety które, jak się wydaje, mają zdolności przywódcze i często lepsze wykształcenie niż ich koleżanki, zapraszane są przez pracowników programu do uczestnictwa w warsztatach edukacyjnych. Tematami zajęć są: wirus HIV, choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie im, stosowanie prezerwatyw oraz podstawowa opieka nad osobami z HIV i STD w środowisku, w którym prostytutka traktowana jest jak zawód. Edukatorki uczestniczą również w warsztatach, których część stanowią ćwiczenia z zakresu wzmacniania samooceny i pracy w grupie – czynników równie ważnych, jak zdobywana tam wiedza. Następnie prowadzą działania na ulicach w swoich własnych społecznościach, dzieląc się podstawową wiedzą i umiejętnościami z innymi kobietami oferującymi usługi seksualne. Edukatorki relacjonują swoje poczynania liderkom grup w Sonagachi, które zapewniają informacje zwrotne, ciągłe szkolenie i wsparcie, a także kontrolę jakości ich pracy. Stopniowo coraz więcej kobiet o podobnych co liderki grup środowiskowych cechach, obejmuje się intensywnymi warsztatami z zakresu edukacji środowiskowej, po czym wysyła je do najdalszych ulic dzielnicy czerwonych latarni.

W metodzie edukacji środowiskowej niezwykle istotnym procesem jest modelowanie. Wielu kobietom, które nigdy nie uczestniczyły w formalnych strukturach edukacji i w związku z tym nie umieją czytać ani pisać, oferuje się podstawowe informacje na temat zdrowia i dobrostanu. Znaczna część Hindusek sprzedających usługi seksualne, podobnie zresztą jak reszta społeczeństwa, ma błędne przekonania na temat HIV i sposobów transmisji wirusa (np. stosunek seksualny z dziewczyną działający leczniczo na zakażonego mężczyznę, czy istnienie ryzyka infekcji w kontaktach codziennych). Fakt zaobserwowania podobnych do siebie kobiet, jako uczących się czytać i pisać liderek, którym powierza się odpowiedzialne zadania opłacane przez znaną

i szanowaną organizację pozarządową, jest co najmniej tak ważny, jak zdobycie właściwych informacji. Proces modelowania polega na wzbudzaniu nadziei i pomocy w odnalezieniu w sobie potencjału i jako taki jest niezwykle istotnym mechanizmem *empowerment*. Daje również kobietom poczucie bycia cenioną. Dla osoby, która sądziła dotąd, że jej pozycja w społeczeństwie (kogoś, kto musi tylko zaspokajać potrzeby innych) nie można zmienić, jest to wręcz objawienie. Nie zapominajmy, że działania z zakresu profilaktyki HIV wśród osób sprzedających usługi seksualne, a nawet kobiet w ogóle, początkowo koncentrowały się na ich rolach społecznych jako wektorów infekcji (na mężczyzn), nie traktując ich jako ważnych i cennych konsumentów zdrowia publicznego, do czego mają przecież prawo (ACT UP/NY 1991, Patton 1994).

Innym kluczowym elementem metody Sonagachi jest *conscientization*ⁱ, proces opisany i upowszechniony przez Paolo Freire (1968/1993). Krytyczna świadomość dotyczy postrzegania siebie samego jako części pewnej całości, kontekstu i raczej systemu, niż niezwiązanej z kontekstem strukturalnym ofiarę jednostkowego przeznaczenia (Reed i in. 1997). Co więcej, jednostka nie jest niezmienną częścią ustalonego systemu – zarówno ona, jak i system są elastyczne. Krytyczna świadomość zakłada przyjęcie takiej właśnie struktury myślowej, podejmowanie działań na rzecz zmiany własnej pozycji w systemie, jak również samego systemu. W toku edukacji, modelowania, budowania poczucia własnej wartości oraz nadziei i oczekiwań wobec życia (np.: „Mogę nauczyć się czytać”, „Moje dzieci będą mogły chodzić do szkoły”), osobom oferującym usługi seksualne ułatwia się dążenie do *empowerment*.

Dzięki temu procesowi kobiety nie tylko zaczynają rozumieć HIV i sposoby jego przenoszenia, lecz również rozwijają w sobie coraz większą motywację i zdolność do wprowadzania w życie zasady używania prezerwatyw, czasami w obliczu aktywnego oporu ze strony klientów. W miarę rozwijania krytycznej świadomości uczą się dostrzegać własne prawa i konieczność wymagania stosowania prezerwatywy i przestają

ⁱ Conscientization (ang.) – kolejny termin bez polskiego odpowiednika, który można stosować wymiennie ze stosowanym przez Paolo Freire terminem *critical consciousness* (ang.) – krytyczna świadomość (przyp. tłum.).

przyjmować HIV jako naturalne, zasłużone przeznaczenie osoby sprzedającej usługi seksualne.

Empowerment na poziomie grupowym

Oprócz budowania samooceny i poczucia własnej wartości – opierających się na fakcie, że dana osoba wykonuje pracę w pełnym tego słowa znaczeniu oraz zmianie pozycji z biernego obiektu w czynnik zmiany – stopniowe „zdejmowanie społecznego piętna” z prostytutki silnie oddziałuje na całą objętą projektem grupę. Ogólnie rzecz ujmując, stygmatyzowanie stanowi zaprzeczenie profilaktyki HIV, ponieważ powoduje skutki dokładnie odwrotne od zakładanego *empowerment*. Odstrasza osoby sprzedające usługi seksualne (i każdą inną negatywnie postrzeganą grupę) od spotykania się w miejscach publicznych czy walczenia o własne prawa, gdyż zachowania takie przyciągają uwagę społeczeństwa właśnie na tym poziomie krytycznej oceny i wywołują dezaprobatę a czasem nawet agresję ze strony innych ludzi.

Empowerment na poziomie grupowym zakłada budowanie spójności i poczucia solidarności z innymi kobietami sprzedającymi usługi seksualne. Jednostka może doświadczyć zaangażowania w pełnoprawną walkę o prawa człowieka i sprawiedliwość społeczną dzięki rosnącej samoświadomości, poczuciu dumy i przynależności do grupy, nawet jeśli jest to grupa pozbawiona praw. W ramach Sonagachi zorganizowano kilka spotkań, które zgromadziły liczne grono osób trudniących się prostytutką z całych Indii i podczas których promowano walkę o prawa i sprawiedliwość społeczną. Zebrania te stały się – dla ich uczestników, jak również pracowników projektu – niezastąpionym źródłem dumy i poczucia dokonania czegoś wielkiego i stanowią ważne narzędzie walki ze stygmatyzacją.

Empowerment na poziomie grupowym jest także kluczowym elementem profilaktyki HIV wśród kobiet oferujących usługi seksualne. Nawet jeśli dysponują one odpowiednią wiedzą na temat wirusa i sposobów jego transmisji, a także rośnie w nich poczucie własnej wartości, zawsze obecna jest pokusa finansowa, by zrezygnować z prezerwatywy. Ponadto stawiany przez nie warunek użycia przez klienta zabezpieczenia naraża je na straty finansowe, gdyż mężczyzna może po

prostu zwrócić się z propozycją odbycia stosunku bez zabezpieczenia do innych kobiet. Aby edukacja i profilaktyka HIV działały w praktyce, osoby sprzedające usługi seksualne muszą porozumieć się i stworzyć wspólny front obowiązkowego żądania korzystania przez klientów z prezerwatyw. W końcu ich stosowanie wcale nie zagraża przetrwaniu, a raczej sprzyja zdrowiu fizycznemu i dobrej sytuacji finansowej.

Empowerment na poziomie strukturalnym

Mimo wielkiego znaczenia *empowerment* na poziomie indywidualnym i grupowym, dla wielu osób utrzymanie *status quo* wśród pracowników dzielnic czerwonych latarni w Kalkucie oznacza źródło korzyści. Tak jak w innych częściach świata, większość kobiet zatrzymuje dla siebie mniej (często znacznie mniej) niż połowę zarobionych pieniędzy. Niektóre kobiety sprzedające usługi seksualne w Indiach (*chultrees*) zaangażowane są *de facto* w pewną formę pracy przymusowej i przez lata zarabiają tylko na opłacenie pokoju i wyżywienie. Resztą pieniędzy spłacają właścicielom przybytku dług, by wykupić się z niewoli. Różne ogniwa tego łańcucha – osoby prowadzące domy publiczne, właściciele lokali wynajmowanych w celu ich organizowania, klienci, policja (która często dostaje łapówki), lokalni politycy (którzy mogą przyjmować pieniądze w sposób niebezpośredni) i lokalne grupy przestępcze (kontrolujące liczne aspekty handlu usługami seksualnymi i pobierające opłaty za ochronę) – czerpią korzyści z „przemysłu” seksualnego. Naiwnym byłoby oczekiwanie od jednostek lub grup pozbawionych praw obywatelskich ze względu na biedę, klasę społeczną, seksizm i stygmatyzację, by dokonały przewrotu w całej strukturze władzy, jedynie dzięki procesowi indywidualnego i grupowego *empowerment*. Dlatego oprócz edukacji środowiskowej i budowania solidarności grupowej, Sonagachi włącza się w systematyczny program walki społecznej o zmiany na poziomie strukturalnym.

Na początku dr Jana, szanowany lekarz, zaangażował do pomocy swoich kolegów we władzach samorządowych i administracji zdrowia publicznego i zyskał ograniczone wsparcie dla wizji podejścia nie przymuszającego do profilaktyki HIV i STD w oparciu o model medycyny pracy. Otworzył klinikę dla kobiet świadczących usługi seksualne,

w której traktowane były (niektóre po raz pierwszy w życiu) z szacunkiem i godnością. Zachęcał je do poddawania się testom w kierunku HIV i unikał praktyk przymusowych, których próbowano w Kalkucie wcześniej i wiadomo było, że nie zdają egzaminu. W miarę jak wieści o klinice obiegały metropolię, kobiety przyprowadzały swoje koleżanki, przyjaciółki i dzieci. Co ciekawe, wiele z nich za podstawowy powód trudnienia się prostytutką podawało chęć dbania o zdrowie i lepsze życie dla własnych dzieci. Dr Jana, jako szanowany członek władz samorządowych i środowiska lekarskiego, wykorzystał swój autorytet do zyskania wiarygodności i wsparcia dla programu. Z czasem jego status rozciągnął się na pozbawioną praw grupę i otworzył drzwi do budowania jej wiarygodności. Dyskusyjne jest, czy którakolwiek z osób świadczących usługi seksualne mogłaby mieć wystarczające koneksje i wiarygodność, by samodzielnie zainicjować funkcjonowanie takiego programu. W czasie nieregularnych okresów pracy w Kalkucie w latach 2000-01 nie widziałem nigdy dr Jana na konferencji prasowej bez towarzysztwa kilku kobiet trudniących się prostytutką. Wkrótce stały się one tkanką i głosem Sonagachi.

Kluczem ewolucji procesu *empowerment* jest cedowanie odpowiedzialności na osoby które pierwotnie były klientami programu. Dr Jana pracuje od kilku lat w stolicy Bangladeszu Dhace, gdzie może spokojnie wprowadzać w życie podobną koncepcję, ponieważ projektem Sonagachi w Kalkucie zarządzają obecnie jego pracownicy i wolontariusze – większość z nich stanowią kobiety, które wcześniej utrzymywały się z prostytutki.

Innym aspektem *empowerment* na poziomie strukturalnym są spotkania prowadzone przez pracowników interwencyjnych Sonagachi (wśród których są osoby wykształcone, wywodzące się z wyższych klas społecznych w Indiach) z lokalnymi politykami, policją i właścicielami domów publicznych. W grupie zawsze są też osoby sprzedające usługi seksualne. Ważny element w dążeniu do sukcesu projektu to zyskanie wsparcia kobiet prowadzących domy publiczne, które w hierarchii społecznej znajdują się najbliżej trudniących się prostytutką, a więc podejmują wiele istotnych dla ich życia decyzji. Z punktu widzenia profilaktyki HIV najważniejsze są te, które odnoszą się do używania

prezerwatyw. Na początku funkcjonowania programu, grupy złożone z pracowników interwencyjnych i osób świadczących usługi seksualne prowadziły zajęcia na temat HIV i AIDS dla właścioleek domów publicznych, podczas których tłumaczono, dlaczego w ich własnym interesie leży zatrudnianie zdrowych, niezakażonych HIV pracowników. Działania te kontynuowane są we wszystkich domach publicznych. Niewielka inwestycja w prezerwatywy pozwoli przecież czerpać większe zyski w przyszłości. Właścioleki takich przybytków są kluczowym elementem sukcesu projektu Sonagachi. Wiele z nich kiedyś trudniło się prostytutką, dlatego przeznaczony dla nich program zawiera także elementy budowania solidarności i *empowerment*. Celem, przynajmniej na początku, nie było podważanie władzy tych kobiet, ale szanowanie ich zwierzchnictwa i zdroworozsądkowego podejścia do problemu.

W czasie ewolucji programu grupy pracowników interwencyjnych i pracowników „przemysłu” seksualnego spotykały się również z miejscową policją w celu zyskania jej wsparcia. Aby zdobyć przychylność służb, wykorzystywano swoistą mieszaną działań edukacyjnych, szacunku dla władzy policji i grózb: przecież funkcjonariusze nie chcą setek czy tysięcy protestujących przed posterunkiem pracowników „przemysłu” seksualnego. Sam byłem świadkiem sukcesu tych strategii w czasie tworzenia takiego samego programu w prowincji Północny Bengal. Grupy interwencyjne zwracały się do władz lokalnych jednocześnie stosując działania informacyjne i grożąc sprowadzeniem całego kontyngentu osób świadczących usługi seksualne z „wielkiego miasta” na obszary wiejskie. Lokalni politycy na rolniczych terenach Północnego Bengalu mieli początkowo mieszane uczucia. Jeden z miejscowych burmistrzów, po kilku edukacyjnych wizytach grupy interwencyjnej, zaczął popierać pomysł założenia kliniki dla osób sprzedających usługi seksualne w swojej miejscowości. Ten człowiek zainteresowany był każdym działaniem, które może poprawić zdrowie i dobrostan jego społeczności. Jednak w większości przypadków, we wdrażaniu opartych na modelu Sonagachi programów, bardziej skuteczna okazała się łagodna presja i werbowanie właścioleek domów publicznych.

Wszystkie te elementy strukturalnego *empowerment* dają lokalnym pracownikom z dzielnic czerwonych latarni nowe możliwości

i nadzieję. Zaostrzone egzekwowanie prawa i brutalność policji mogą je tylko odstraszyć od uczestnictwa w jakichkolwiek adresowanych do nich programach, zaś minimalny nawet spadek takich zachowań ze strony władz ułatwia wprowadzanemu programowi zmianę sytuacji na lepsze. Jak dowodzi przykład Sonagachi w Kalkucie, osoby oferujące usługi seksualne stopniowo przeobrażają się w czołowe aktywistki walczące o prawa tej grupy. Na podstawie doświadczeń z początków funkcjonowania programu i sposobu, w jaki ewoluował, można powiedzieć, że wszystkie trzy poziomy *empowerment* umacniają się nawzajem, a poszczególne komponenty i metody zależą od etapu jego rozwoju i regionalnego kontekstu społeczno-politycznego. Początkowo konieczny był znaczny udział liderów i specjalistów z zewnątrz, jednak w miarę ewolucji programu wskazane było przekazanie władzy i odpowiedzialności za podejmowanie decyzji jego klientkom, stosownie do przyjmowania przez nie coraz ważniejszych ról we wdrażaniu projektu i zarządzaniu nim.

Wnioski

Sonagachi w Kalkucie osiągnął ogromny sukces jako stały, 12-letni program profilaktyki HIV, skutkując o wiele niższymi wskaźnikami zakażeń wirusem wśród osób świadczących usługi seksualne, w porównaniu do większości metropolii w Indiach. Należy zdać sobie sprawę, że osiągnięcie takich rezultatów możliwe było dzięki temu, że dr Jana nie miał od początku szczegółowego planu, czy harmonogramu funkcjonowania projektu. Zasada *empowerment*, na której opierał się na wielu płaszczyznach – na poziomie indywidualnym, grupowym i strukturalnym – i leżące u podstaw założenie, że prostytutka jest zawodem w pełnym tego słowa znaczeniu, mogą doskonale funkcjonować w innych środowiskach, jednak szczegółowy sposób rozwoju programu zależy w dużej mierze od kontekstu lokalnego. Różne społeczności osób świadczących usługi seksualne (w różnych krajach lub na terenie tylko jednego państwa) mogą mieć nieporównywalne potrzeby i oczekiwania, wobec projektów takich jak Sonagachi. Budowanie zaufania i trwałych związków emocjonalnych między prostytuującymi się kobietami

i pracownikami prowadzącymi program oraz szczere poświęcenie się idei przekazania pierwotnym podmiotom interwencji – osobom świadczącym usługi seksualne – większej odpowiedzialności za podejmowanie decyzji, wydają się decydującymi elementami sukcesu Sonagachi.

Teraz, po ponad dziesięciu latach funkcjonowania programu, wprowadzono kasę kredytową dla osób oferujących usługi seksualne. Paradoksalnie, chociaż prostytutka nadal jest w Indiach nielegalna, wspólna kasa kredytowa zapewnia im nisko oprocentowane pożyczki na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej lub na nieplanowane wydatki. My sami prowadząc uniwersytecki program badawczy korzystaliśmy z kasy kredytowej, by płacić ekipie z Indii za wprowadzanie naszego wspólnego projektu. Nikt nie podejrzewał wtedy, że w 1991 roku stanie się on częścią Sonagachi. Nie jest to również imperatyw przy próbach wdrażania takich strategii w innych częściach Indii czy w Bangladeszu. W Kalkucie jednak stał się on ważnym mechanizmem wsparcia profilaktyki HIV i *empowerment*. Uwzględniając fakt, że dla wielu kobiet podstawową motywacją do pracy jest zapewnienie potomstwu godziwych warunków życia, nawet najlepiej wyedukowane z nich mogą godzić się na stosunek bez prezerwatywy w sytuacji, gdy dziecko jest chore i potrzebne są środki finansowe na jego leczenie. Teraz w takich chwilach kobiety mogą po prostu pożyczyć pieniądze, a także oszczędzać na wypadek zaistnienia takich sytuacji w przyszłości. Poleganie na sobie także w aspekcie ekonomicznym jest kolejnym znaczącym składnikiem *empowerment*. Co więcej, chociaż Sonagachi daje jasne przesłanie, że prostytutka to rodzaj profesji i że osoby utrzymujące się dzięki niej są wartościowymi członkami społeczeństwa, kobiety mają też możliwość odkrywania w sobie i rozwijania innych talentów, tak jak w strategii redukcji szkód. Jeśli pracująca w dzielnicy czerwonych latarni osoba zechce otworzyć małą firmę wyrabiającą plecione kosze, w kasie oszczędnościowej może negocjować pożyczkę oprocentowaną tak, jak dla innych obywateli Indii i nie musi więcej korzystać z usług lichwiarzy ze zorganizowanych grup przestępczych.

I wreszcie, kolejnym ważnym, choć często pomijanym aspektem *empowerment* jest świętowanie, które stanowi formę pozytywnego wzmocnienia sukcesu. W ciągu ostatnich pięciu lat rozwinęła się

kulturalna część Sonagachi (*Komal Gandhar*). W jej ramach poprzez taniec i śpiew oddaje się cześć osobom pracującym w „przemysle” seksualnym. Wielu członków obsługi projektu i jego beneficjentek uczestniczyło ostatnio w międzynarodowym spotkaniu osób świadczących usługi seksualne w Tajlandii, na którym występowały i uczestniczyły w warsztatach promujących prawa pracownicze tej grupy.

