

IV. POLITYKA REDUKCJI SZKÓD I PRAKTYKA Z NIĄ ZWIĄZANA

57. Państwa-Strony Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych są zobowiązane szanować, strzec i realizować prawo do zdrowia, mają one również znaleźć środki, które zapobiegną rozprzestrzenianiu się epidemii. W związku z tym prawo do zdrowia wymaga, aby wszystkie Państwa priorytetowo świadczyły szeroko zakrojone, krajowe usługi redukcji szkód, które dotrą do osób biorących narkotyki i do innych, najbardziej potrzebujących grup. Ponadto uwaga ogólna nr 14 Komitetu wzywa Państwa do działania na rzecz polityki, planowania wydatków, monitorowania i odpowiedzialności, co pozwoli na wsparcie takich usług i wdrożenie mechanizmów promujących świadomy udział najbardziej potrzebujących.¹

58. Zapobieganie i leczenie zakażenia HIV znacząco zależy od środków redukcji szkód przyjętych przez Państwa. Redukcja szkód może być szeroko rozumiana jako redukcja szkód zdrowotnych i społecznych związanych z braniem narkotyków.

59. Strategie redukcji szkód są związane z rozdawaniem czystych igieł i strzykawek, edukacją osób potrzebujących i grup o tym samym statusie społecznym, promowaniem prezerwatyw wśród biorących narkotyki i ich partnerów. Interwencje redukcji szkód wiążą się z terapią substytucyjną leczenia uzależnienia od opioidów, która jest bardzo efektywnym sposobem zapobiegania zakażeniom HIV i która poprawia jakość życia osób, które używają narkotyków w iniekcjach.² Jak wynika z badań, pacjenci, którzy przechodzą leczenie metadonem oraz terapię substytucyjną buprenorfiną częściej przestają brać nielegalne substancje psychoaktywne lub zmniejszają ich ilość. Ponadto, interwencje redukcji szkód są wspierane i promowane przez UNAIDS, WHO i UNODC w ich wytycznych.³

60. Specjalny sprawozdawca ONZ pragnie podkreślić, że krajowe prawo karne oraz przepisy mają istotny wpływ na udane przeprowadzenie redukcji szkód w danym kraju. Krajowe prawo karne powinno uzupełniać strategie redukcji szkód i programy z nimi związane. Prawo karne nie powinno przeszkadzać, ale ułatwiać ograniczenie zakażeń HIV i zapewnienie opieki oraz leczenia związanego z zakażeniem HIV osobom, które biorą narkotyki. Jak wynika z badań prawo karne delegalizujące posiadanie strzykawek i promujące akcje policji wymierzone w osoby biorące narkotyki zwiększa ryzyko zakażenia HIV oraz innych konsekwencji zdrowotnych, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio⁴. Ponadto prawo to może wywoływać wśród biorących narkotyki strach przed skorzystaniem z leczenia lub z innych usług zdrowotnych, skłaniając do niebezpiecznych praktyk i ryzykownych zachowania.

A. Krajowe podstawy prawne

¹ Konferencja International Harm Reduction Association (Międzynarodowe Stowarzyszenie Redukcji Szkód), maj 2008 r., przemówienie prof. Paula Hunta

² Dostępne pod adresem:

<http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/InjectDrugUsers/default.asp>

³ WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users, WHO 2009 r. [WHO, UNODC, UNAIDS Przewodnik techniczny dla krajów – ustalenie celów powszechnego dostępu do zapobiegania zakażeniu HIV, leczeniu i opieki nad osobami używającymi narkotyków w iniekcjach]

⁴ idem

61. Ustawa z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii jest podstawą prawną w Polsce kontrolowania posiadania narkotyków i świadczenia leczenia substytucyjnego w Polsce. Wyszczególnia ona jako przestępców osoby, które⁵:

- a) produkują lub przetwarzają środki odurzające lub substancje psychotropowe lub przetwarzają słomę makową (art. 57)
- b) dokonują przywozu i wywozu środków odurzających, substancji psychotropowych lub słomy makowej (art. 55)
- c) posiadają środki odurzające lub substancje psychotropowe (art. 62)
- d) uprawiają mak lub ziele konopi (art. 63)
- e) prowadzą reklamę lub promują substancję psychotropową lub środek odurzający, w celach innych niż medyczne (art. 68)

62. W obecnej sytuacji ustawa ta jest szczególnie restrykcyjna w odniesieniu do posiadania narkotyków. Posiadanie narkotyków, nawet w znikomych ilościach, jest uważane za przestępstwo karalne i czyn karygodny. Jest to powód do szczególnego niepokoju, ponieważ chociaż celem ustawy jest leczenie, a nie karanie, osoby w trakcie leczenia czasami karano za posiadanie metadonu.