Projekt Sonagachi jest jedną z oaz spokoju na polu ogólnoswiatowej walki z HIV i AIDS. Dzięki niemu kobiety oferujące usługi seksualne mogą wyzwolić się z utrwalonego społecznie wizerunku jednostek marginalizowanych i dyskryminowanych, zyskać świadomość co do własnych praw oraz stać się częścią międzynarodowego ruchu walczącego o prawa osób z tej grupy. Jedną z najważniejszych lekcji, jaką daje profilaktyka HIV w tym projekcie, zwłaszcza jeżeli chodzi o pomoc kobietom, osobom świadczącym usługi seksualne i innym nieuprzywilejowanym społecznościom, może być fakt, że ryzykowne zachowanie (np. seks bez zabezpieczenia) jest tylko wierzchołkiem góry lodowej. Sonagachi, jako skuteczny program profilaktyki HIV dla prostytuujących się kobiet (który przetrwał ponad dziesięć lat), zaspokaja różnorodne potrzeby tej społeczności – wskazywane przez samą grupę docelową. Niezakażenie się wirusem jest tutaj raczej celem częściowym, niż podstawowym elementem działania. Unikanie infekcji jest tradycyjnie głównym punktem każdego programu z dziedziny zdrowia publicznego: Sonagachi może przesunąć go na dalsze pozycje, ucieleśniając szerszą perspektywę zdrowia publicznego, w zakres którego, obok zdrowia fizycznego, wchodzi prawa człowieka i dobrostan psychospołeczny oraz ekonomiczny.

Przypis

Praca ta nie mogłaby powstać bez wizji i osiągnięć Dr Smarajita Jana, Mrinala Kanti Dutta, Ishika Basu, Dr Amritajit Saha, Nandinee Nannerjee, Dr Soybal Jana i wielu innych pracowników interwencyjnych oraz byłych i obecnych pracowników dzielnic czerwonych latarni w projekcie Sonagachi, którzy przyjęli mnie do siebie, a także wsparcia Dr Mary Jan Tothman-Borus i World AIDS Foundation.

Bibliografia

- ACT UP/New York Women and AIDS Book Group. (1991). Women, AIDS, and activism. Boston: South End Press.
- Brown, A. D. (1999). *Beyond prostitution: Justice, feminism and social change*. Canadian woman studies, 19 (1–2), 163–169.
- Des Jarlais, D. C. (1995). *Harm reduction—a framework for incorporating science into drug policy*. American Journal of Public Health, 85(1), 10.
- Dugger, C. W. (1999, January 4). *Calcutta's Prostitutes Lead the Fight on AIDS*, The New York Times, A1, A8.
- Freire, P. (1993). *Pedagogy of the oppressed*. Nowy Jork: Continuum. (Praca oryginalna opublikowana w 1968 roku)
- Gangakhedkar, R. R. (1998). *12th International Conference on AIDS: Epidemiology, behavioural science, and prevention review*. AIDS Research Review, 1, 16–20.
- Gellman, B. (2000). *AIDS is declared threat to national security; White House fears epidemic could destabilize world*. The Washington Post, April 30, A1.
- Jana, S. (1996). *Herpes, cytomegalovirus, and other STDs in high risk group*. Indian journal of Sexually Transmitted Disease, 17, 11–14.
- Jana, S., Bandyopadhyay, N., Mukherjee, S., Dutta, N., Basu, I. & Saha, A. (1998). *STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India*. AIDS, 12 (Suppl. B), 5101–108.
- NACO (National AIDS Control Organization, India). (1999). *Surveillance HIV infection: AIDS cases in India as of May 1999*. Indie.
- National AIDS Control Organization (India). (2002). *HIV estimates for year 2001* [Online]. Dostępne na stronie: <http://naco.nic.in/vsnaco/indianscene/esthiv.htm>.
- National Intelligence Council. (2002). *The next wave of HIV i AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China ICA 2002–04D* [Online]. Dostępne na stronie: <http://www.fas.org/irp/nic/hiv-aids.html>
- Paone, D., Des Jarlais, D. C., Gangloff, R., Millikan, J. & Friedman, S.R. (1995). *Syringe exchange: HIV prevention, key findings, and future directions*. International Journal of the Addictions, 30(12), 1647–1683.
- Pateman, C. (1999). *What's wrong with prostitution?* Women's Studies Quarterly, 27(1–2), 53–64.
- Patton, C. (1994). *Last served? Gendering the HIV pandemic*. London: Taylor & Francis.
- Reed, B., Newman, P., Suarez, Z., & Lewis, E. (1997). *Interpersonal practice beyond diversity, towards social justice: The importance of critical consciousness*. In C. Garvin & B. Seabury (Eds.), *Interpersonal Practice in Social Work*. Boston: Allyn & Bacon, 44–78.
- Simoos, E. A., Babu, P. G., John, T. J., Nirmala, S., Solomon, S., Lakshminarayana, C. S., & Quinn, T. C. (1987). Evidence for HTLV-III infections in Tamil Nadu (India). *Indian Journal of Medical Research*, 85, 335–338.

- Springer, E. (1991). Effective AIDS prevention with active drug users: The harm reduction model. *Journal of Chemical Dependency Treatment: Special Issue: Counseling Chemically Dependent People Wit HIV Illness*, 4(2), 141–157.
- UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV i AIDS). (2002a). *AIDS epidemic in Asia may become the largest in the world, says UNAIDS* [Online]. Dostępne na stronie: http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc02/WEFeastsia-071002_en.html
- UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV i AIDS). (2002b). *Epidemiological fact sheets on HIV i AIDS and sexually transmitted infections: 2002 updates* [Online]. Dostępne na stronie: http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/fact_sheets/pdfs/India_en.pdf
- Venkataramana, C.B., & Sarada, P. V. (2001). *Extent and speed of spread of HIV infection in India through the commercial sex networks: A perspective*. *Tropical Medicine and International Health*, 6(12), 1040–1061.

Dr Peter A. Newman jest profesorem asystentem na Wydziale Pracy Społecznej Uniwersytetu w Toronto

Women's Studies Quarterly 31, nr 1 & 2 (Wiosna/Lato 2003): 168–79.

Copyright (c) 2003 by Peter A. Newman

Przedruk za zgodą.

Igły, strzykawki i prawa człowieka

Grzegorz Wodowski

Jakiś czas temu, spacerując z psem natknąłem się na młodego człowieka, który leżał na chodniku z zakrwawionym, rozbitym w wyniku upadku kolanem. Był porządnie wstawiony, ale ból go na tyle otrzeźwił, że starał się zatamować krew. Dziwny stan, w jakim się znajdował i czerwone oczy powiedziały mi, że używał nie tylko alkoholu. Zdecydowałem się zadzwonić po pogotowie – przez rozciętą nogawkę widać było, że rana jest poważna. Widząc, co zamierzam, zaczął mnie błagać, abym nie wzywał pogotowia. Był naprawdę wystraszony: obawiał się, że może dojść do interwencji policji i spotkają go konsekwencje niekoniecznie związane z rozbitym kolanem. Trudno mi było mu zaręczyć, że tak się nie stanie, a on wołał tam leżeć z krwawiącą nogą niż narażać się na ryzyko interwencji policji.

Narkotyki – wojna nie ma sensu

Najbardziej dramatyczne konsekwencje używania narkotyków mają źródło raczej w społecznych uwarunkowaniach i prawnych regulacjach, aniżeli są wynikiem ich farmakologicznych właściwości. Dlatego m.in. więcej osób umiera od nielegalnej heroiny niż od legalnego metadonu. Redukcja szkód to strategia starająca się zniwelować te różnice i doprowadzić do sytuacji, w której osoba uzależniona mogłaby nie ponosić dodatkowych represji. Stanowisko to wynika z poszanowania praw człowieka i pragmatycznego spojrzenia na problem używania narkotyków, również w ujęciu historycznym. Pomimo ogromnych nakładów finansowych na zwalczanie narkomanii w drugiej połowie XX wieku – efekty tych działań okazały się niewystarczające i nadal nie

przynoszą oczekiwanych rezultatów w postaci zmniejszenia się liczby osób przyjmujących narkotyki. Poza wszelką dyskusją jest fakt, iż rozmiary używania narkotyków dzisiaj są niewspółmiernie większe niż 20 lat temu. Jesteśmy świadkami tego, jak osoby używające nielegalnych narkotyków trafiają na margines społeczny, poddawane są kryminalizacji, zakażają się wirusem HIV, umierają w wyniku przedawkowań i zanieczyszczeń narkotyków. Głoszenie haseł takich jak „społeczeństwo wolne od narkotyków” okazuje się mało przystające do rzeczywistości, która nas otacza. Wydawałoby się, że nikt nie powinien mieć już co do tego wątpliwości.

Redukcja szkód

Redukcja szkód koncentruje w tej sytuacji swoje wysiłki na niwelowaniu szkodliwych skutków zażywania narkotyków, a nie na przeciwdziałaniu ich używaniu. Decyzja o używaniu narkotyków jest akceptowana jako indywidualny wybór. Niemniej jednak ma to być wybór odpowiedzialny. Oznacza to m.in., że młodzież zamiast moralizatorskich kazań ze strony dorosłych powinna otrzymać pełną informację na temat skutków działania poszczególnych narkotyków z podkreśleniem różnic w zakresie ich działania i problemów, jakie używanie tych substancji może przynieść w przyszłości. Natomiast osoby przyjmujące heroinę bezsprzecznie powinny mieć zapewniony dostęp do substytucji i czystych strzykawek, jeśli ich potrzebują.

Rozmiary

Jak wiele osób przyjmuje heroinę lub inne opiaty, jak wielu spośród nich jest uzależnionych? Trudno o naprawdę wiarygodne szacunki, ponieważ używanie nielegalnych narkotyków to zjawisko w dużym stopniu ukryte. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Centre on Drug and Drug Addiction*) dostarcza nam szacunków dotyczących ilości osób uzależnionych od opiatów (w tym heroiny) na terenie krajów Wspólnoty Europejskiej. I tak, na przykład, najwyższe wskaźniki dotyczą takich krajów, jak

Portugalia, Włochy, Luksemburg i Wielka Brytania, gdzie na 1000 mieszkańców w wieku 16-65 lat przypada od 6 do 9 osób mających problemy z nadużywaniem tych narkotyków. Nieco lepiej sytuacja ta wygląda w Austrii, Niemczech i Holandii, gdzie wskaźnik ten wynosi 2 do 3 osób¹. Ocenia się, że w Polsce mamy około 30 tysięcy uzależnionych od opiatów – część z nich przyjmuje nadal tzw. polską heroinę („kompot”), a coraz więcej osób używa brązowej heroiny.

Skutki zaćlć

Oprócz ryzyka bardzo silnego uzależnienia, najpoważniejsze następstwa zdrowotne związane z używaniem heroiny to powikłania będące skutkiem iniekcyjnego przyjmowania narkotyku. W wyniku stosowania skażonych igieł i strzykawek szerzą się wśród narkomanów choroby zakaźne takie, jak HIV i AIDS oraz wirusowe zapalenie wątroby (typu B i C)². Zakażenia związane z używaniem narkotyków są jednym z głównych powodów epidemii HIV w wielu krajach świata i w Polsce³. Są to więc następstwa wynikające przede wszystkim z używania narkotyku w dramatycznie niehigienicznych warunkach.

Kolejnym poważnym zagrożeniem jest ryzyko śmiertelnego przedawkowania. Spośród alkaloidów opiatowych, głównie heroina prowadzi do zatruc śmiertelnych, których powodem jest przyjęcie zbyt dużej dawki tego narkotyku. Narkotyk ten zwykle różni się jakością – stężenie alkaloidów zależy od producenta i sieci nielegalnych dystrybutorów, którzy często sami nie mają większego pojęcia, co dokładnie sprzedają swoim klientom.

Czynnikiem mającym ogromny wpływ na społeczny obraz życia osoby uzależnionej są regulacje prawne związane z narkotykami, które w praktyce oznaczają często np. kary za posiadanie swojej „działki”. Zależność pomiędzy sankcjami karnymi za posiadanie i obrót narkotykami, a stylem życia osób uzależnionych jest bardziej niż oczywista: gdy kary stają się bardziej surowe i dokuczliwe – środowisko narkomanów staje się bardziej stygmatyzowane, właśnie poprzez kryminalizację. Jednocześnie trudno stwierdzić jednoznacznie, że karanie za posiadanie narkotyków w grupie osób uzależnionych od heroiny ma

oddziaływanie prewencyjne. Popyt na narkotyki w tej grupie określa się jako sztywny i według wielu specjalistów nie zlikwidują go nawet najsurowsze sankcje⁴.

Redukcja szkód w praktyce

Od wielu lat, szczególnie na zachodzie Europy rozwijają się działania oparte o koncepcje redukcji szkód. Ogólnie rzecz biorąc uznają one za możliwą pomoc osobom uzależnionym bez realizowania przez nich warunku abstynencji. W Polsce jest to stosunkowo nowy nurt, chociażby na tle wieloletniej historii programów rehabilitacyjnych. Przykładami działań o charakterze redukcji szkód w naszym kraju są programy substytucji metadonowej oraz programy wymiany igieł i strzykawek. Te ostatnie zostaną szczegółowo opisane w dalszej części opracowania.

Trudności i kontrowersje

Zanim omówimy niektóre z doświadczeń w realizacji programów wymiany igieł i strzykawek w naszym kraju, należy poświęcić parę słów trudnościom, na jakie napotykają i zastanowić się nad tym, co powoduje opóźnienie ich rozwoju, pomimo oczywistej potrzeby ich realizacji.

Programy wymiany igieł i strzykawek, podobnie jak i wiele innych działań realizowanych pod szyldem ograniczania szkód związanych z używaniem narkotyków, budzą nadal wiele kontrowersji w naszym społeczeństwie. Sprzeciw dotyczy głównie udzielania pomocy w używaniu nielegalnych narkotyków: bo przecież czysta igła i strzykawka ułatwia przyjęcie nielegalnie zakupionych i nielegalnie posiadanych narkotyków, które jako społeczeństwo od lat staramy się zwalczać. W publicznym odczuciu taka pomoc bywa traktowana jako nieetyczna, sprzeczna z antynarkotykową polityką, a niekiedy nawet z prawem⁵.

Osoby realizujące programy wymiany igieł wspominają o wcale nie tak rzadkich przypadkach szykan ze strony postronnych osób, przechodniów na ulicy. Do klasyki można zaliczyć zarzuty rozdawania narkomanom za darmo sprzętu medycznego, którego brakuje w wielu

szpitalach. Niechęć ta manifestuje się w naszym kraju jak na razie dość nieszkodliwie i nie przybiera żadnych drastycznych form. Kilka lat temu w Sankt Petersburgu w Rosji spalono na przykład specjalny autobus, w którym wymieniano narkomanom sprzęt do iniekcji.

Znacząca część osób zajmujących się pomocą uzależnionym (w tym niektórzy terapeuci) traktuje formę oddziaływań, jaką są programy wymiany jako zbędną, a nawet szkodliwą. Twierdzą oni mianowicie, że programy wymiany zachęcają do używania narkotyków i zniechęcają do podjęcia leczenia, jak również sprzyjają przechodzeniu na iniekcyjny sposób przyjmowania narkotyków. W 1999 roku uczestnicy programu wymiany realizowanego przez krakowski MONAR wzięli udział w szeroko prowadzonych w kilku podobnych europejskich projektach⁶ badaniach nadzorowanych przez Beth Israel Medical Center (Nowy Jork, USA) – nikt z respondentów nie potwierdził podobnych przypuszczeń. Nie znaleziono nikogo, kto przed przystąpieniem do programu wymiany nie przyjmowałby narkotyków poprzez iniekcje.

A jednak zmiana postaw?

W ostatnich latach zmienia się jednak nieco społeczne nastawienie i coraz wyraźniej widać pozytywne podejście opinii publicznej do realizacji programów wymiany. Niepodważalny jest dla wielu fakt, iż programy te zapewniając osobom używającym narkotyków łatwiejszy dostęp do sterylnych igieł i strzykawek ograniczają ilość zakażeń chorobami przenoszonymi przez krew, w tym HIV i AIDS⁷. Świadomość ponoszenia ogromnych kosztów związanych z leczeniem chorych na AIDS wpływa na zmianę postaw wobec programów redukcji szkód. Często podkreśla się też rolę tych programów w ułatwianiu uzależnionym kontaktów z serwisami medycznymi czy terapeutycznymi dla uzależnionych, co w konsekwencji może wpływać i umożliwiać ich decyzje o leczeniu i rehabilitacji.

Trochę historii

Od końca lat osiemdziesiątych notuje się narastające w bardzo szybkim tempie rozpowszechnienie zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki (stosujących głównie różne pochodne opiatów) drogą iniekcji. Wielu specjalistów jest zgodnych co do tego, że wymaga to przeformułowania dotychczasowych strategii działania. Prewencja i leczenie nastawione na abstynencję musiały zostać uzupełnione strategią redukcji szkód⁸.

Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce mają dość długą historię, aczkolwiek trudno by doszukiwać się rozległych i bogatych doświadczeń. Realizowane od 1989 roku w bardzo ograniczonym zakresie, jako skromny dodatek do działalności niektórych poradni i punktów konsultacyjnych, nigdy nie odgrywały zasadniczej roli, ani też nigdy nie stanowiły przedmiotu zbytniej troski ze strony kierownictwa tych placówek. Przez wiele lat oferowany w nich sprzęt iniekcyjny pozostawiał wiele do życzenia: niezbyt dobrej jakości strzykawki, niedopasowane do potrzeb klientów rozmiary igieł – nie budziły zainteresowania z ich strony. Placówki nie mając wydzielonych funduszy na zakup igieł i strzykawek – oferowały klientom sprzęt otrzymywany przeważnie z SANEPID-ów, często przeterminowany. Oprócz tego, rzadko kiedy pracownicy byli zainteresowani wyjściem poza placówki i taką organizacją pracy w środowisku, która pozwoliłaby na szersze kontakty. Tak czy inaczej szacuje się, że pod koniec lat osiemdziesiątych i w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych zostało w Polsce rozdanych około 1 milion igieł i strzykawek⁹. Byłoby to satysfakcjonującym rezultatem, gdyby dotyczyło jednej dużej aglomeracji miejskiej, ale nie prawie czterdziestomilionowego kraju.

Przełom nastąpił dopiero w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych, kiedy to takie organizacje, jak Open Society Institute we współpracy z Lindesmith Center zaczęły promować i wspierać finansowo rozwój programów redukcji szkód w Polsce. Również Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii podjęło starania o wsparcie tego typu przedsięwzięć.

HIV i AIDS

Ogromne znaczenie dla wdrażania i rozwoju programów redukcji szkód w Polsce miał oczywiście fakt wybuchu epidemii HIV, która na początku dotknęła w naszym kraju głównie osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji. Zespół chorobowy AIDS wywołany obecnością w organizmie ludzkim wirusa HIV prowadzi do degradacji układu immunologicznego, a w konsekwencji wyniszczenia i śmierci. Są obecnie kraje (głównie na wschodzie Europy i w Azji Środkowej), gdzie prawie dziewięćdziesiąt procent stwierdzonych przypadków zakażeń tym wirusem stanowią osoby używające narkotyków drogą iniekcji. W Polsce odsetek ten jest niższy, ale i tak przekracza 50 procent. Na ogół dzieje się tak za sprawą używania przez narkomanów wspólnych igieł i strzykawek oraz przedmiotów służących do przygotowania narkotyków.

Tabela 1. Dane epidemiologiczne HIV i AIDS w Polsce (dane od początku epidemii – 1985 roku) do końca stycznia 2005 roku¹⁰.

→ Liczba osób zakażonych HIV ogółem	9.208
→ W tym liczba osób zakażonych w związku z używaniem narkotyków	5.176
→ Procent zakażonych w związku z używaniem narkotyków w ogólnej liczbie zakażonych	56%
→ Liczba przypadków zachorowań na AIDS	1.545
→ Liczba osób, które zmarły na AIDS	732

Czym różni się narkoman od diabetyka?

Spróbujmy zadać sobie pytanie: czemu osoby uzależnione zakażają się wirusem HIV za sprawą brudnych, skażonych igieł i strzykawek? Dlaczego nie mogą po prostu kupić czystych w aptece i tyle? Odpowiedź na te pytania jest niełatwa i wymaga krótkiej analizy zarówno sytuacji, w jakiej jest osoba uzależniona od nielegalnych narkotyków, jej świadomości, jak i położenia społecznego. Mimo że to zapewne prawda,

to i tak dużym uproszczeniem byłoby twierdzenie, że ktoś naraża się na zakażenia, bo nie troszczy się o swoje zdrowie. Nikt świadomie nie chce być chory czy niedołążny. Brak troski o własne zdrowie wynika z poziomu wiedzy na temat zagrożeń, jest związany z sytuacją socjalną i dostępem do instytucji/środków mogących zapewnić odpowiednią profilaktykę i leczenie.

Brak troski o własne zdrowie bierze się także ze stereotypów społecznych, jakie przyjmuje na siebie ktoś, kto używa narkotyków: pojęcie „równi pochyłej” po której stacza się narkoman istnieje nie tylko w świadomości tych, którzy go otaczają. Jest także w nim samym, dając mu niewielkie szanse na wybór innej wersji wydarzeń. Brak odpowiednich warunków, duża ilość iniekcji, bycie w stanie głodu narkotykowego – wszystko to jest dość dobrym usprawiedliwieniem do zaniechania działań na rzecz własnego zdrowia. Jeśli jeszcze pozbawiają cię odpowiedzialności za to co robisz – nie pozostaje nic innego, jak tylko spełnić oczekiwania. Teraz już wszyscy dookoła mają rację.

Kontakty i prawo

Osoby realizujące programy wymiany, jako podstawowe zadanie przyjmują sobie objęcie pomocą jak największej ilości osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Oznacza to, że zazwyczaj działają poza placówkami/serwisami dla uzależnionych. Docierają do miejsc rozpoznanych przez nich jako miejsca spotkań narkomanów, miejsca handlu narkotykami. Często docierają na tzw. meliny, czyli mieszkania, gdzie są produkowane narkotyki¹¹. Z uwagi na to, że samo posiadanie narkotyków (nawet w niewielkich ilościach) jest w Polsce nielegalne – zadanie to wcale nie jest łatwe. Im prawo w obrębie posiadania narkotyków jest surowsze, tym trudniej dotrzeć do potencjalnych klientów, którzy z oczywistych względów nie afiszują się ze swoimi problemami¹². A przecież podjęcie jak największej ilości kontaktów (a następnie ich podtrzymanie) decyduje o skuteczności prowadzonej w ten sposób profilaktyki HIV i AIDS. Niewątpliwie, nie jest to obecnie rzeczą łatwą i wymaga dużej znajomości środowiska uzależnionych i ich zwyczajów, a przede wszystkim zaufania z ich strony.

Jak docierać do wszystkich?

Programy wymiany w pewien sposób oddziałują również na tych, z którymi nie mają bezpośredniego kontaktu. Mimo, że jest to niezmiernie trudno dokładnie zbadać i opisać – nie ulega to wątpliwości. Osoby używające nielegalnych narkotyków kontaktują się ze sobą, spotykają się w różnych miejscach, wymieniają się informacjami o tym, co dzieje się w środowisku, o narkotykach, o dealerach – jest tu także przestrzeń do rozmów o innych sprawach związanych z używaniem narkotyków, również o igłach i strzykawkach. Nie możemy dotrzeć bezpośrednio do wszystkich: zwykle nie ma na to wystarczających środków, nie wszyscy też mogą sobie życzyć kontaktu z przedstawicielem programu wymiany. Samo istnienie programu wymiany zwraca uwagę na pewne sprawy: informacja o tym, że on istnieje dociera do wszystkich zainteresowanych narkotykami i robi swoje. Miasto, w którym prowadzony jest program wymiany igieł i strzykawek jest innym miastem niż to, gdzie takich programów nie ma.

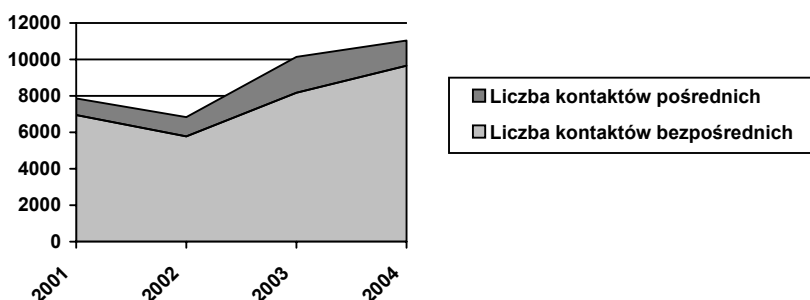
Wymiana pośrednia

Niekiedy programy wymiany realizują dystrybucję sprzętu iniecyjnego określaną jako *wymiana pośrednia*. W ramach tej metody osoba korzystająca z programu wymiany staje się niejako również jego pracownikiem, gdyż otrzymując duże ilości igieł i strzykawek dostarcza je innym uzależnionym, najczęściej przyjaciółom i znajomym. Bywają projekty, gdzie tego typu działania są zakrojone na szeroką skalę i stanowią o jego podstawowym nurcie. W takich przypadkach osoby pośredniczące w dystrybucji igieł i strzykawek (zarazem klienci do których skierowany jest program) otrzymują gratyfikacje finansowe z tytułu wykonanej przez siebie pracy. Wymiana pośrednia jest o tyle cenną metodą dystrybucji sprzętu, że pozwala na dotarcie do tych osób, które nie kontaktują się z pracownikami ulicznymi i które nie mają z różnych względów zaufania do realizatorów programów wymiany. Niekórzy z nich nie chcą, bądź nawet obawiają się publicznego kontaktu z pracownikiem programu wymiany, gdyż zdarza się, że bywa on

obserwowany przez policję, która wykorzystuje nadarzającą się sposobność do kontroli lub nawet rewizji klienta¹³.

Program wymiany prowadzony przez krakowski MONAR do części klientów dociera w sposób pośredni. Udział tego typu kontaktów jest znaczący, ale nie stanowi głównego nurtu dystrybucji darmowych igieł i strzykawek.

Wykres 1. Program wymiany w Krakowie: Udział kontaktów pośrednich w ogólnej liczbie kontaktów z klientami programu wymiany w latach 2001-2004



Metoda wymiany pośredniej została z powodzeniem wdrożona i okazuje się niezmiernie skuteczna w niektórych stanach USA, gdzie nawet posiadanie czystej igły lub strzykawki bez recepty lekarza jest nielegalne. Stąd programy wymiany realizowane w miejscach publicznych, gdzie „oprawa prawna” nie sprzyja ich działalności mogą z powodzeniem wykorzystywać model pośredniego docierania do klientów.

Człowiek czy automat?

W niektórych krajach, przykładem może być tu Australia, mają zastosowanie automaty, które umieszczone w różnych miejscach miast służą tym, którzy iniekcyjnie przyjmują narkotyki. Z całą pewnością są one bardzo skuteczną metodą dystrybucji igieł i strzykawek: bez względu na porę dnia czy nocy w określonym, stałym miejscu osoba uzależniona może dostać to, co jest jej w tej chwili najbardziej potrzebne, aby zrobić

sobie zastrzyk. Redukcja szkód realizowana w oparciu o automaty do wydawania igieł i strzykawek pozbawia jednak uzależnionych możliwości kontaktu z terapeutą ulicznym, a tym samym korzyści, jakie taki kontakt przynosi.

Kontakt z osobami używającymi narkotyki, jaki jest możliwy dzięki prowadzeniu programu wymiany służy wielu oddziaływaniom i celom. Doświadczeni pracownicy, uzbrojeni w wiedzę i odpowiednie umiejętności mogą wykorzystywać okazje, jakie stwarza im praca w programie do tego, aby prowadzić edukację i dostarczać informacje mogące służyć klientom.

Wtedy, gdy program wymiany jest wkomponowany w szerszy serwis pomocy osobom uzależnionym – kontakt z pracownikiem programu wymiany stanowi doskonały początek dla dalszych działań. W latach 1996-1998 prawie 30% wszystkich nowych pacjentów podejmujących terapię w Poradni MONAR w Krakowie stanowili ci, którzy mieli za sobą już kontakt z realizowanym na ulicach miasta programem wymiany. Niektóre z tych osób decydowały się na detoksykację i leczenie w placówkach rehabilitacyjnych. Prawie 100% pacjentów programu metadonowego prowadzonego przez Szpital im. Rydygiera w Krakowie to osoby, które przez kilka lat uczestniczyły w programie wymiany.

Tworzenie przez pracowników ulicznych swojego rodzaju pomostu pomiędzy środowiskiem a placówkami i programami leczniczymi należy niejako do kanonu pracy programów wymiany w Polsce. Zwykle są one umiejscowione przy poradniach uzależnień oferujących dość zróżnicowaną pomoc i leczenie (często na wysokim poziomie). Mankamentem jest brak możliwości korzystania z niskoprogowych programów substytucyjnych, ale problem ten stanowi odrębną kwestię, którą pozwolę sobie ominąć w tym opracowaniu¹⁴.

Tabela nr 2 prezentuje rozmaite zagrożenia, na które programy wymiany igieł i strzykawek starają się znaleźć odpowiedź i ograniczać je poprzez bezpośredni kontakt pracownika programu z klientem.

Tabela nr 2 Zadania programów wymiany igieł i strzykawek.

Zagrożenia wynikające z przyjmowania narkotyków	Działania podejmowane przez programy wymiany zmierzające do ograniczenia tych zagrożeń:
Ryzyko zakażeń wirusem HIV, wirusami zapalenia wątroby oraz innymi chorobami przenoszonymi przez krew	→ wydawanie czystych igieł i strzykawek → edukacja z zakresu dróg przenoszenia → wpływ na kreowanie bezpieczniejszych metod dystrybucji narkotyków
Ryzyko zakażeń bakteryjnych i zmian zakrzepowych	→ zaspokojenie dostępu do sterylnej, darmowego sprzętu → wydawanie gazików spirytusowych, do przemywania miejsc iniekcji → wydawanie wody do iniekcji
Ryzyko powikłań związanych z niefachowym przeprowadzeniem iniekcji	→ edukacja z zakresu bezpieczniejszych iniekcji → wydawanie suchych gazików do tamowania krwi po iniekcji
Ryzyko poważnych zatruc oraz śmiertelnych przedawkowań	→ edukacja z zakresu działania różnych substancji psychoaktywnych i interakcji między nimi → nauka rozpoznawania symptomów przedawkowań; → trening udzielania pierwszej pomocy
Ryzyko przypadkowych zakażeń porzuconym, skażonym sprzętem do iniekcji	→ zbieranie, w ramach wymiany skażonego sprzętu do bezpiecznych pojemników → utylizacja zebranego sprzętu → edukacja z zakresu bezpieczniejszego pozbywania się brudnych igieł i strzykawek
INNE ZAGROŻENIA	
Ryzyko zakażeń przenoszonych drogą seksualną	→ wydawanie prezerwatyw → edukacja z zakresu bezpieczniejszych zachowań seksualnych
Brak dostępu do serwisów terapeutycznych, medycznych i socjalnych	→ informacje o konkretnych placówkach i programach → pomoc w dostaniu się do nich – „wprowadzenie” → bycie „pomostem” pomiędzy środowiskiem klientów a systemem pomocy
Poważne sytuacje kryzysowe klientów	→ przedawkowanie (pierwsza pomoc, wezwanie karetki pogotowia, zaopiekowanie się klientem) → interwencja policji (zorientowanie się, czy nie są naruszane prawa naszych klientów i ewentualna pomoc klientowi)

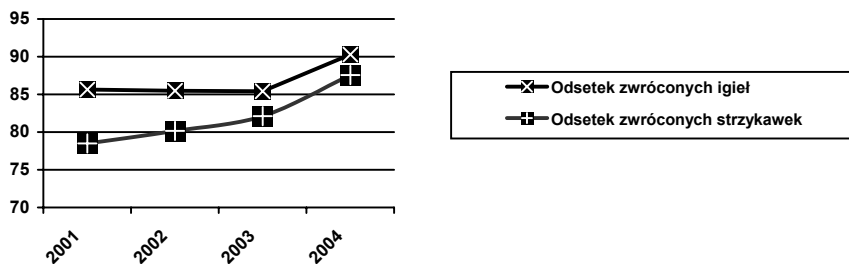
Co ze skażonym sprzętem?

Jak już wspomnieliśmy, istotnym elementem każdego programu jest bezpieczna utylizacja skażonych igieł i strzykawek, które przynoszą klienci. Pracownicy uliczni programu krakowskiego noszą ze sobą podczas dyżurów specjalne, 10-litrowe, plastikowe pojemniki na skażony sprzęt iniekcyjny. Po wypełnieniu, pojemnik jest utylizowany w bezpieczny sposób w spalarni odpadów sanitarnych. W ten sposób program przyczynia się do ograniczenia ilości brudnych igieł i strzykawek mogących zagrażać przypadkowym osobom.

Osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji „produkują” ogromne ilości odpadów medycznych. Siłą rzeczy dokonywanie kilku iniekcji dziennie przez każdą z tych osób rodzi pytanie: co dzieje się z całym tym skażonym sprzętem? Jeśli przyjmiemy chociażby szacunki epidemiologów dotyczące rozprzestrzeniania się wśród uzależnionych wirusów zapalenia wątroby¹⁵ – może się okazać, że mamy do czynienia z pokaźną ilością szczególnie igieł, które mogą (jeśli nie zostaną zabezpieczone) zagrażać innym. Programy wymiany znacznie obniżają niebezpieczeństwo przypadkowego zakłucia brudną strzykawką podczas rewizji dokonywanych przez policję – ponieważ narkomani pozbywają się skażonego sprzętu do iniekcji¹⁶.

W czasie ostatnich czterech lat realizacji krakowskiego programu odsetek zwróconych igieł wahał się od 85 do nieco ponad 90%, zaś w przypadku strzykawek był nieco niższy i wynosił od 78% w roku 2001 do prawie 88% w roku 2004.

Wykres 2. Program wymiany w Krakowie: Odsetek zwróconych skażonych igieł i strzykawek w latach 2001-2004



Tak czy owak, dochodzi czasem do dyskusji na temat tego, czy klienci programów wymiany powinni otrzymywać takie ilości igieł i strzykawek, o jakie proszą, czy też powinno być to uzależnione od tego, ile zwrócą skażonych. W wielu miejscach stosuje się zasady uzależniające jedne ilości od drugich, co na pewno sprzyja bezpiecznemu pozbywaniu się brudnych igieł i strzykawek. Są jednak poważne wątpliwości co do tego, czy takie stawianie sprawy nie przyczynia się do dzielenia się używanym sprzętem iniekcyjnym w sytuacjach, gdy uzależnieni nie mają co wrzucić do pojemnika na skażony sprzęt. Pewnym rozwiązaniem jest tu edukacja klientów w zakresie bezpieczniejszego pozbywania się skażonego sprzętu: tak czy inaczej umiejętności te na pewno się im przydadzą.

Efekty

Dzięki programom wymiany, a także współpracy aptek¹⁷ dzielenie się igłami i strzykawkami zmniejsza się diametralnie. Zwiększają się natomiast możliwości bezpiecznego pozbycia się skażonego sprzętu. Prowadzenie tego typu programów wśród narkomanów – przybliża im kontakt z serwisami terapeutycznymi, socjalnymi i medycznymi. Innymi słowy – programy wymiany są pewnego rodzaju łącznikiem pomiędzy sceną narkotyczną a systemem pomocy osobom uzależnionym. Również, jak wynika z dotychczasowych doświadczeń tego typu programów, w rezultacie korzystania z nich, narkomani zmieniają swoje nawyki i przyzwyczajenia na bardziej bezpieczne¹⁸.

Ekonomia

Wśród innych zalet programów wymiany należy zauważyć, że są one relatywnie łatwe i tanie w realizacji. Nie wymagają zatrudniania wysoko kwalifikowanych specjalistów (np. lekarzy), choć pracownicy muszą być przygotowani oczywiście do czegoś więcej niż tylko do wydania klientowi czystej igły i strzykawki. Koszt programu, który w ciągu roku obejmuje grupę tysiąca klientów – to mniej niż koszty leczenia antyretrowirusowego około dwóch osób chorych na AIDS¹⁹.

Tak więc, biorąc pod uwagę, że tylko dwie osoby w wyniku korzystania z programu nie zakażą się wirusem HIV i w wyniku tego zakażenia nie zachorują na AIDS – można powiedzieć, że realizacja programu jest opłacalna.

Podsumowanie

Jak widać z tego krótkiego przeglądu programów wymiany realizowanych w ramach redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków – charakteryzują się one dużym pragmatyzmem wynikającym ze świadomości tego, iż bez względu na jakość działań w zakresie profilaktyki – duża grupa ludzi używa narkotyków w sposób szkodliwy dla siebie i otoczenia. Nie chcą oni lub nie są w stanie z tego zrezygnować. Być może będą mogli dokonać tego w przyszłości. Przeświadczenie to skłania przedstawicieli systemu zdrowia i służb społecznych do podjęcia działań na rzecz tego, aby używanie narkotyków odbywało się w sposób jak najbezpieczniejszy (lub najmniej niebezpieczny) i nie kończyło się dla uzależnionych NIEUNIKNIONĄ KATASTROFĄ. Dla przedstawicieli redukcji szkód samo używanie narkotyków ma znaczenie drugorzędne wobec szkodliwych skutków, jakie z niego wynikają. Redukcja szkód to troska o jakość życia osoby uzależnionej i przejaw poszanowania praw człowieka. Ale redukcja szkód to również wynik ekonomicznego rachunku strat i zysków uwzględniającego także interesy szerszej społeczności i całego społeczeństwa.

Literatura:

- Burrows D.: *Starting and Managing Needle and Syringe Programs* International Harm Reduction Development Program, New York 2000;
Duke S.B, Gross A.C.: *America's Longest War* Putnam Book, New York 1994;
Habrat B.: *Programy redukcji szkód* w Remedium, kwiecień 2002
Kala M.: *Substancje powodujące uzależnienie w praktyce Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie* w Przegląd Lekarski 1997/54/6, Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, Kraków 1997;
Kłys M., Klementowicz W., Trela F.: *Wybrane problemy orzecznictwa medyczno-prawnego w zatruciach substancjami uzależniającymi* w Przegląd Lekarski 1997/54/6, Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, Kraków 1997;

- Kulka Z., Moskalewicz J.: *Wpływ wymiany igieł i strzykawek na zakażenia HIV wśród narkomanów opiatowych w Polsce* w Alkoholizm i Narkomania 1/30/98, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998;
- Krajewski K.: *Sens i bezsens prohibicji* Zakamycze, Kraków 2001;
- Krajewski K.: *Problemy narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim* United Nations Development Programme UNDP, Warszawa 2004;
- Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J.: *Uzależnienia, zażywanie i nadużywanie* Karan, Warszawa 2000;
- Robson P. *Narkotyki* Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1997;
- Rosenhan D. L., Seligman M. E. P.: *Psychopatologia* Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994;
- Rogowska-Szadkowska D.: *Sposoby zmniejszania ryzyka zakażenia i postępowanie po kontakcie z wirusem HIV* Ottonianum, Szczecin 1999;
- Wodowski G.: *HIV – reaktywacja* w Monar na Bajzlu 1/2003, Poradnia MONAR w Krakowie, Kraków 2003
- Zygadło M.: *Redukcja szkód – realne podejście do problemów osób uzależnionych* w ES.O.ES nr 5/2002; Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków 2002

Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii

(Dz. U. Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 715)

www.aids.gov.pl – strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS;

Grzegorz Wodowski jest członkiem Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR i Kierownikiem Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Krakowie

Przypisy:

¹ EMCDDA – Annual Report, 2002

² Polska, wg standardów międzynarodowych, nie jest krajem o wysokim rozpowszechnieniu HIV (12 na 100 tys. mieszkańców) i zachorowań na AIDS (1,3 na 100 tys.). Jednak w porównaniu z innymi krajami Europy Środkowej rozpowszechnienie HIV należy do najwyższych. Charakterystyczne dla Polski jest, że główną drogą przenoszenia zakażeń HIV jest iniekcyjne przyjmowanie narkotyków. Blisko 70% seropozytywnych wyników w kierunku HIV dotyczy osób przyjmujących dożylnie opiaty. (Kulka i Moskalewicz „Wpływ wymiany igieł i strzykawek na zakażenia HIV wśród narkomanów opiatowych w Polsce”)

³ W roku 1984 zanotowano w Instytucie Ekspertyz Sądowych w Krakowie przypadki zanieczyszczenia „kompotu” krwią z wirusem HIV. Narkotyk ten jest skażony florą bakteryjną i grzybową. (Kala „Substancje powodujące uzależnienie w praktyce Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie”)

- ⁴ Zapełnianie więzień narkomanami (co ma miejsce np. w USA), uważa się za szkodliwe tak dla samych uzależnionych, jak i przede wszystkim dla funkcjonowania zakładów karnych, w ramach których więźniowie- narkomani są dużym problemem penitencjarnym. (Krajewski „Problematyka kryminalizacji posiadania środków odurzających i psychotropowych w ustawodawstwie polskim”)
- ⁵ W art. 45 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przewidywane są kary za „ułatwianie” i „umożliwianie” użycia narkotyków. Interpretując wprost ten zapis można by na jego podstawie karać realizatorów programów wymiany igieł i strzykawek, gdyż wydanie czystej igły i strzykawki z całą pewnością ułatwi / umożliwi przyjęcie narkotyku. Jednocześnie ta sama ustawa wymienia „ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych” jako jeden z najważniejszych elementów polityki państwa w zakresie zwalczania narkomanii. Również *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005* – podkreśla, iż jako jeden z głównych celów programu jest „podniesienie jakości działań zmierzających do ograniczenia szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków”. Natomiast *Narodowy Program Zdrowia na lata 1996 –2005* – realizację programów wymiany igieł i strzykawek stawia jako jedno z ważnych zadań w celu ochrony zdrowia publicznego (zadanie nr 9 celu operacyjnego nr 5).
- ⁶ Badania przeprowadzono wówczas również wśród uczestników programów wymiany w Pradze, Budapeszcie, Skopje i w Poltawie na Ukrainie.
- ⁷ Badania prowadzone w USA wyraźnie pokazują, że prowadzenie dystrybucji igieł i strzykawek wśród uzależnionych zmniejsza o 73% ilość zachowań mogących prowadzić do zakażeń HIV. (Dave Borrow „Starting and Managing Needle and Syringe Programs”).
- ⁸ Steinbarth-Chmielewska; Baran-Furga „Pilotażowy program metadonowy. Zasady organizacyjne i cele”
- ⁹ Zenon Kulka, Jacek Moskalewicz: „Wpływ wymiany igieł i strzykawek na zakażenia HIV wśród narkomanów opiatowych w Polsce”.
- ¹⁰ źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS: www.aids.gov.pl (opracowano na podstawie danych Państwowego Zakładu Higieny).
- ¹¹ Program wymiany realizowany w Kamiennej Górze (dolnośląskie) oparty jest w zasadzie całkowicie o dostarczanie sprzętu iniekcyjnego do mieszkań narkomanów – brak otwartej sceny narkotykowej i duże odległości zmusiły pracowników projektu do wykreowania specyficznych metod kontaktów z klientami i dystrybucji sprzętu.
- ¹² Zadaniem pracowników ulicznych jest nawiązanie i podtrzymanie kontaktów z osobami przyjmującymi narkotyki. Aby było to możliwe – policja nie powinna im tego zadania utrudniać poprzez kontrolowanie klientów w trakcie wymiany bądź w bezpośrednim sąsiedztwie programu – prowadzi to do utraty zaufania, a tym samym zaprzestania korzystania z programu. Podobnie, jak funkcjonariusze policji – pracownicy uliczni są obecni w różnych miejscach publicznych, aby spełniać określone funkcje. Bezasadne utrudnianie im pracy jest niweczeniem ich wysiłku zmierzającego do realizowania polityki państwa w zakresie przeciwdziałania narkomanii i narażeniem na szwank środków publicznych przeznaczonych na realizację tego celu.

- ¹³ Pomimo prawie 10 lat realizacji programu wymiany na krakowskich Plantach – krakowski MONAR co chwilę boryka się z nadgorliwością niektórych policjantów, którzy pomimo zaleceń ze strony Komendy Miejskiej, aby nie utrudniać nam pracy – obserwują streetworkerów, dokonują kontroli klientów podczas wymiany, a czasem również kontroli toreb ze sprzętem do wydawania – poszukując prawdopodobnie czegoś, co pozwoli im skutecznie działać w walce z narkobiznesem.
- ¹⁴ Nie chodzi tu tylko o zupełny brak niskoprogowych programów metadonowych, ale także o brak miejsc i bardzo długie kolejki oczekujących na przyjęcie do istniejących programów wysokoprogowych. Ponadto, większość placówek realizujących programy wymiany nie prowadzi programów substytucyjnych, co najwyżej współpracuje z nimi.
- ¹⁵ Wg niektórych szacunków – tylko przez pierwszy rok przyjmowania narkotyków drogą iniekcji 75% osób zakaża się wirusem zapalenia wątroby typu C.
- ¹⁶ Jak wykazały badania przeprowadzone w Connecticut, USA (1992) po usprawnieniu dystrybucji sprzętu iniekcyjnego liczba przypadkowych załóc policjantów spadła o 66%.
- ¹⁷ Niestety, współpraca z aptekami nie zawsze wygląda tak, jak by sobie życzyli tego realizatorzy programów wymiany. Oto, co ma do powiedzenia Monika Filipowicz, pracownik programu wymiany igieł i strzykawek: „Często słyszę skargi od naszych klientów, że nie mogą kupić w aptekach igieł i strzykawek. (...) Aptekarze widząc z kim mają do czynienia – bądź odmawiają usługi – bądź oferują iście „końskie” rozmiary igieł, co jest oczywiście nie do przyjęcia. Faktem jest, że w Śródmieściu Krakowa rzadko tak się dzieje. Tutaj aptekarze jakby lepiej rozumieli problem i zdają sobie sprawę, że sprzedając igłę czy strzykawkę raczej ratują czyjeś zdrowie i życie aniżeli wspomagają branie narkotyków. Ktoś uzależniony i tak weźmie swoją działkę. Ale dlaczego miałby to robić czyjaś zakrwawioną strzykawką” („Monar na bajzlu” nr 1/2003).
- ¹⁸ Badania „Życie igły i strzykawki” prowadzone w latach 1996-97 wśród osób korzystających z krakowskiego programu wymiany igieł i strzykawek pokazały, jak osoby biorące udział w badaniu ograniczyły poziom najbardziej niebezpiecznych zachowań z punktu widzenia możliwości zakażeń HIV i AIDS. Klienci programu byli badani w momencie przystąpienia do niego, a także po kilku miesiącach udziału w nim. Używanie pożyczanych igieł i strzykawek spadło z 42% (w sierpniu 1996) do 12% (w lutym 1997). Wykonywanie zastrzyków tym samym sprzętem iniekcyjnym (mogące doprowadzić do powikłań bakteryjnych) spadło w tym samym czasie z 67 do 40 procent.
- W sierpniu 1996 aż 97% badanych pozbywało się skażonych igieł i strzykawek bez ceregieli, wyrzucając je gdziekolwiek i nie przejmując się tym, czy komuś nie zagrażają. W lutym 88% badanych raportowało, że zachowują brudny sprzęt do wymiany, co potwierdzały również dane zbierane przez streetworkerów dotyczące ilości wyrzucanych igieł i strzykawek do specjalnych pojemników.
- ¹⁹ Roczny koszt zakupu tylko samych leków (bez diagnostyki i opieki lekarskiej) to ok. 30 tysięcy złotych. Dysponując kwotą 50 tysięcy złotych można przez okres roku objąć regularną wymianą igieł i strzykawek 1000 uzależnionych.

Uzależnienie i metadon z punktu widzenia Amerykanina

Robert G. Newman

Wprowadzenie

Mówienie że prowadzona przez Stany Zjednoczone wojna z narkotykami jest porażką to zbyt wielkoduszność. Bo to jest katastrofa! Inne narody powinny ignorować to, co w USA się mówi, a zamiast tego brać pod uwagę konsekwencje czynów. Należy wspierać wszystkie inicjatywy, które niosą nadzieję, szczególnie jeżeli chodzi o leczenie uzależnień. Jednak w podejmowanych działaniach rzadko bierze się pod uwagę fakt że, jak udowodniono, terapia metadonowa może przyciągać osoby uzależnione i pomagać im, jak również nie pozwalać, by wróciły na złą drogę. Należy znieść niespotykane gdzie indziej ograniczenia dostępności metadonu i dać lekarzom uprawnienia do przepisywania go na takich samych zasadach, jak wszystkie inne środki farmakologiczne.

Wstęp

Na ogół unikam publicznych wypowiedzi na tematy, które wykraczają poza obszar moich osobistych doświadczeń – czyli leczenia, a zwłaszcza terapii metadonowej. Uświadomiłem sobie jednak, że wiele złożonych czynników związanych z „problemem narkotykowym” jest do tego stopnia ze sobą splecionych, że żaden aspekt nie może być rozważany w oderwaniu od pozostałych. A więc poprzedzę moje uwagi dotyczące metadonu pewnymi obserwacjami na temat stanu wojny z narkotykami w moim kraju.

Spójrzcie, kto udziela rad!

Nie jest to ładny widok! Sytuacja jest tak niewesoła, że udzielanie przez Amerykanów rad kolegom z innych krajów zakrawa wręcz na arogancję. To tak jakby Bill Gates pouczał w dziedzinie zdrowej rywalizacji, a Saddam Husajn na temat pokojowego i harmonijnego współistnienia z sąsiadami.

Opisywanie jako rozczarowujących rezultatów prowadzonych przez USA wysiłków na rzecz „uwolnienia” kraju od narkotyków, jest tworzeniem nowej definicji słowa „niedopowiedzenie”. W miastach na całym obszarze Stanów Zjednoczonych narkotyki są czyste i tanie. Zakazy w kraju i za granicą nie mają wpływu na produkcję, import czy dostępność tych środków; działania systemu sprawiedliwości karnej podważa korupcja na poziomie krajowym i międzynarodowym. Ostatnio ujawniono żenujący fakt, że szef ofensywy amerykańskiej przeciwko kartelom narkotykowym w Kolumbii, wraz z małżonką, zamieszany był w sprowadzanie nielegalnych używek drogą morską do Stanów Zjednoczonych i pranie brudnych pieniędzy pochodzących z tego procederu. Proporcja osób zażywających środki odurzające, mających dostęp do opieki medycznej, nie jest większa niż 20 lat temu, a więc przed wybuchem epidemii AIDS. Na gruncie profilaktyki i edukacji infantylny pogląd, że można opierać się na przekazie „po prostu powiedz: nie”, jest obiektem drwin na całym świecie, zaś powszechnie wiadomo, że bardziej ambitne (i o wiele droższe) programy, takie jak D.A.R.E.ⁱ, nie przynoszą oczekiwanych rezultatów.

Brak skuteczności naszych działań jest jednak najmniejszym problemem Stanów Zjednoczonych. Jeszcze gorsze są rosnące w zawrotnym tempie koszty, jakie USA ponoszą na skutek upierania się przy kontynuowaniu tej tragicznie daremnej „wojny”.

- Mamy „zaszczyt” posiadania największego odsetka współobywateli w więzieniach w porównaniu ze wszystkimi narodami na świecie. Federalne Biuro Śledcze (FBI) donosi, że w samym 1995 roku było

ⁱ D.A.R.E. – Drug Abuse Resistance Education – Nauczanie Sprzeciwu wobec Nadużywania Narkotyków. Informacje o programie znaleźć można na jego stronie internetowej www.dare.com (przyp. tłum)

ponad 1,5 miliona aresztowań związanych z narkotykami, z czego 500.000 za posiadanie marihuany¹⁵.

- Toczymy przegrane bitwy na froncie krajowym i zagranicznym, które kosztują amerykańskich podatników miliardy dolarów, a przecież można by je przeznaczyć na budownictwo mieszkaniowe, edukację, poprawę możliwości zatrudnienia i dostępności służby zdrowia (jeden na sześciu obywateli najzamożniejszego kraju na świecie nie ma ubezpieczenia zdrowotnego!). Roczny budżet wojny z narkotykami wynosi 18 miliardów dolarów (strona internetowa rządu USA: www.whitehousedrugpolicy.gov/policy/99indcbudget/exec.html). Jest to dokładnie 10-krotność całych wydatków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i 80-krotność wydatków na działania na kontynencie afrykańskim (strona internetowa WHO: www.who.int/abouttwo/en/qa6.html).
- Stany Zjednoczone zapewniają potężne wsparcie finansowe i militarne rządów innych krajów na prowadzenie wojny przeciw własnym obywatelom.
- Strach i przestępczość są wszechobecnymi elementami życia w USA. Liczba morderstw rośnie w zawrotnym tempie, po czym nasz rząd za karę uśmierca znaczną część morderców (praktykę tę większość cywilizowanych krajów porzuciła dziesiątki lat temu).

Może najbardziej przykre jest ograniczanie umiłowanych wolności, które zawsze były dumą Amerykanów i obiektem zazdrości innych narodów. W stanach, gdzie o opinię na temat ustaw o marihuanie poproszono mieszkańców i gdzie zyskały one przychylność większości, władze federalne protekcyjnie lekceważą wyrażoną przez obywateli wolę twierdząc, że zostali oni „naciągnięci”. Robią wszystko, by nie uznać rezultatów osiągniętych w wyniku demokratycznego procesu. Policja wybiórczo zatrzymuje, przeszukuje i nęka ludzi, opierając się na „profilach”, które wydają się odzwierciedlać stereotypy rasowe. Nasz system sprawiedliwości jest od dawna znany z chronienia i karania niektórych Amerykanów bardziej niż innych. Jednak ta nierówność jest szczególnie porażająca wówczas, gdy w grę wchodzi narkotyki. Zeszłotygodniowy raport Departamentu Sprawiedliwości ujawnił, że „wśród [młodych] osób oskarżonych o popełnienie przestępstw

narkotykowych, prawdopodobieństwo skazania na karę więzienia jest w przypadku czarnoskórych 48 razy większe [sic!] niż w przypadku białych”³. Zaś ludzie, którzy nie byli nigdy skazani, czy nawet oskarżeni o popełnienie jakiegokolwiek przestępstwa, tracą swoje domy, samochody i inne dobra na mocy prawa o konfiskatach ustanowionego wieki temu by rozprawiać się z piratami!

Na szczęście konstytucyjna gwarancja wolności słowa przetrwała. Tym niemniej osoby walczące o otwartą dyskusję na temat alternatywnych rozwiązań względem aktualnej polityki zera tolerancji narażone są na szkalowanie ze strony rządu i innych bohaterów wojny z narkotykami. Weźmy pod uwagę następujące oświadczenie wydane przez Michigan Drug Free American Foundation^{*}: „W całym stanie Michigan jednostki i organizacje pracują nad zwiększeniem akceptacji wobec narkotyków w naszych społecznościach. Niektórzy robią to dla pieniędzy, inni – by zyskać łatwiejszy dostęp do ulubionych używek. Jednak [...] skończy się to tym, że wszystkie narkotyki będą legalne dla każdego Amerykanina, nawet dla naszych dzieci”¹. Wydaje się, że to powtórka smutnego precedensu w historii Stanów Zjednoczonych. Trzydzieści lat temu winą za stale rosnącą liczbę ofiar wojny w Wietnamie nie obarczano twórców krajowej polityki czy generałów, ale demonstrantów, którzy wołali o pokój. Dzisiaj tych, którzy proponują dyskusję nad alternatywą dla wojny z narkotykami, potępia się za „akceptowanie” zażywania nielegalnych środków i obwinia za ciągłe rozprzestrzenianie się narkomanii.

A jednak muszę powiedzieć, że – ogólnie rzecz biorąc – z optymizmem patrzę na perspektywy reformy polityki narkotykowej w USA. Skłaniają mnie ku temu dwa związane ze sobą powody. Po pierwsze, bezkompromisowa polityka prohibicji okazała się tak kosztowną i oczywistą porażką, że coraz trudniej jest nam wpływać na inne kraje – perswazją, tyranizowaniem czy szantażem – w ich dążeniu do tworzenia bardziej pragmatycznych i obiecujących strategii. To z kolei, stopniowo ale nieodwracalnie, podważy tolerancję obywateli amerykańskich dla oczywistego szaleństwa naszej polityki, w miarę jak napływające

¹ Amerykańska Fundacja Przeciw Nadużywaniu Narkotyków w Michigan (przyp. tłum.)

z innych państw dowody uświadomią nam, że można ograniczyć szkody wynikające z zażywania narkotyków zarówno dla ich konsumentów, jak i populacji ogólnej.

Metadon i leczenie – przypadek szczególny

Mój optymizm co do zmiany amerykańskiej polityki narkotykowej nie rozciąga się niestety na leczenie metadonowe. Trzydzieści pięć lat doświadczeń nadal pokazuje nam skuteczność tego środka w ograniczaniu – jeśli nie eliminowaniu – konsumpcji heroiny oraz w umożliwieniu pacjentom prowadzenia zdrowego, satysfakcjonującego i produktywnego życia. Oczywiście metadon nie jest żadnym panaceum, jednak jego zdolność do przyciągania pacjentów oraz łagodzenia skutków choroby, jaką jest uzależnienie, można bez ryzyka porównać do leczenia większości schorzeń przewlekłych. O skuteczności wspomnianej substancji donoszą kraje całego świata, niezależnie od panujących w nich warunków społecznych, politycznych i ekonomicznych oraz bez względu na rodzaje narkotyków i sposoby ich konsumowania. Nie zmienia to faktu, że w Stanach Zjednoczonych przytłaczająca większość osób uzależnionych od heroiny nie ma dostępu do metadonu!

Paradoks ten wynika z faktu, że spośród tysięcy preparatów farmakologicznych, metadon, jako jedyny, mogą ordynować wyłącznie „całościowe programy leczenia”, zaś lekarze w swoich prywatnych gabinetach, szpitalach czy przychodniach nie mają do tego prawa. Programy te mogą objąć w sumie niespełna 15 % spośród tych, którym terapia metadonowa mogłaby pomóc¹². Całą resztę pozostawia się własnemu losowi, a cenę ich nieszczęść płacą wszyscy Amerykanie.

Zniesienie rządowych restrykcji uniemożliwiających ekspansję leczenia metadonowego wymaga wsparcia badaczy i urzędników, którzy mają doświadczenie i wiedzę na temat terapii metadonowej – na przykład tych, którzy pracują w programach metadonowych. Niestety, nic nie wskazuje, byśmy takie wsparcie w najbliższym czasie odczuli. Istnieje wprawdzie swego rodzaju rozproszone poparcie dla „utrzymywania na środkach farmakologicznych” (eufemistyczne określenie metadonu wypisywanego przez lekarzy w prywatnych gabinetach),

jednak występuje ono w tak ograniczonych kręgach, że w praktyce nie ma żadnego znaczenia. Na przykład American Methadone Treatment Association (AMTA)ⁱ w jednym miejscu opisuje terapię metadonową jako „śmiałą, lecz niezbędną zmianę”, jednak dalej podkreśla, że jej poparcie zależy od następujących czynników: każdy lekarz, który chciałby z a p e w n i a ć swoim pacjentom ten środek, musi być indywidualnie zaakceptowany przez „program metadonowy”; winien też przyjmować tylko pacjentów skierowanych z tego programu. Jeśli chodzi o możliwość k o r z y s t a n i a z opieki prywatnego lekarza, AMTA oczekiwałoby, by byli to pacjenci „stabilni psychicznie i emocjonalnie oraz całkowicie wolni od nadużywania alkoholu i narkotyków w ciągu 36 miesięcy, a także, aby byli zatrudnieni przez okres co najmniej trzech lat”¹¹. Co ciekawe, kryteria zasugerowane przez AMTA, w porównaniu do innych, wydają się całkiem liberalne. W Seattle – mieście, w którym problem z heroiną jest bodaj największy w skali kraju – utworzony przy tamtejszej klinice metadonowej „program pilotażowy” leczy aż dziesięciu pacjentów, którzy spełniają kryteria, takie jak na przykład brak dowodów zażywania narkotyków przez minimum osiem lat². Jest jasne, że wiele osób ubiegających się o z a t r u d n i e n i e w programach metadonowych miałoby trudności ze sprostaniem takim wymogom!

Być może silne oddanie status quo wśród przywódców establishmentu metadonowego wynika z altruizmu i oparte jest na przekonaniu, że aktualny system – i c h system – jest nie tylko najlepszy, lecz także jako jedyny zasługuje na wsparcie. Nawet jeśli motywacja tych, którzy walczą przeciw jakimkolwiek zmianom, jest czysto dobroczynna, nie stanowi to pocieszenia dla setek tysięcy osób, które w konsekwencji ciągle pozbawione są możliwości leczenia.

Co więcej, tak mała dostępność terapii metadonowej sprawia, że nieliczni szczęśliwcy przyjęci do programu narażeni są na szwank nie mniej niż ci, którym odmówiono. Problem pacjentów przyjętych do leczenia metadonem polega na tym, że osoby prowadzące program mają praktycznie nieograniczoną władzę w dawaniu – lub odmawianiu – leku, który oznacza wybór między życiem lub śmiercią i którego nie można

ⁱ Amerykańskie Stowarzyszenie Leczenia Metadonem (przyp. tłum.)

zdobyć w żaden inny sposób. Niezależnie od tego, czy władza ta jest czy nie jest nadużywana, niewątpliwie dopuszcza możliwość nadużyć i dlatego jest nieetyczna z punktu widzenia tak powszechnie dziś akceptowanych podstawowych praw pacjenta.

Moja troska o ewentualne nadużycia nie jest niestety hipotetyczna. Wynika po części z rozpowszechnionych w amerykańskich klinikach praktyk, które wydają się przeczyć zarówno dowodom empirycznym, jak i zdrowemu rozsądkowi. Na przykład były dyrektor National Institute of Drug Abuseⁱ zauważył, że przez prawie dwadzieścia lat było jasne, że większość pacjentów wymaga 60 mg lub więcej metadonu dziennie, by odczuć największe korzyści. Stwierdził dalej, wyjątkowo jak na niego bezceremonialnie, że „w epoce AIDS, polityka niskich dawek jest nie tylko niewłaściwa, lecz może być fatalna w skutkach dla osób zażywających narkotyki, jak również dla ich partnerów seksualnych i dzieci”¹⁴. A jednak większość pacjentów nadal dostaje mniejsze od optymalnych dawki metadonu⁴. Również następne raporty stwierdziły, że po zakończeniu leczenia (jakiegokolwiek – chemioterapeutycznego czy abstynencyjnego) powrót do nałogu jest raczej regułą, niż wyjątkiem. Mimo to większość programów zachęca lub wymaga, by pacjentom odstawiać metadon po upływie wyznaczonego okresu, ze szczególnym naciskiem na tych, którzy najpierw reagowali na taką terapię.

Wobec braku podstaw natury teoretycznej i empirycznej, należy wziąć pod uwagę uprzedzenia lekarzy klinicznych wobec leku, pacjenta lub choroby, jaką jest uzależnienie. Oczywiście, klinicyści mogą swobodnie „wierzyć w skuteczność jakiegokolwiek reżimu terapeutycznego” lub go odrzucać. Ich pacjenci muszą być jednak rzetelnie informowani o dowodach wspierających zalecane podejście terapeutyczne, jak również o alternatywnych rozwiązaniach i zagrożeniach z nimi związanych. Pacjenci metadonowi w Stanach Zjednoczonych są pozbawieni tych informacji i nie mają wyboru, ponieważ w większości przypadków nie ma żadnego innego źródła leku.

Odniosłem się do przymusowej detoksykacji, albowiem, jak się wydaje, określenie przez lekarzy momentu, w którym dana osoba

ⁱ Narodowy Instytut Nadużywania Narkotyków (przyp. tłum.)

otrzymała „wystarczająco dużo” w zakresie leczenia, jest decyzją dość arbitralną. Pacjentów może spotkać wykluczenie z programu, spowodowane przez całą gamę innych powodów, nie związanych z medyczną kontrolą choroby. Na przykład dializy nigdy nie mogłyby być przerwane tylko dlatego, że pacjent sięgnął po marihuanę, crack lub spożył inną nielegalną substancję. Podobnie nikt nie zostawiłby w potrzebie osób cierpiących na nadciśnienie, artretyzm, schizofrenię czy jakiegokolwiek inne schorzenie tylko dlatego, że zażywają narkotyki. Na ironię zakrawa więc fakt, że większość programów metadonowych, których podstawową misją jest leczenie uzależnienia, odmawia tolerancji tym uczestnikom, którzy zdradzają objawy konsumowania środków odurzających!

Nie tylko uporczywe zażywanie narkotyków wyklucza pacjentów z programów metadonowych. Niedawno opisano w raporcie sytuację, kiedy to bezrobotni, niezależnie od tego, jak dobrze reagowali na lek, byli ostrzegani, że jeśli w ciągu dwóch miesięcy nie przedstawiają dowodu zatrudnienia, zostaną wyłączeni z programu. Właśnie tak postąpiono z osobami, które nie były w stanie lub nie chciały sprostać temu wymogowi⁷. Nie są to przypadki odosobnione. Stwierdzono, że „być może najpopularniejszą interwencją we współczesnych klinikach metadonowych jest ograniczanie dostępności tego środka. Pacjenci są informowani, że zostaną usunięci z programu terapeutycznego, jeśli nie uda im się spełnić pewnych warunków. [...] [Pacjenci stojący przed groźbą utraty możliwości leczenia często zmieniają swoje zachowanie, by sprostać stawianym wymogom]”⁶.

Interesująca jest praktyka prawie całkowitej uznaniowości programów metadonowych w kwestii decydowania, jakie rodzaje „zachowań zdradzających nieprzystosowanie” czy innych form braku podporządkowania oznaczają wykluczenie pacjenta. Na przykład amerykańskie prawo federalne wymaga przestrzegania określonych procedur, zanim dom opieki wydał – czy choćby przenieś – swojego rezydenta (Rząd Stanów Zjednoczonych: CFR część 431 i podrozdział E części 4830). Aby zapewnić podporządkowanie się tym standardom przez wszystkie domy opieki w Nowym Jorku, Departament Stanu do spraw Zdrowia ogłosił następujące wymogi: rezydenta lub członka jego rodziny

czy pełnomocnika rezydenta należy powiadomić z wyprzedzeniem, określając dokładny powód orzeczonego wydalenia lub przeniesienia, powiadamiając o przysługującym mu prawie do odwołania. Jeśli zostanie ono wniesione, rozpatrywane jest przez personel Departamentu Zdrowia, zaś rezydent ma prawo do reprezentowania samego siebie lub skorzystania z pomocy prawnika, członka rodziny, czy przyjaciela. Rezydentowi przysługuje również prawo przesłuchania wszystkich świadków¹⁰. Niewygodny, ale zarazem niezaprzeczalny jest fakt, że zakończenie leczenia metadonowego może mieć ś m i e r t e l n e konsekwencje. Niewątpliwie pacjent metadonowy zasługuje na nie mniejszą ochronę niż rezydent domu opieki!

Choć wydalenie z programu jest ostateczną sankcją za niepodporządkowanie się oczekiwaniom klinicystów, często nakładane są również inne „ograniczenia”. Większość z nich wykorzystuje dawkowanie metadonu jako wzmocnienie pozytywne lub negatywne za różne typy zachowań (zwiększenie dawki jest nagrodą, a zmniejszenie karą). Tego typu wzmocnienia wydają się sprzeczne z zasadami terapii i są często jawnym nadużyciem. Kiedy więc istnieją dowody zażywania heroiny przez daną osobę, dawki metadonu, które są już i tak zbyt małe, zmniejszane są jeszcze bardziej, aż do momentu wydalenia pacjenta. Z drugiej strony, kiedy uczestnicy programu są „czyści” – zwiększa się im porcja metadonu¹³. Nasuwającą się analogią jest ograniczanie dawek insuliny u cukrzyka, zwłaszcza w sytuacji podejrzenia, że „oszukiwał” ze swoją dietą. Albo zwiększanie porcji leków przeciw nadciśnieniu w przypadku dobrej kontroli ciśnienia krwi – szczególnie, kiedy utrzymywanie prawidłowego ciśnienia traktowane jest choć w części jako efekt podporządkowania się pacjenta zaleceniom lekarzy (ćwiczenia, ograniczanie stresu, unikanie spożywania nadmiernej ilości soli itd.).

Arogancją byłoby potępienie wszystkich tych praktyk. Niezależnie od tego, czy są etyczne i właściwe, czy nie, osądu tego każdy musi dokonać sam. Chodzi mi o to, że każdej osobie uzależnionej, która szuka leczenia i je otrzymuje, należy przyznać dokładnie takie samo prawo do akceptacji albo odrzucenia tych praktyk, co jest nierealne, dopóki wszyscy chętni nie będą mieli możliwości wyboru ośrodka terapii. Obecnie taki wybór jest wykluczony, gdyż metadon znajduje się w

rękach niewielkiego monopolu „programów”, nieważne na ile oddanych sprawie i profesjonalnych. Jedynym rozwiązaniem może stać się umożliwienie przepisywania metadonu, tak jak każdego innego leku, przez lekarzy ogólnych. Dopiero wtedy osoby, które potrzebują i chcą leczyć tym środkiem własne uzależnienie od heroiny, będą chronione tak samo, jak każdy inny pacjent w Stanach Zjednoczonych.

Trzydzieści lat temu, zanim New York City Health Department Programme^{*}, którego plany i wdrażanie nadzorowałem, przyjął swojego pierwszego pacjenta metadonowego (spośród ponad 12.000 uczestniczących w nim w ciągu dwóch lat), wyraziłem troskę o „splątane cele społeczne i zdrowotne” oraz konsekwencje, następujące wówczas, kiedy „[...] pacjent nie stara się przyjąć tego, co w naszym poczuciu jest pożądanym wzorcem zachowania”. W tych uwagach, wypowiedzianych podczas Trzeciej Krajowej Konferencji Metadonowej w listopadzie 1970 roku, wyraziłem pogląd, za którym nadal żarliwie się opowiadam: „Nie można odmawiać opieki lekarskiej, chyba że istnieją powody natury czysto medycznej”⁹. Praktyki stosowane w amerykańskich programach metadonowych potwierdziły moją, wyrażoną tak wiele lat temu, obawę.

Innym referentem podczas wspomnianej konferencji był dr Vincent P. Dole. Wykrzyczał głośne „Nie!” w odpowiedzi na postawione przez siebie pytanie: „Czy wymuszanie leczenia na osobie uzależnionej poprzez skazywanie jej na terapię metadonem jest właściwe?”⁵. Dzisiaj, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, panuje nowy trend: „sądy narkotykowe”, które robią dokładnie to, co potępił Dole. Zamierzonym skutkiem jest oczywiście pilnowanie, by ścisła, typowa dla niekwestionowanych władz, kontrola przepisywania leków oznaczających życie lub śmierć była „[...] jeszcze ostrzejsza, niż inne ograniczenia działające poza kliniką [...] co nakazywałoby pacjentowi kontynuację leczenia”⁶.

Dr Dole skomentował główną przeszkodę stojącą na drodze „decentralizacji programów metadonowych, a zwłaszcza włączenia w system prywatnych lekarzy”. Zauważył, że „stawką jest kontrola dużego programu z rosnącym budżetem [...]”. Decentralizacja usług może

ⁱ Program Departamentu Zdrowia miasta Nowy Jork (przyp. tłum.)

przybliżyć leczenie większej grupie uzależnionych osób, lecz osłabiłaby biurokrację. W historii nie zdarzyło się jeszcze, aby jakikolwiek urząd współpracował przy ograniczaniu sprawowanej przezeń władzy”. Przyklaskuję przewidywaniom dr Dole’a sprzed trzydziestu lat i stwierdzam, że choć – jak sobie przypominam – odnosił się on do biurokracji r z a d o w e j, jego teza w równym stopniu ma zastosowanie wobec biurokracji t e r a p e u t y c z n e j.

Wnioski

Podsumowując, nawołuję przede wszystkim do pokory!

- Musimy mieć pokorę, by uznać swoje własne błędy i oczywiste osiągnięcia innych; musimy pragnąć rezygnacji ze strategii, które wiążą się z porażkami, zaś naśladować te niosące sukces.
- Musimy zaakceptować fakt, że niezależnie od tego, jak bardzo sprzyjamy naszemu reżimowi terapeutycznemu, powinniśmy bezwzględnie odnosić go do naszych pacjentów, właśnie dlatego, że to ich życzenia są najważniejsze, zarówno z etycznego, jak i prawnego punktu widzenia.
- Musimy przyznać, że tak jak w przypadku prawie wszystkich chorób przewlekłych, nasza wiedza na temat przyczyn uzależnienia jest niedoskonała i niepełna, a już na pewno nie mamy pojęcia, w jaki sposób je „wyleczyć”.
- Musimy nieustannie mieć świadomość naszej wyjątkowej władzy nad pacjentami i dążyć do bycia „nadludźmi” w kontrolowaniu skłonności do jej wykorzystywania, nawet (a może: zwłaszcza), kiedy chcemy to robić „dla ich własnego dobra”.

Nasza zdolność zapewniania skutecznego leczenia osobom uzależnionym od heroiny i poszukującym naszej pomocy, jest wyjątkowym przywilejem! Jednak wiąże się ona również z odpowiedzialnością, aby robić wszystko co możliwe w celu udostępnienia tej terapii, na żądanie każdej osoby oczekującej wsparcia. Nasze programy zapewniają

opiekę w sposób niedostateczny. Jedyne, co się liczy, to zajęcie się każdą potrzebującą osobą, która bez pomocy może przecież umrzeć.

I w końcu szczególne zalecenie dla moich kolegów z innych krajów. Bądźcie przesadnie ostrożni, przyjmując od Amerykanów (łącznie ze mną!) jakiegokolwiek rady odnoszące się do problemu uzależnienia. Jeśli chcecie dać się przez nas przekonać, niech podstawą tego będą raczej nasze doświadczenia, a nie retoryka!

Epilog

Na początku tej prezentacji wspomniałem o poważnym problemie z wiarygodnością, wobec którego ja – podobnie jak wszyscy Amerykanie – stoję w dyskusji na temat narkotyków, w obliczu rażącej nieskuteczności naszej wewnętrznej polityki. Mam jeszcze jedną uwagę, która dla mnie osobiście jest daleko bardziej kłopotliwa.

Wczoraj rano, tuż przed wylądowaniem w Mediolanie, nadrabiałem zaległości w czytaniu. W jednym z pism, które zbiegiem okoliczności jest oficjalnym tytułem tej Konferencji – „Europad” – natrafiłem na artykuł, w którym zawarto dokładnie takie same poglądy na temat metadonu, jak te, które przed chwilą przedstawiłem. Co więcej, ujęte zostały jaśniej i bardziej zwięźle, niż wydawało mi się możliwe.

Odnoszę się do artykułu włoskich kolegów z Triestu, dr Michelazziego, dr Vecchieta i dr Cimolina, w którym stwierdzają oni co następuje:

„Podstawową ideą, która leży u podstaw koncepcji lekarza rodzinnego zajmującego się terapią osoby uzależnionej od narkotyków, jest przyznanie pacjentowi, jako osobie chorej zwracającej się o pomoc, prawa do zdrowia i prawa wyboru”.

To właśnie jest celem, który powinien przyświecać nam wszystkim! Autorzy prezentują również własne doświadczenia, które pokazują, że cel ten jest możliwy do osiągnięcia. Lekarze rodzeni z Triestu w swoich prywatnych gabinetach leczą metadonem osoby uzależnione od heroiny od 1994 roku. Tę terapię zapewnia obecnie 50 medyków, którzy doszli do wniosku, że „osoba uzależniona od narkotyków stała się znowu po prostu pacjentem [...]”⁸. Czy może być coś bardziej przekonującego i bardziej logicznego?

Przypisy

- ¹ AA. VV. (2000): *Conference to put the brakes on Drug Legalization Movement*. Businesswire.com. 23 kwietnia
- ² Benko L.B. (2000): *Drug-free in Seattle*. Modern Healthcare. 27 marca : 56.
- ³ Butterfueld F. (2000): *Racial disparities seen as pervasive in juvenile justice*. New York Times April 26: 1.
- ⁴ D'Aunno T., Folz-Murphy N., Lin X, (1999): *Changes in Methadone Treatment Practices: Results from a Panel Study, 1988–95*. Am J Drug Alcohol Abuse 25(4): 681–699.
- ⁵ Dole V.P. (1971): *Methadone maintenance treatment for 25000 heroin addicts*. JAMA 215: 1131–1134.
- ⁶ Higgins S.T., Silverman K., (Red.). (1998): *Motivating behavior change among illicit-drug abusers*, American Psychological Association, Waszyngton.
- ⁷ Kidorf M., Hollander J.R., King V.L., Brooner R.K. (1998): *Increasing employment of opioid dependent outpatients: An intensive behavioral intervention*. Drug Alcohol Depend. 50: 73–80.
- ⁸ Michelazzi A., Vecchiet F., Cimolino T. (1999): *General Practitioners and Heroin Addiction. Chronicle of a Medical Practice*. Heroin Add & Rel lin Probl. 1(2): 39–42.
- ⁹ Newman R. G. (1972): *Special problems of Government-Controlled Methadone Maintenance Programs*. Contemp Drug Probl. 6 183–190.
- ¹⁰ NYSDH (1997): Policy Statement, 15 sierpnia, New York State Department of Health, Nowy Jork.
- ¹¹ Parrino M. (1997): *Letter to Rosalyn Liss, executive director of APT Foundation*, Connecticut, 28 kwietnia.
- ¹² Rounsaville B.J., Kosten T.R. (2000): *Treatment for opioid dependence*. JAMA 283: 1337–1338.
- ¹³ Saxon A.J., Wells E.A., Fleming C., Jackson T.R., Calsyn D.A. (1996): *Pretreatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome*. Addiction 91(8): 1197–1209.
- ¹⁴ Schuster C.R. (1989): *Methadone Maintenance—An adequate dose is vital in checking the spread of AIDS*. NIDA Notes. Spring/Summer: 3.
- ¹⁵ US Department of Justice (1996): *Uniform crime reports for the United States, 1995*, Rząd Stanów Zjednoczonych, Waszyngton.

Robert Newman jest dyrektorem Instytutu Zależności Chemicznej Barona de Rothschild w Centrum Medycznym Beth Israel oraz profesorem w Albert Einstein College of Medicine.

Heroin Addiction and Related Clinical Problems 2, no.2 (2000): 19–27.

Przedruk za zgodą.

Krótką historia organizacji zrzeszających osoby zażywające narkotyki

Matthew Curtis

Wstęp

Czy Wam się to podoba, czy nie, zażywanie narkotyków prędzej czy później zmusi Was do konfrontacji ze światem polityki. Dominujące w wielu krajach podejście, mające postać wojny z narkotykami sprawia, że osoby aplikujące sobie zakazane środki są marginalizowane, a egzekwowanie prawa przedkłada się nad ich dobrostan. Za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków konfiskuje się obywatelom prywatną własność lub wtrąca się ich do więzienia, zaś po wypuszczeniu na wolność odmawia prawa do mieszkania w godnych warunkach, do pracy czy prawa głosu. Co gorsza, politykę zdrowotną konstruuje się w taki sposób, że to właśnie osoby stosujące nielegalne używki są pierwszymi, które dotyka śmiertelny wirus HIV, jednak potrzebną uwagę, opiekę i wsparcie (przez osoby nie zażywające narkotyków uważane za rzecz oczywistą) otrzymują na samym końcu.

Prawa antynarkotykowe nie są pozbawione znaczenia. Powinny jednak opierać się na konwencjach o podstawowych prawach człowieka i unikać powodowania szkód społecznych i jednostkowych. Współczesne regulacje w tej dziedzinie zbyt często nie czynią różnic między osobami posiadającymi narkotyki na własny użytek, tymi, które zajmują się „pokojową” dystrybucją na małą skalę i tymi, dla których handel nielegalnymi substancjami to zorganizowany biznes, rządzący się własnymi prawami, opartymi na przemocy

i oszustwach. Stosunkowo łatwo jest egzekwować prawo w społecznościach ludzi biednych lub wśród mniejszości etnicznych. Skutkiem są ostre sankcje karne dla osób zażywających narkotyki w tych grupach i swego rodzaju legalizacja środków dla tych, którzy posiadają pieniądze lub wysoki status społeczny. Słaba kontrola istniejących programów przeciwdziałania handlowi narkotykami doprowadziła do szeroko udokumentowanych naruszeń praw człowieka na obszarach produkcji tych substancji i wzdłuż głównych szlaków ich przemytu.

Prowadzący wojnę z zakazanymi środkami używają górnolotnej retoryki, nawołującej do likwidowania karteli narkotykowych, powstrzymania przemocy związanej z narkotykami i zapobiegania rozkładowi życia w miastach. W praktyce jednak polityka narkotykowa prowadzi do śmierci lub pozbawienia praw obywatelskich milionów ludzi na świecie, karząc w ten sposób sam fakt podjęcia decyzji o faszеровaniu własnego ciała chemikaliami. W odpowiedzi na coraz trudniejsze warunki społeczne, wiele osób zażywających substancje psychoaktywne przejęło inicjatywę i odpowiedzialność za politykę, która ich dotyczy. Stowarzyszenie się – poprzez tworzenie łatwo dostępnych usług opieki zdrowotnej i redukcji szkód, organizowanie demonstracji przeciw niesprawiedliwej polityce czy oferowanie wsparcia i informacji jednostkom i społecznościom lokalnym – stało się alternatywą dla brutalnej wojny z narkotykami i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się wirusa HIV. Grupy lokalnych aktywistów oraz organizacje oferujące wsparcie koleżeńskie stworzone przez osoby zażywające narkotyki (które, w tym tekście, oznaczać będą na ogół osoby zażywające narkotyki dożylnie), istnieją na całym świecie: w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Europie, Australii, południowo-wschodniej Azji i Ameryce Łacińskiej. Choć na ogół brakuje danych na temat ich wpływu na społeczeństwo i zdrowie publiczne czy profesjonalnej ewaluacji ich działań, niewielka istniejąca dokumentacja dowodzi, że stowarzyszenia te są bardzo skuteczne w modyfikowaniu zachowań. W wielu wypadkach przyczyniają się do tworzenia programów profilaktycznych i wprowadzają standardy wsparcia społecznego¹.

W niniejszym artykule przedstawię najpierw kilka przykładów organizacji osób zażywających narkotyki w Holandii, Australii, Tajlandii

i Europie Wschodniej, a następnie zidentyfikuję czynniki, które wpłynęły na ich rozwój, sukcesy oraz porażki. Grupy osób stosujących środki odurzające należy również odnieść do profesjonalnych ruchów na rzecz redukcji szkód i reformy polityki narkotykowej, bowiem to właśnie na nie wspomniane grupy wywierają największy wpływ i tradycyjnie są z nimi najsilniej związane. Choć powstałe w różnych okolicznościach i kładące nacisk na inne kwestie, oba typy stowarzyszeń łączy jeden system wartości. Często pozostają one także blisko ze sobą związane pod względem zasobów ludzkich i warunków finansowych. Mimo że nadal wzbudzają kontrowersje, wiele z nich odnotowuje już pewne sukcesy, przeobrażając się z lokalnych grup w profesjonalne organizacje, definiujące na nowo politykę publiczną w wielu krajach.

W artykule tym próbuję postawić pytanie: „W jaki sposób osoby stosujące nielegalne używki wpisują się w istniejącą rzeczywistość?”. Nawet w krajach, w których wojna z narkotykami straciła na sile, osoby zażywające te środki nadal doświadczają represji ze strony policji i wykorzystywane są jako kozły ofiarne w całej gamie sytuacji społecznych. Często zdarza się także, iż te same stowarzyszenia które kiedyś współtworzyli, traktują ich teraz jak „młodszych partnerów”. Wiele spośród tych osób twierdzi, że specjaliści (zwłaszcza związani z redukcją szkód) zbudowali swoje kariery „na plecach osób zażywających narkotyki”, poprzez działanie w ich imieniu bez faktycznego zaangażowania ludzi dotkniętych problemem.

Udzielenie odpowiedzi na to kluczowe pytanie wymaga rozważenia również kilku innych. Jaką rolę osoby zażywające narkotyki powinny odgrywać w rozmowach na temat zdrowia społeczności i związanych z nim usług? Czy zapewnienie im równoprawnego miejsca w dyskusji wystarczy? W jaki sposób osoby te definiowane są – a przez to ograniczane – przez fakt konsumowania substancji psychoaktywnych? I wreszcie: czy polityka i programy wdrażane w imię wspierania członków tej społeczności rzeczywiście skutecznie reprezentują ich potrzeby? Intensywność sporów wokół niektórych z wymienionych kwestii świadczy o niezmiennie dużej wadze zrzeszania się osób zażywających narkotyki.

Od podstaw: pierwsze organizacje osób zażywających narkotyki w Holandii

Wsparcie koleżeńskie wśród osób aplikujących sobie środki odurzające nie jest niczym nowym. Jak świat światem członkowie tej społeczności dzielili się informacjami o sposobach zażywania narkotyków, zdrowiu, bezpieczeństwie i wielu innych sprawach, które dzisiaj uznane byłyby za edukację z zakresu redukcji szkód. Jednak dopiero pod koniec XX wieku osoby korzystające z nielegalnych używek zaczęły tworzyć formalne organizacje, których celem było dbanie o ich własne dobro, zwłaszcza poprzez angażowanie się w działalność polityczną i usługi o charakterze zdrowotnym. Jedną z pierwszych takich grup był holenderski Junkiebonden (w wolnym tłumaczeniu: „związek osób zażywających narkotyki”), który zaczął kształtować się na początku lat siedemdziesiątych. Przed nastaniem ery HIV kwestie natury politycznej traktowane były bardziej priorytetowo niż obecnie. Grupie Junkiebonden przyświecała idea, według której „represyjna polityka narkotykowa, definiowana prawem karnym, uważana jest za fundamentalnie błędne podejście do problemu środków odurzających. W ich opinii, represyjną politykę uznać można za winną znacznej części zjawisk, nazywanych ogólnie <<problemem narkotykowym>>”. Ideologia nakazywała również stowarzyszeniu niezależność od innych instytucji i odrzucenie klasyfikowania jego działalności jako „samopomocy” w poczuciu, że wspierałoby to tylko „paradygmat choroby” (według którego osoby zażywające narkotyki traktowane są jak chore i potrzebujące pomocy)².

Zakres działania formacji MDHG, założonej w 1974 roku w Amsterdamie, jest znacznie szerszy. Grupa angażuje nie tylko osoby czynnie zażywające narkotyki, ale również byłych narkomanów, specjalistów (lekarzy, psychologów, pracowników społecznych), rodziców osób uzależnionych i inne osoby zainteresowane działalnością w tym obszarze. W 1984 roku MDHG, jako pierwsza organizacja, dostrzegła zagrożenie, jakim jest AIDS i zajęła się dystrybucją strzykawek. Udało jej się pozyskać finansowanie ze strony władz miasta, a także wydać książkę, *Positief Verder (Być pozytywnym)*, która opisywała doświadczenia

seropozytywnych osób zażywających narkotyki, służąc jako przewodnik dla innych uzależnionych, ich rodzin, przyjaciół i osób świadczących adresowane do nich usługi^{2,3}. Grupa Junkiebond z Rotterdamu rozpoczęła wymianę strzykawek na mniejszą skalę jeszcze wcześniej, obejmując za główny cel profilaktykę WZW⁴. Wspomniane stowarzyszenia wspólnie zainicjowały rozwój zarówno lokalnych grup prowadzonych w całej Holandii przez osoby zmagające się z problemem narkotyków, jak i programów redukcji szkód na całym świecie.

Niezależnie od późniejszego rozwoju Junkiebonden, na przykładzie innego holenderskiego zrzeszenia doskonale widać, że wsparcie koleżeńskie i aktywizm osób konsumujących narkotyki stawały się – w przededniu rozwoju grup tego typu i ewolucji programów redukcji szkód – działalnością o zasięgu coraz bardziej międzynarodowym. Landelijk Steunpunt Druggebruikers (LSD) – Holenderska Narodowa Grupa Interesów Osób Zażywających Narkotyki, jest organizacją parasolową, która reprezentuje i koordynuje prawie 20 lokalnych grup z całego kraju, nierzadko pełniąc rolę pomostu między osobami zażywającymi środki odurzające, a rządem i innymi instytucjami. LSD, utworzona na początku lat dziewięćdziesiątych, rozpoczęła działalność w Utrechcie jako lokalne stowarzyszenie, koncentrujące się na wymianie strzykawek, bezpieczniejszym z nich korzystaniu i edukacji na temat zdrowia seksualnego. Niektórzy członkowie mieli już doświadczenia z MDHG (które na początku wspierało LSD finansowo) i z projektu No Risk – nie całkiem sformalizowanej organizacji zajmującej się w latach 1990-1993 redukcją szkód⁵.

Osoby zażywające narkotyki w Utrechcie szybko zaczęły tworzyć grupy wsparcia koleżeńskiego, a LSD dostrzegła możliwość zjednoczenia ich na terenie całego kraju. Dzięki niewielkiemu wsparciu finansowemu Ministerstwa Zdrowia Społecznego, stowarzyszenie zorganizowało cykliczne spotkania osób zażywających narkotyki z różnych miast, na których omawiano ważne, z ich punktu widzenia, zagadnienia, m. in.: zdrowie ogólne i bezpieczniejsze zażywanie narkotyków, leczenie uzależnienia, jakość konsumowanych substancji oraz relacje z dealerami i instytucjami świadczącymi usługi społeczne. Kładziono również nacisk na budowanie personalnych związków

między lokalnymi formacjami i odpowiednimi agendami rządowymi. Często zapraszano na spotkania polityków, pracowników społecznych i reprezentantów policji. „Cóż, przez jakiś czas było trudno, ale zawsze staraliśmy się okazać im szacunek i poczucie humoru, nawet kiedy zasadniczo nie zgadzaliśmy się z ich opiniami” – wspomina przewodniczący LSD, Theo van Dam. „Nawet gdy domagamy się rzeczy, o których władze nie chcą dyskutować – jak pracy z dealerami czy rozmów na temat legalizacji narkotyków – zawsze stawiamy sprawę jasno, jesteśmy otwarci w tym co robimy i dokładamy starań, by uczciwie przyznawać się do błędów”.

Chłodne z początku wzajemne relacje przerodziły się z czasem w coraz łatwiejszy dostęp stowarzyszenia do władz. Rosła również sieć grup lokalnych w całym kraju. Oprócz zapewniania podstawowego wsparcia tym organizacjom, LSD pracuje nad ściśle ukierunkowanymi projektami – na przykład interweniuje w sytuacjach problemowych w prowadzonym przez państwo systemie metadonowym, czy pomaga wprowadzać procedury dla ponad 25 pomieszczeń do iniekcji w Holandii. Zwiększa również zakres swych przedsięwzięć na arenie międzynarodowej, zapewniając wsparcie techniczne nowym grupom w Europie Wschodniej i dawnym Związku Radzieckim oraz współorganizując doroczny Międzynarodowy Dzień Osób Zażywających Narkotyki – konferencję dla działaczy z całego świata.

Wszystko to stało się realne dzięki warunkom, których zaistnienie w wielu innych krajach wydaje się prawie niemożliwe. Z grup osób zażywających narkotyki w Amsterdamie i Rotterdamie narodziła się silna baza aktywistów. Członkowie tych organizacji nie tylko byli pionierami jeżeli chodzi o opartą na usługach koleżeńskich działalność z zakresu redukcji szkód. Pomogli również doprowadzić do sytuacji, w której zrzeszanie się społeczności osób przyjmujących zakazane substancje i aktywność ich członków traktuje się jak coś najbardziej naturalnego. Równie ważne jest stałe finansowanie rządu i współpraca z policją. Pozwoliło to rozkwitnąć zarówno LSD, jak i innym miejscowym grupom.

Z drugiej strony, sukces holenderskich stowarzyszeń i programów redukcji szkód (w tworzeniu których stowarzyszenia brały czynny

udział), w pewnym stopniu umożliwił ich współpracę z rządem. Wprawdzie istnieje już sieć oficjalnych programów ograniczania negatywnych skutków, jednak prowadzone są one instytucjonalnie przez rządową opiekę społeczną i koordynowane przez ściśle określonych, lokalnych „pracowników profilaktyki”. Wiele osób dąży do profesjonalizacji programów redukcji szkód oraz wsparcia ze strony rządu. Znaczna część krajów europejskich i wiele innych państw, w których programy te „odcięły się” od swoich korzeni, stoi jednak przed poważnym problemem, bowiem taki rozwój wypadków grozi osłabieniem bazy aktywistów i zmniejszeniem atrakcyjności usług świadczonych przez nich najbardziej zainteresowanym – osobom zażywającym narkotyki.

Redukcja szkód na początku lat dziewięćdziesiątych w Australii

W Australii rozwój grup osób zażywających narkotyki przebiegał na początku lat dziewięćdziesiątych podobnie, jak w Holandii, m. in. towarzyszyła mu równie otwarta postawa rządu. W pierwszych latach globalnej wojny z narkotykami Australia obrała kurs zbliżony do Stanów Zjednoczonych. Przy planowaniu oficjalnych kampanii antynarkotykowych kładziono nacisk na demonizowanie osób stosujących nielegalne używki i dławienie handlu nimi. Jednak w 1988 roku Australia nagle zmieniła swoje podejście, przyjmując nową krajową politykę narkotykową. Skoncentrowała się ona także na alkoholu i tytoniu oraz wyraźnie uwzględniła zasady redukcji szkód (jako pierwsza narodowa strategia na świecie).

Rok później ogłoszono nową Australijską Krajową Strategię Przeciwdziałania HIV i AIDS. Podczas jej tworzenia prowadzono konsultacje z wieloma grupami zawodowymi i społecznymi, w tym również z przedstawicielami populacji osób zażywających narkotyki, wyraźnie opierając się na koncepcji wymagającej bezpośredniego zaangażowania jednostek najbardziej narażonych na ryzyko. Koncepcja ta – od momentu rozkwitu ruchów pro-zdrowotnych i konsumenckich w latach osiemdziesiątych – zdążyła już głęboko wrosnąć w tamtejszy krajobraz polityczny. Jak napisał Nick Crofts, australijski badacz problemów

narkotykowych oraz HIV i AIDS, nowy plan „ponownie zdefiniował związek między rządem, a osobami iniekcyjnie zażywającymi narkotyki. W strategii tej postrzegano ich jako jednostki zdolne do kształcenia się i bycia wykształconymi, tworzenia organizacji, zarządzania funduszami, reprezentowania własnych społeczności, zasiadania w rządowych komisjach doradczych oraz pełnienia różnorodnych funkcji jako osoby zażywające narkotyki”. Ważnym bodźcem dla dalszego rozwoju grup tych osób był fakt, że strategia zapewniała znaczne finansowanie ich działalności⁶.

W efekcie w każdym ze stanów i terytoriów Australii założono nowe stowarzyszenia, lub wzmocniono już istniejące. Stworzono także krajową organizacją parasolową – Australijską IV Ligę, z której powstała później Australian Injecting and Illicit Drug Users’ League (AIVL)ⁱ. Ze względu na wzrost liczby infekcji wirusem HIV wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki, próby stworzenia podobnej formacji podjęto już w połowie lat osiemdziesiątych w Sydney. Były one również wynikiem docierających do Australii informacji na temat działalności holenderskiej grupy Junkiebonden oraz rosnącej pozycji organizacji aktywistów gejowskich⁷.

Pierwszym w pełni funkcjonującym regionalnym stowarzyszeniem australijskim była jednak Victorian Intravenous AIDS Group (VIVAIDS)ⁱⁱ, która wykształciła się z kilku grup samopomocowych w stanie Victoria. Niedługo po powstaniu otrzymała grant od stanowego Departamentu Zdrowia na prowadzenie pierwszego opartego na modelu koleżeńskim programu wymiany strzykawek w Melbourne. Poświęcenie personelu i wolontariuszy, wsparcie władz i zapewnianie, niezwykle ważnych dla osób zażywających narkotyki, darmowych usług sprawiły, że grono członków VIVAIDS szybko zaczęło się powiększać. Niestety, chociaż uruchomienie programu wymiany strzykawek było bez wątpienia wielkim osiągnięciem, według Crofta, „jako grupa osób zażywających narkotyki, VIVAIDS odnosiła mniejsze sukcesy”. Ogarnięcie poczynąń całej formacji okazało się niezwykle

ⁱ Australijska Liga Osób Zażywających Narkotyki (przyp. tłum.)

ⁱⁱ Grupa Osób Przyjmujących Narkotyki Dożylnie Wobec AIDS w stanie Victoria (przyp. tłum.)

trudne, po części ze względu na częste zmiany w kierownictwie, po części na skutek kłopotów wynikających z konsumowania narkotyków przez jej liderów.

Na podobne problemy napotkały również inne australijskie grupy. W konsekwencji władze dość szybko w znacznym stopniu ograniczyły im pomoc finansową. Najwyraźniej oczekiwano od nich nieskazitelnego, sprawnego działania od samego początku, co okazało się oczywistym błędem w założeniu. Brak wiedzy, umiejętności, stabilnego finansowania i innych zasobów niezbędnych do kierowania stowarzyszeniem w każdej „pozbawionej historii samorządności” organizacji społecznej, nieuchronnie prowadzi do problemów. W 1990 roku władze czasowo wstrzymały finansowe wspieranie VIVAIDS. Choć grupie udało się przetrwać, epizod ten stanowił niewątpliwie impas w rozwoju usług i działalności społeczno-politycznej opartej na modelu koleżeńskim⁸.

Organizowanie się osób zażywających narkotyki w Australii mimo wszystko okazało się wielkim sukcesem – do tego stopnia, że nawet po tych pierwszych latach „trudno było sobie wyobrazić, w jaki sposób rządowe departamenty mogły kiedykolwiek skutecznie poruszać się w niektórych obszarach (przede wszystkim jeżeli chodzi o zakażenie HIV) bez udziału tych grup”⁹. Udało im się pokonać wiele przeszkód, które początkowo uniemożliwiały działanie. Choć w 1993 roku wydawało się już, że AIVL poniosła całkowitą klęskę, grupa odrodziła się. Obecnie jest ważnym, ogólnokrajowym zrzeszeniem osób zażywających narkotyki. Jej program polityczny i inicjatywy finansowane są z budżetu federalnego¹⁰.

Sieć Osób Zażywających Narkotyki w Vancouver

Grupą, która w ostatnich latach odniosła najprawdopodobniej największy w skali światowej sukces jest Area Network of Drug Users (VANDU)ⁱ z Vancouver w Kanadzie. Powstała w 1997 roku w odpowiedzi na lawinowy wzrost zakażeń wirusem HIV wśród

ⁱ Lokalna Sieć Osób Zażywających Narkotyki (przyp. tłum.)

osób wstrzykujących sobie substancje psychoaktywne w Downtown Eastside w Vancouver, jednej z najbiedniejszych dzielnic uwzględniając wszystkie miasta w Kanadzie, z szacunkową liczbą 5.000 IDUs na obszarze dziesięciu przecznic.

Pierwsze spotkania stowarzyszenia, które legło u podstaw VANDU, odbywały się pod egidą Downtown Eastside Drug User Discussion Groupⁱ. Jego organizatorami byli Ann Livingston i Bud Osborn, niegdyś członkowie Political Response Groupⁱⁱ – zrzeszenia aktywistów z Vancouver, zajmującego się w przeszłości problemem zażywania narkotyków. Celami spotkań były: pomoc osobom stosującym środki odurzające w określaniu problemów ich społeczności, identyfikowanie osób, które można zaprosić do komitetów organizacyjnych i w końcu koncentracja na potrzebie konkretnych działań. W ciągu kilku pierwszych miesięcy liczba osób uczestniczących w mityngach szybko rosła – od 20 do ponad 100 na każdym z nich. Z kolei Osborn regularnie przedstawiał zgłaszane przez członków grupy problemy na zebraniach Rady Zdrowotnej Vancouver i Richmond, czego efektem był mały grant, dzięki któremu stowarzyszenie mogło opłacać transport oraz posiłki podczas spotkań¹¹.

Grupa Dyskusyjna szybko przekształciła się w VANDU i wkrótce zaczęła wywierać wpływ nie tylko na osoby przyjmujące środki odurzające w Downtown Eastside, lecz również na lokalne władze. „Nigdy wcześniej w ministerialnych gabinetach, czy biurach władz zajmujących się zdrowiem nie słyszano głosu osób zażywających narkotyki” – zauważył jeden z założycieli VANDU. „To, o czym rozmawialiśmy było dla nich jak sprawy duchowe, a wyrażony publicznie krzyk samych cierpiących – osób zażywających narkotyki – stał się naszą najpotężniejszą bronią”¹².

Liczba członków organizacji wzrosła do ponad 1.300. Wkrótce zainicjowano szeroką gamę programów. Pierwszym z nich były „alejkowe patrole”, podczas których sprzątano zużyty sprzęt do iniekcji. Miały za zadanie także dbać o bezpieczeństwo osób zażywających narkotyki

ⁱ Grupa Dyskusyjna Osób Zażywających Narkotyki w Downtown Eastside (przyp. tłum.)

ⁱⁱ Grupa Politycznej Odpowiedzi (przyp. tłum.)

i rozpowszechniać materiały informacyjne. Działania te szybko zaczęły przypominać pakiet usług programów opieki społecznej. Należały do nich: wymiana strzykawek, wizyty w szpitalach oraz pomoc koleżeńska. Zaczęły funkcjonować grupy wsparcia dla kobiet zakażonych wirusem HIV, osób zainfekowanych WZW C i stosujących metadon. Stworzono biuletyn, stronę internetową i całą gamę formalnych i nieformalnych programów edukacyjnych.

Wiele działań VANDU było bezpośrednią odpowiedzią na źle przemyślaną oficjalną politykę lub brak aktywności rządu w obszarach istotnych dla osób zażywających narkotyki. Na przykład działanie zlokalizowanego w Downtown Eastside programu wymiany strzykawek, jak wielu innych usankcjonowanych przez państwo, było wyraźnie ograniczone. Potrzebujący mogli tam jednorazowo wymienić tylko jedną strzykawkę i to wyłącznie do godziny 20.00 każdego dnia. We wrześniu 2001 roku, w celu zapewnienia bardziej elastycznego harmonogramu wymiany akcesoriów do iniekcji, VANDU rozpoczęło nocne dyżury w centrum „bajzlu” Vancouver. Punkt był czynny przez siedem dni w tygodniu od godziny 20.00 do 4.00. Program działał przez dziewięć miesięcy – do czasu, aż został czasowo zamknięty przez władze miasta – a średnia ilość wymienianych co noc strzykawek wynosiła 1.200 sztuk. Niezależna ewaluacja programu przyniosła dowody na istnienie korelacji między korzystaniem z punktu prowadzonego przez VANDU, a bezpiecznym pozbywaniem się zużytych strzykawek przez populację najbardziej narażoną na zakażenie się wirusem HIV w wyniku dzielenia się akcesoriami (przede wszystkim kobiety pracujące w „przemyśle” seksualnym i osoby, które korzystały z pomocy przy wstrzykiwaniu)¹³. Chęć, jaką organizacja przejawiała do działania z pominięciem ustanowionych przez miasto zasad, odzwierciedlała świadomość, że skuteczność podejmowanych interwencji może w dużym stopniu zakwestionować regulacje i procedury ignorujące rzeczywistość, w której żyją osoby stosujące nielegalne używki¹⁴. W połowie 2003 roku stowarzyszenie otworzyło pierwsze w Ameryce Północnej pomieszczenie do bezpieczniejszego wstrzykiwania narkotyków.

VANDU stała się dobrze znana opinii publicznej dzięki medialnym demonstracjom, które nagłaśniały problem zażywania narkotyków.

W 1997 i 2000 roku, w ramach protestu przeciwko rosnącej liczbie przedawkowań i zgonów związanych z AIDS w społeczności osób przyjmujących środki odurzające, grupa ustawiła najpierw 1.000 a potem 2.000 krzyży w Oppenheimer Park w Vancouver. Po tym, jak burmistrz odroczył stworzenie nowych usług dla członków tej populacji, aktywiści VANDU wkroczyli na sesję Rady Miasta niosąc trumny. Podejmowanie tak radykalnych działań było konieczne, by doprowadzić do przyjęcia przez władze miejskie podejścia opartego na „Czterech Filarach”. Obejmowało ono redukcję szkód i leczenie¹⁵, a także, podczas ostatnich wyborów burmistrza, skoncentrowanie się na merytorycznej dyskusji na temat substancji psychoaktywnych i problemów społecznych w Downtown Eastside.

Najważniejszy jednak jest fakt, że wielu członków stowarzyszenia powołuje się na jego wpływ na społeczność osób zażywających narkotyki – zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i jako populacji ludzi zdolnych do inicjowania zmian. Jak zauważył jeden z nich, VANDU „daje możliwość doświadczenia pracy i odpowiedzialności. Wszystkie negatywne rzeczy, które wmawiano im jako narkomanom, schodzą na drugi plan i nagle okazuje się, że są kompetentni. Pomaga to ludziom rozwijać się, rozumieć siebie i własne wybory”. Jeden z założycieli organizacji powiedział nawet, że „członkowie VANDU postrzegani są jako głos osób zażywających narkotyki. Ten głos ma szansę być usłyszany, ponieważ jest racjonalny i pełen pasji. Jeśli nie byłoby VANDU, w jaki sposób społeczność IDUs komunikowałaby się ze światem? Cierpiała by bardzo”¹⁶.

Nowa inspiracja: Tajlandia i Europa Wschodnia

Trzy przedstawione wyżej przypadki świadczą, w mniejszym lub większym stopniu, o sukcesie aktywizmu i wsparcia koleżeńskiego osób zażywających narkotyki, które wywarły wpływ na politykę rządu i ponownie zdefiniowały społeczną rolę tej populacji. Mimo wielu bojów, które grupy musiały stoczyć, w Holandii, Australii i Kanadzie stworzono warunki, w których zorganizowane związki mogły względ-

nie łatwo zwrócić na siebie uwagę, zbudować poparcie dla swoich działań a także znaleźć pomoc – nie tylko o charakterze finansowym. W miejscach, gdzie nie stworzono takich warunków, rezultaty są na ogół niejednoznaczne. Osoby stosujące narkotyki tworzą własne stowarzyszenia również w krajach, w których rząd stosuje wobec nich silnie represyjną politykę, ich społeczne napiętnowanie jest wyraźne, lub brakuje podstawowych zasobów potrzebnych do działania. Nawet w społeczeństwach, które nazwać można postępowymi, głęboka dyskryminacja osób zażywających narkotyki i namacalne zagrożenie, jakim jest dla nich występowanie publiczne, stanowić mogą poważne przeszkody w ich organizowaniu się. Problem ten jest szczególnie złożony w państwach, w których polityka narkotykowa jest najbardziej surowa. „Nikt nie może zaprzeczyć, że osoby regularnie zażywające zakazane substancje [np. „twarde” narkotyki, jak heroina i kokaina] często cierpią najbardziej – na ogół zażywają je (...) częściej i w związku z tym ponoszone przez nie koszty zdrowotne, społeczne i prawne są o wiele większe”, pisze Paul Cherashore. „Często [właśnie te osoby] mają najwięcej do stracenia, jeśli publicznie ujawnią swoją sytuację. Muszą rozsądnie ważyć korzyści i zagrożenia, które przyniesie oficjalne przyznanie się do zażywania narkotyków”¹⁷. Problem ten może z kolei ograniczać skuteczność nowo powstałego stowarzyszenia, jeśli w konsekwencji musi ono wykorzystywać byłych narkomanów lub osoby nie zażywające narkotyków jako jego przedstawicieli na forum publicznym. Może to również tworzyć bariery, które osobom posiadającym cenne umiejętności i zażywającym narkotyki uniemożliwią uczestniczenie w działaniach (osoby te najprawdopodobniej pracują, co dodatkowo pociąga za sobą ryzyko utraty zatrudnienia).

Wielkie znaczenie ma również fakt, że – szczególnie w trudnych warunkach – sukces organizowania się osób zażywających narkotyki zależy od silnych liderów. Jon Paul Jammond, opisując próby zbudowania North American Users Unionⁱ, wskazał ten czynnik jako główną przeszkodę w tworzeniu grup na poziomie lokalnym: „W warunkach zbyt często wrogich i nieustannie marginalizujących

ⁱ Północnoamerykańska Unia Osób Zażywających Narkotyki (przyp. tłum.)

osoby uzależnione, w których każdego dnia zmuszane są one do konfrontacji ze społeczeństwem, tylko ktoś naprawdę wyjątkowy może przedstawiać się publicznie jako sięgający po narkotyki, chcieć i być w stanie podjąć działania polityczne niezbędne do organizowania społeczności lokalnej o takim charakterze. Bardzo często zamiast budować trwałe formacje, które są w stanie przetrwać nieustanne roszady ich członków, niektórzy z nas – osób zaangażowanych w zrzeszanie tej społeczności – odkrywają nagle, że pracują z bardzo ograniczoną grupą zapracowanych przyjaciół, takich jak my”¹⁸.

W znacznie mniej odległej przeszłości, w warunkach diametralnie różnych od panujących w Europie Zachodniej, Australii czy Kanadzie, powstały grupy osób zażywających narkotyki w Tajlandii i Europie Wschodniej. Jest jeszcze za wcześnie, by ocenić postęp w ich rozwoju, stanowią jednak interesujące przypadki, które – do pewnego stopnia – kontrastują z przedstawionymi powyżej.

Tajska Sieć Osób Zażywających Narkotyki (TDN) powstała pod koniec 2002 roku, w czasie poprzedzającym wielką czystkę przeprowadzoną wśród osób stosujących nielegalne środki – wydarzenie, które stało się siłą napędową grupy. Chociaż powszechnie chwali się Tajlandię za działania na gruncie kontroli rozprzestrzeniania się wirusa HIV (zwłaszcza edukację na temat bezpieczniejszego seksu i używania prezerwatyw, która znacząco wpłynęła na kształt epidemii od 1990 roku), długo zwlekano tam z zainteresowaniem się problemem narkotyków. Redukcja szkód w tym kraju w zasadzie nie istnieje i choć rozpowszechnione są różne formy konsumowania substancji psychoaktywnych, osoby sięgające po nie – szczególnie na drodze iniekcyjnej – narażone są na głęboko zakorzenione w społeczeństwie i instytucjach publicznych napiętnowanie. Do 1998 roku wskaźnik zakażeń wirusem HIV wśród IDUs wzrósł do szacowanego poziomu 30 %, zaś od tamtego czasu wynosi w różnych częściach Tajlandii od 20 do 50 % ¹⁹.

Początkowo TDN tworzyła grupa 10 przyjaciół, którzy wspólnie opuścili społeczność terapeutyczną i zaczęli regularnie omawiać brak usług dla osób zażywających narkotyki, zły stan państwowej terapii uzależnień i kwestie związane z dyskryminacją²⁰. Część z nich zaangażowała się w Tajską Sieć Osób Żyjących z HIV (TNP+) i Tajską Grupę

Zadaniową Leczenia AIDS (TTAG) – organizacje pozarządowe walczące o większą dostępność leczenia HIV, z uwzględnieniem seropozytywnych osób sięgających po nielegalne używki. Uczestnictwo w Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat HIV i AIDS w 2001 roku stało się inspiracją dla niektórych członków TTAG, którzy mieli okazję poznać tam różne grupy aktywistów (zwłaszcza tych z korzeniami w radykalnym ugrupowaniu ACT-UP, pionierze wymiany strzykawek w Nowym Jorku pod koniec lat osiemdziesiątych).

Po powrocie do Tajlandii grupa wraz z TNP+ i podobnymi organizacjami rozpoczęła dokumentowanie scen narkotykowych i naruszeń praw osób zażywających zakazane substancje w trzech miastach w różnych regionach kraju: Chiang Mai na północy, Bangkoku w centralnej części oraz Satun na południu. Efektem tych badań i punktem wyjścia dla TDN, której formalne narodziny przypadły właśnie na ten okres, był raport definiujący podstawowe kwestie, na których w pierwszym rzędzie należało się skoncentrować. Zidentyfikowano w nim ryzykowne zachowania i brak świadomości HIV wśród znacznej części narkomanów, systematyczną ich dyskryminację ze strony personelu medycznego i powszechne nękanie przez policję, jak również zakłócanie świadczenia usług dla nich (np. poprzez ulokowanie komisariatu policji tuż obok kliniki metadonowej w Satun). Zakażone wirusem HIV osoby zażywające narkotyki nie mogą korzystać z terapii antyretrowirusowej, która w Tajlandii jest obecnie bezpłatna i składa się z produkowanych lokalnie leków. Nie zmienia tej sytuacji fakt, że kraj stara się o zwiększenie liczby osób objętych leczeniem przy udziale Światowego Funduszu Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią²¹. Problemem jest również silne poczucie winy u tych osób i zaprzeczanie istnieniu problemu konsumowania środków odurzających w społecznościach lokalnych. „Pewna kobieta z Bangkoku jest w siódmym miesiącu ciąży, nie chodzi do lekarza, a ciągle jest na heroinie – mówi Paisan Tan-Ud, członek TDN. – Kiedy z nią rozmawialiśmy, wyszły na jaw wszystkie jej obawy: Czy ma AIDS? Czy dziecko będzie zdrowe? Do szpitala nie pójdzie, ponieważ się wstydzi”.

Wyrażając potrzebę ochrony praw osób zażywających narkotyki w Tajlandii i opłakany stan usług oferowanych przez państwo,

stowarzyszenie szybko uzyskało wsparcie w formie grantów, przyznawanych przez organizacje międzynarodowe na rozpoczęcie działalności. Jednocześnie postawy wobec grupy pozostawały co najmniej ambiwalentne. „Kiedy wybraliśmy się z raportem do ONCB (Tajskiej Delegatury Organu Kontroli Narkotyków), pierwsze pytanie, jakie usłyszeliśmy, brzmiało: ‘To narkomani w ogóle mają prawa?’” – wspomina Tan-Ud. Sprawa TDN podnoszona była jeszcze podczas zainicjowanej w lutym 2003 roku przez premiera Thaksina Shinawatra nagonki na osoby zażywające narkotyki, której celem było wyeliminowanie problemu nielegalnych używek w Tajlandii. Rezultatem kilku miesięcy tej brutalnej „wojny” były czarne listy dziesiątków tysięcy podejrzewanych o związki z narkotykami Tajów, masowe aresztowania, skazywanie na przymusowy odwyk i co najmniej 2.275 morderstw – popełnionych prawdopodobnie przez policję. W sprawie niewielu z tych zbrodni wszczęto jakiekolwiek śledztwo²².

Odpowiedzią TDN na owe naruszenia były, podejmowane zarówno w kraju, jak i za granicą, próby podniesienia świadomości co do rozmiarów rozgrywającej się tragedii. Zawiązano skuteczną współpracę z narodową komisją praw człowieka, grupą Asia Forum zajmującą się prawami człowieka i z sympatyzującymi z nią ustawodawcami, którzy zaczęli wywierać presję na rząd. Zainicjowano serię działań, takich jak, między innymi, demonstracja w czasie przemówienia ministra zdrowia na Międzynarodowej Konferencji Redukcji Szkód w Chiang Mai, czy międzynarodowy dzień solidarności (12 czerwca 2003 roku), w ramach którego zorganizowano liczne imprezy w Tajlandii, Wielkiej Brytanii, Francji, Rosji, Stanach Zjednoczonych, Australii i w innych krajach. Rosnący krytycyzm wobec prowadzonej przez Tajlandię wojny z narkotykami zmusił szefa rządu do stonowania swojej retoryki i chociażby pokazowego ukrócenia najpoważniejszych wykroczeń przeciw osobom zażywającym środki odurzające. Nawet wobec tak jednoznacznego potępienia, w październiku 2003 roku agresywna strategia antynarkotykowa obowiązywała w Tajlandii nadal, a sondaże opinii publicznej wskazywały, że społeczeństwo generalnie popiera taką formę przeciwdziałania narkomanii. Jednym z rezultatów miejscowej polityki antynarkotykowej jest rosnąca podatność na HIV i choroby zakaźne, będąca

rezultatem systematycznego spychania omawianej populacji do podziemia. Badanie przeprowadzone ostatnio przez Uniwersytet Chiang Mai, tajskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Uniwersytet Johna Hopkina w Baltimore pokazało, że 37 % osób zażywających narkotyki, korzystających z lokalnych usług rehabilitacyjnych, opuściło je „na skutek prześladowań rządu”^{23,24}.

TDN nadal monitoruje sytuację i odgrywa ważną rolę w walce o prawa osób zmagających się z problemem narkotyków. Działania formacji zorientowane są obecnie na rozwijanie łatwo dostępnych i użytecznych usług, w tym wymiany strzykawek. W październiku 2003 roku Światowy Fundusz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią nagrodził TDN trzyletnim grantem w wysokości 1,3 miliona dolarów, z którego finansowane będą programy redukcji szkód oparte na modelu środowiskowym, dobrowolne usługi testowania w kierunku HIV oraz programy edukacyjne dla personelu medycznego, więziennego i policji. Propozycja TDN to pierwszy jak dotąd wniosek o finansowanie zaakceptowany bez wsparcia kontrolowanego przez rząd Krajowego Mechanizmu Koordynującego, który zawsze opiniuje aplikacje wysyłane do Światowego Funduszu. Wyjątek ten podkreśla niecodzienne osiągnięcie tajskiego stowarzyszenia. Jest również potwierdzeniem, że największa światowa organizacja finansująca działania związane z AIDS przyznaje, że niektóre kraje nie zaspokajają nawet podstawowych potrzeb marginalizowanej społeczności osób zażywających narkotyki. Łącząc świadczenie usług ratujących życie i walkę o prawa człowieka, TDN wybrała strategię, która okazała się najlepszym wzorem dla zrzeszeń osób zażywających narkotyki w Europie, Kanadzie i Australii. To niesamowite, że tajskim aktywistom udało się osiągnąć tak wiele w czasie zaledwie rocznej działalności.

Również w Europie Wschodniej pojawiły się w ostatnich latach liczne grupy osób sięgających po zakazane środki, m. in. na Litwie, Białorusi, Ukrainie, w Rosji, Bułgarii, Chorwacji i Słowenii. Warunki finansowe, prawne oraz tło kulturowe są tam dalece odmienne od panujących w krajach omawianych powyżej. Powoduje to, że choć nowo powstałe formacje osiągają w tych krajach pewnego rodzaju sukcesy, to narażone są ciągle na zastój w rozwijaniu własnej działalności.

Tym, co najwyraźniej odróżnia kraje Europy Wschodniej od pozostałych jest fakt, że programy redukcji szkód powstały w nich wcześniej, niż same organizacje osób zażywających narkotyki. Dzięki finansowej i technicznej pomocy ze strony International Harm Reduction Development (IHRD)ⁱ, będącego częścią Open Society Institute, a także krajowych organizacji pozarządowych zrzeszonych w sieci Fundacji Sorosa, w latach 1996-2003, w 23 państwach Europy Wschodniej i Azji Środkowej zrealizowano ponad 200 projektów bezpośrednich usług z zakresu redukcji szkód, takich jak programy metadonowe i programy wymiany strzykawek. W sytuacji bardzo szybko rozprzestrzeniającego się wirusa HIV oraz – w przeważającej mierze – surowych postaw i regulacji prawnych wobec osób sięgających po narkotyki, wiele z nowych programów stworzyło wyjątkową, bezpieczną przestrzeń dla tej społeczności. Zwłaszcza w miastach, gdzie osoby zażywające substancje psychoaktywne prowadziły usługi metodą pracy środowiskowej (np. w Konstancy w Rumunii, Omsku w Rosji czy ukraińskiej Odessie), zorganizowana pomoc koleżeńska i aktywność w działaniu rozwinęły się jako bezpośredni efekt bliskich związków i wsparcia ze strony funkcjonujących już programów. Organizacje utworzone przez użytkowników metadonu na Litwie i w Bułgarii, najprawdopodobniej ze względu na silne powiązania łączące je z intensywnie rozwijającymi się programami redukcji szkód, zajęły się także osobami czynnie zażywającymi narkotyki na ulicach.

Należy jednak zauważyć, że fakt wprowadzenia programów ograniczania szkód przed pojawieniem się organizacji osób zażywających narkotyki ma również negatywne konsekwencje. Szczególnie w dawnym Związku Radzieckim wiele takich programów prowadzonych jest przez rząd. Większość z nich podlega biurokratycznym przepisom związanym z AIDS. Brak tradycji pracy społecznej czy zdrowia publicznego, zarówno na poziomie dyskusji akademickiej, jak i w praktyce, skutkuje nadmiernie zinstytucjonalizowanym i „medycznym” podejściem do zapewniania tego rodzaju usług. Stosunkowo niedawne powstanie grup osób zażywających narkotyki nie pozwala im – przy-

ⁱ Międzynarodowy [Program] Rozwoju Redukcji Szkód (przyp. tłum.)

najmniej na razie – rościć sobie praw wobec programów redukcji szkód i innych inicjatyw w tym obszarze. Wszystko to wspólnie sprawia, że zaangażowanie społeczności lokalnych w świadczenie usług, które tradycyjnie przypisuje się konserwatywnym specjalistom, jest wyraźnie niedoceniane. Oczywiście sytuacja ta nie występuje wszędzie w takim samym stopniu (zarówno w NGOⁱ, jak i w programach prowadzonych przez rząd, pracuje wielu oświeconych i zorientowanych na społeczności lokalne osób), stanowi jednak poważną przeszkodę w rozwoju stowarzyszeń osób zażywających narkotyki oraz skuteczności programów redukcji szkód w regionie.

Innym problemem jest fakt, że prawie żadna z grup w Europie Wschodniej nie jest w stanie realizować modelu mieszanego (świadczenie usług i jednocześnie wpływanie na politykę), przyjętego przez niektóre organizacje w Kanadzie, Australii i Europie Zachodniej. Jest to w dużej mierze kwestia autonomii tych formacji. Redukcja szkód wciąż nie otrzymuje dostatecznego finansowania (szczególnie mizerny, jeśli nie żaden, jest tutaj udział samorządów lokalnych), co znacznie ogranicza możliwości rozszerzenia dotychczasowej działalności. Jak już wspomniałem, członkowie zrzeszeń osób zażywających narkotyki, w niektórych miastach angażują się w programy ograniczania skutków jako pracownicy lub wolontariusze. Taki układ niewątpliwie przynosi korzyści zarówno osobom przyjmującym zakazane używki (otrzymującym akceptację i wsparcie w gronie profesjonalistów), jak i instytucjom (które nabywają użyteczną wiedzę od zażywających narkotyki pracowników, a działania tych instytucji traktowane są jako bardziej uprawnione przez korzystające z nich osoby sięgające po te środki). Jednak integracja z instytucją profesjonalnie zajmującą się redukcją szkód może uniemożliwić osobom konsumującym nielegalne używki wynajdywanie własnych sposobów działania, osłabić krytycyzm wobec oficjalnej polityki i ograniczyć zaufanie, jakim darzą ich inni narkomani, którzy na podstawie doświadczeń z przeszłości mogą podchodzić z dystansem do świadczonych im usług²⁵.

* NGO – Non-Governmental Organization – organizacja pozarządowa (przyp. tłum.)

Organizacje, które próbowały oferować usługi na większą skalę, często otrzymywały niewystarczające wsparcie, a nawet były narażone na czynne represje. Dobrym przykładem jest formacja „Pozostań przy Życiu” z Konstancy w Rumunii. Jak wiele innych stowarzyszeń, powstała wokół grupy osób zażywających narkotyki, pracujących przy lokalnym projekcie redukcji szkód. Z czasem przejęła kontrolę nad jego finansowaniem, dzięki czemu stał się on pierwszą instytucją w regionie prowadzoną wyłącznie przez osoby dotknięte problemem. Grupa napotkała jednak na rosnącą presję ze strony lokalnej policji. Jej członkowie byli ciągle obserwowani, kilku z nich aresztowano i wtrącono do więzienia z nieproporcjonalnie wysokimi wyrokami i zasądzonymi kaucjami. Dokładano przy tym wszelkich starań, by ich zastraszyć²⁶. Choć stowarzyszenie „Pozostań przy Życiu” otrzymało wsparcie innych rumuńskich programów ograniczania szkód, a także niektórych organizacji międzynarodowych, poziom represji ze strony lokalnych władz skutecznie przeszkodził mu w rozwoju.

Innym grupom powiodło się lepiej. Kołodiec w Moskwie i Inicjatywa na Rzecz Wzajemnego Wsparcia Osób Zażywających Narkotyki (IDUMS) w Wilnie zbudowały małe, lecz wpływowe organizacje, uważane w innych częściach regionu za modelowe. Jako pierwsze w krajach byłego Związku Radzieckiego, formalne struktury osób przyjmujących środki odurzające, Kołodiec i IDUMS skoncentrowały się bardziej na walce z ich społecznym naznaczeniem i wpływaniu na zmianę polityki, niż na zapewnianiu usług (choć niektórzy członkowie rosyjskiej grupy z początków jej funkcjonowania zaangażowani byli w powstały w Moskwie, a obecnie nie funkcjonujący program środowiskowy holenderskiego oddziału organizacji „Lekarze bez Granic”). Konsekwentne przywództwo, seria dobrze zaplanowanych akcji publicznych i kilka przypadkowych znajomości skupiły na obu stowarzyszeniach uwagę lokalnych twórców polityki i instytucji międzynarodowych. Do połowy 2003 roku zarówno formacja rosyjska, jak i litewska rozszerzyły zakres działań i ich zasięg geograficzny, jak również zacieśniły związki z aktywistami walczącymi o prawa osób żyjących z HIV i o reformę systemu prawnego.

Zażywanie narkotyków, zdrowie i prawa człowieka

Ludzie zajmujący się zagadnieniami zdrowia publicznego i narkotyków coraz częściej dostrzegają związek między ochroną praw człowieka a skuteczną profilaktyką HIV i chorób zakaźnych. Wiodące międzynarodowe organizacje praw człowieka prowadzą badania lub wdrażają programy, które w większym lub mniejszym stopniu ukierunkowane są na walkę z naruszeniami praw osób zażywających narkotyki, jako część szerszych działań na rzecz ograniczania rozprzestrzeniania się wirusa HIV²⁷. Również agendy zajmujące się redukcją szkód i międzynarodowe instytucje stykające się z narkotykami wkomponowały w swoje strategię język praw człowieka. Godne zauważenia są tu UNAIDS i Światowa Organizacja Zdrowia, które dostrzegają negatywny wpływ, zarówno na profilaktykę jak i leczenie HIV, działań takich jak naruszanie prywatności, brak ochrony prawnej oraz prześladowanie w pracy, dyskryminacja jeżeli chodzi o kształcenie, sytuację mieszkaniową, opiekę zdrowotną oraz w innych obszarach²⁸.

Próba rozszerzenia takiej ochrony na osoby zakażone wirusem HIV, w tym również zażywające narkotyki, jest celem niewątpliwie chwalebny. Aktywiści walczący o prawa człowieka skupiają się głównie na korupcji, rasizmie oraz naruszaniu prawa karnego i procedur związanych z jego egzekwowaniem²⁹. Perspektywa zdrowia publicznego w prawach człowieka pomija większe kwestie społeczne i kulturowe, jest także konsekwentnie nieskuteczna. Przyjmowanie takiego podejścia nie zadowala osób zażywających narkotyki na dwóch poziomach: przez dyskredytowanie ich dyskryminowania (opierającego się na zażywaniu narkotyków *per se*) oraz przez unikanie zajęcia stanowiska w kwestii kryminalizacji osób zażywających narkotyki, leżącej u podstaw większości problemów, na jakie napotykają. Czy można oczekiwać, że w systemie, w którym obowiązują te standardy, osoby sięgające po nielegalne używki cieszyć się będą nowo zdobytym dostępem do leczenia AIDS i wymiany igieł, biorąc pod uwagę, że w więzieniach znajdują się nadal miliony uzależnionych? Jeśli podstawowa zasada koncepcji zdrowia publicznego, opartej na prawach człowieka mówi, że niemożliwe

jest wprowadzenie skutecznych programów zdrowotnych, gdy grupa docelowa żyje w atmosferze „bycia ściganym”, to w jaki sposób mogą zadziałać półśrodki (potępienie stygmatyzacji opierającej się na statusie serologicznym, lecz ignorowanie piętnowania mającego u podstaw zażywanie środków odurzających)?

Narkotyki i kwestie HIV nadal są całkiem nową dziedziną w systemie praw człowieka, jednak w debacie na temat ich wzajemnej zależności uczyniony został pewien postęp. Kluczem do niego są same osoby zażywające narkotyki. Międzynarodowe organizacje, sponsorzy, instytucje badawcze oraz agendy ONZ coraz baczniej zwracają uwagę na osoby zażywające substancje psychoaktywne. Powoli zaczynają znajdować sposoby bardziej bezpośredniego wsparcia zaangażowania osób zażywających narkotyki w ich pracę, takie jak – w ograniczonym stopniu – włączanie tych osób w projektowanie programów. Instytucje, w których koncentruje się debata, z konieczności pozostają biurokratycznymi „moločami”, nie dopuszczającymi do swoich gremiów osób z zewnątrz. W rezultacie reprezentanci osób sięgających po narkotyki muszą stawiać czoła wyzwaniu, jakim jest ciągle poszukiwanie sposobów dotarcia do właściwych instytucji z ideami i troskami tej społeczności. Działacze chcą tam zabiegać o zwiększenie obecności (i dostępności finansowania) problemu zażywania narkotyków w zdrowiu publicznym oraz wyrazić krytykę wojny z narkotykami prowadzonej w imię praw człowieka. Tymczasem życzliwie nastawione instytucje muszą bardziej aktywnie zwalczać podwójne standardy, stosowane wobec narkomanów. Prowadzenie badań w obrębie grup osób zażywających nielegalne środki jest jednym z najmniej kontrowersyjnych sposobów kierowania na nie pozytywnej uwagi. Zwiększanie roli tych osób w planowaniu i wdrażaniu środowiskowych programów o charakterze zdrowotnym powinno być coraz łatwiejsze, krok za nim zaś powinno iść stabilne finansowanie.

Lokalne grupy osób zażywających narkotyki stoją jednak w obliczu bardziej elementarnych wyzwań związanych z organizacją, zarządzaniem i rozszerzaniem własnego zaplecza politycznego. Umiejętność obracania się wśród polityków wyższego szczebla jest niewątpliwie cenna i konieczna. Jednak prawdziwą siłą aktywizmu jest jego

bezpośredni związek ze społecznościami lokalnymi, które inaczej nie byłyby reprezentowane w publicznej debacie na ich temat. Definiowanie priorytetów, określających najlepsze sposoby służenia tym społecznościom, zakłada uwzględnianie rozmaitych czynników, które należy nieustannie ewaluować, jeśli grupy mają utrzymać energię niezbędną do funkcjonowania. Trzeba zająć się w równym stopniu strukturą sieci społecznych na scenie narkotykowej, względną wartością demokratycznych i hierarchicznych form organizacji oraz równowagą między bezpośrednimi usługami i bardziej otwartą działalnością o charakterze politycznym³⁰.

Na poziomie organizacyjnym większość grup osób zażywających substancje psychoaktywne odczuwa brak stabilizacji. Niedostatek funduszy i wsparcia niezbędnego do zyskiwania nowych umiejętności, jak również permanentne zmiany w składzie stowarzyszeń i inne skutki chaosu związanego z zażywaniem narkotyków, mogą być podstawowymi barierami stojącymi na drodze do ich długowieczności i skuteczności. Jak wszystkie inne zrzeszenia społeczności lokalnych, grupy osób przyjmujących te środki potrzebują po prostu trochę czasu na zdobycie doświadczenia i wypracowanie kontaktów i związków, które pozwolą im na skuteczne funkcjonowanie, tak jak w przypadku formacji w Europie i Australii, które ustabilizowały się po minimum dziesięciu latach działalności.

Dokładnie tak samo, jak w przypadku wszystkich innych stowarzyszeń społeczności lokalnych, również grupy osób zażywających narkotyki na ogół gasną w osamotnieniu. Natomiast wszystkim organizacjom, które osiągnęły sukces, udało się uformować partnerstwa z różnymi podmiotami – od najbardziej oczywistych (programy redukcji szkód, reformatorzy polityki narkotykowej) po najtrudniejsze w dialogu (policja, politycy). Takie stosunki nie wymagają od nich rezygnowania z własnej autonomii, ich wartością jest natomiast jednoczesne przeciwdziałanie społecznemu naznaczaniu osób przyjmujących narkotyki i budowanie wsparcia. Wpisywanie trosk tych osób w rozszerzającą się perspektywę praw człowieka jest kluczem do jej rozwoju. W ciągu ostatnich dwudziestu lat prawa człowieka zyskiwały coraz większą ochronę przy tworzeniu polityki na poziomie krajowym i międzynarodowym,

dlatego działacze reprezentujący osoby stosujące nielegalne używki mogą obecnie wiele zyskać, naciskając na ponowne jej zdefiniowanie, by uwzględniła kwestie dla nich najważniejsze. Osoby sięgające po narkotyki muszą być również gotowe na wykraczanie ponad te granice. Grupy stawiane niegdyś pod pręgierzem zyskują siłę polityczną i akceptację społeczną. Umożliwił im to sukces ruchów obywatelskich, organizacji gejowskich i osób żyjących z wirusem HIV w batalii o prawa człowieka. Jest to dowód na to, że organizacje społeczności lokalnych, dzięki pracy od podstaw, mogą inicjować głębokie zmiany nie tylko na gruncie lokalnym, ale też międzynarodowym.

Przypisy:

¹ Zobacz na przykład:

Broadhead, Robert S. i in. *Drug Users Versus Outreach Workers in Combating AIDS: Preliminary Results of a Peer-Driven Intervention*. Journal of Drug Issues, vol. 25, no. 3, 1995.

Friedman, Samuel, *Going Beyond Education to Mobilizing Subcultural Change*. International Journal of Drug Policy, vol. 4 no. 2, 1993.

Kaplan, Ch. i in. *The 'Boule de Nieve' Project: Lowering the Threshold for AIDS Prevention Among Injecting Drug Users*. International Journal of Drug Policy, vol. 3, no. 4, 1992.

² Trautmann, Franz. *Peer-Support: Dutch Experiences with AIDS Prevention by Drug Users for Drug Users*. NIAD: Utrecht, 1994.

³ Lane, Sandra i in. *Needle Exchange: A Brief History*. The Kaiser Forums, Henry J. Kaiser Foundation, 1993. Dostępne na stronie Aegis Law Library: <http://www.aegis.com/law/journals/1993/HKFNE009.html>.

⁴ Trautmann 1994.

⁵ Osobista rozmowa z Theo van Dam, Landelijk Steunpunt Druggebruikers, 20 sierpnia 2003.

⁶ Crofts, Nick, i in. *A History of Peer-Based Drug-User Groups in Australia*. Journal of Drug Issues, no. 25, 1993.

⁷ Wodak, Alex. *Organizations of Injecting Drug Users in Australia*. International Journal of Drug Policy, vol. 4, no. 2, 1993.

⁸ Crofts, Nick, i in. 1993.

⁹ Wodak 1993

- ¹⁰ Madden, Annie. *Private Lives, Public Policy*. Prezentacja na 14. Międzynarodowej Konferencji AIDS, Barcelona, Hiszpania, lipiec 2002
- ¹¹ Kerr, Thomas, Dave Douglas, Wally Peeace, Adam Pierre, Evan Wood. *Responding to an Emergency: Education, Advocacy and Community Care by a Peer-Driven Organization of Drug Users. A Case Study of the Vancouver Area Network of Drug Users*. Health Canada: Ottawa, grudzień 2001.
- ¹² Ibidem.
- ¹³ Wood, Evan i in. *An External Evaluation of a Peer-Run "Unsanctioned" Syringe Exchange Program*, Journal of Urban Health, vol. 80, no. 3, 2003.
- ¹⁴ Des Jarlais, Donald i in. *Regulating Controversial Programs for Unpopular People: Methadone Maintenance and Syringe Exchange Programs*. American Journal of Public Health, no. 85, 1995.
- ¹⁵ MacPherson, Donald. *A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*. kwiecień 2001.
- ¹⁶ Kerr i in. 2001
- ¹⁷ Cherashore, Paul. *Outlaws and Activists*. Harm Reduction Communication. Jesień 1998.
- ¹⁸ Hammond, Jon Paul. *Drug User Organizing: The North American Users Union Experience*. Harm Reduction Communication, jesień 1998.
- ¹⁹ *Epidemiological Fact Sheets on HIV i AIDS: Thailand*. UNAIDS/WHO, Aktualizacja z 5 października 2003: <http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/index.asp>.
- ²⁰ Osobista rozmowa z Paisan Tan-Ud, Thai Drug Users Network, 2 września 2003.
- ²¹ Osobista rozmowa z Karyn Kaplan, Thai AIDS Treatment Action Group, 25 lipca 2003.
- ²² Mydans, Seth. *A Wave of Drug Killings is Linked to Thai Police*. New York Times, 8 kwietnia 2003. s. A3.
- ²³ Bhatiasavi, Aphaluck, *War on Drugs 'Raises AIDS Risk'*, Bangkok Post, 8 lipca 2003.
- ²⁴ Razak, Myat-Htoo i in. *HIV Prevalence and Risks Among Injecting and Non-Injecting Drug Users in Northern Thailand: Need for Comprehensive HIV Programmes*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 33, nr 2, czerwiec 2003.
- ²⁵ Trautmann 1994.
- ²⁶ Osobista rozmowa z Augustin Munteanu, Stay Alive, 9 listopada 2002 i 14 kwietnia 2003.
- ²⁷ Zobacz, na przykład:
Injecting Reason: Human Rights and HIV Prevention for Injection Drug Users. Human Rights Watch. Vol. 15, Nr 2(G), wrzesień 2003.
Fanning the Flames: How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan. Human Rights Watch. Vol. 15, Nr 3(D), czerwiec 2003.
- ²⁸ UNAIDS. *HIV i AIDS, Human Rights, and the Law* Dostępne na stronie internetowej: http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights.asp.
WHO. *Health and Human Rights*. Dostępne na stronie internetowej: <http://www.who.int/hhr/en/>.

²⁹ Na przykład:

Neier, Aryeh. *Taking Liberties: Four Decades in the Struggle for Human Rights*. Public Affairs: New York, 2003, s. 368–369.

Human Rights Watch. *Drugs and Human Rights*. Dostępne na stronie internetowej: <http://www.hrw.org/campaigns/drugs/index.htm>.

³⁰ Friedman, Samuel R. *Theoretical Bases for Understanding Drug Users' Organizations*. National Development and Research Institutes. Dostępne na stronie internetowej: <http://www.drugtext.org/library/articles/96741.htm>.

Matthew Curtis jest koordynatorem w Międzynarodowym Programie Rozwoju Redukcji Szkód (International Harm Reduction Development Programme), prowadzonym przez Instytut Otwartego Społeczeństwa (Open Society Institute). W swojej pracy promuje racjonalną i humanitarną politykę publiczną, uwzględniającą zażywanie narkotyków oraz problemy HIV i AIDS.