63. Ponadto badanie przypadków posiadania narkotyków wykazało, że ponad 55% spraw w sądach krakowskich dotyczy posiadania jednego grama konopi, 70% przypadków było związanych z posiadaniem nie więcej niż 3 gramów, podczas gdy jedynie 17% spraw odnosiło się do ilości uważanej za komercyjną, tzn. więcej niż 3 gramów.⁶ Kontrastuje to z większością krajów europejskich, gdzie posiadanie narkotyków w ilości poniżej 3 gramów⁷ jest uważane za posiadanie narkotyków w celach prywatnych.

64. Ustawa z 2005 r. opisuje podstawę i warunki, zgodnie z którymi osoby biorące narkotyki mogą być leczone zgodnie z programem leczenia substytucyjnego. Tego typu program może być przeprowadzony przez zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia wojewody, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Podaje ono następujące kryteria przyjmowania osób:

- leczenie substytucyjne może być przeprowadzone, jeśli pacjent jest uzależniony od opioidów od przynajmniej trzech lat,
- pacjent ma ukończone 18 lat,
- metody leczenia konwencjonalnego nie przyniosły rezultatów
- pacjent obieca, że powstrzyma się od brania substancji odurzających i psychotropowych oraz
- wyrazi pisemną zgodę na rozpoczęcie takiego leczenia.

Metadon jest podstawowym wykorzystywanym narkotykiem substytucyjnym. Pacjenci uczestniczący w programie muszą chodzić na psychoterapię i rehabilitację przynajmniej dwie godziny w ciągu tygodnia.⁸

⁵ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. rok 2005, nr 179, poz. 1485)

⁶ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Krajowy Raport dla EMCDDA 2008, *Polska: Nowe wydarzenia, trendy i szczegółowe informacje o wybranych kwestiach*, str. 7-8.

⁷ Ibid, str. 8.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne.

B. Narkomania i redukcja szkód

65. Konieczne stają się ulepszone środki redukcji szkód, które pozwoliłyby na leczenie uzależnienia od narkotyków w Polsce. Według badań narkomania przeważa u mężczyzn. Odnotowano, że około 68% mężczyzn i 32% kobiet bierze narkotyki.⁹ 40 W sumie około 100 000-120 000 osób bierze narkotyki i ok. 25 000–27 000 bierze opiaty. Marihuana i amfetamina to najbardziej popularne nielegalne substancje. Wiek osób biorących narkotyki waha się od 15 do 40 lat.¹⁰

66. Historia narkomanii w Polsce sięga lat 70-tych XX w., ale dopiero w latach 80-tych i 90-tych szerokie rozpowszechnienie narkotyków wywołało zainteresowanie w Polsce, ponieważ opinia publiczna dowiedziała się o pierwszym przypadku zakażenia HIV wśród osób używających narkotyki w iniekcjach. Używanie narkotyków w iniekcjach jest znacząco skorelowane z chorobami zakaźnymi takimi jak HIV, zapalenie wątroby typu C (HCV) oraz zapalenie wątroby typu B (HBV). Zakażenia te często są związane ze zwiększonym kontaktem z krwią poprzez dzielenie się igłami i strzykawkami. Badania dot. chorób zakaźnych i osób biorących narkotyki wykazały, że HCV jest dużo bardziej rozpowszechnione wśród osób używających narkotyki w iniekcjach niż HIV, prawie 56% z nich miało wynik pozytywny i 32,5% w przypadku HIV. Jedynie 70% osób biorących narkotyki jest badanych pod kątem chorób zakaźnych. 13% osób, które są zakażone HIV poddaje się leczeniu i jedynie 10% osób zakażonych HCV uczestniczy w leczeniu.¹¹

67. Reagując na zjawisko narkomanii polskie Ministerstwo Zdrowia założyło w 1993 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Specjalny sprawozdawca ONZ spotkał się z przedstawicielami Biura i pochwała ich starania w zakresie organizacji programów i środków przeciwdziałania uzależnieniu od narkotyków i narkomanii. Biuro zajmuje się poprawą jakości programów prewencyjnych poprzez pracę nad krajową edukacją w dziedzinie narkotyków i leczenia, jak również wspieranie jej. Pracuje również nad poprawą leczenia i rehabilitacji osób używających narkotyków, w tym programów redukcji szkód i programów reintegracji społecznej. Blisko współpracuje też z międzynarodowymi instytucjami i organizacjami i wspiera wdrożenie krajowych programów zgodnie z polityką międzynarodową.

68. We współpracy z wieloma organizacjami pozarządowymi do roku 2007, Biuro założyło wiele ośrodków leczenia narkomanii¹², osiemdziesiąt pięć ośrodków szpitalnych, z czego trzydzieści trzy przyjmują nieletnich pacjentów.

Ponadto stworzono 295 ośrodków ambulatoryjnych (dziewięć z nich to ośrodki dzienne), wraz z publicznymi i prywatnymi poradniami, przychodniami, ośrodkami interwencji kryzysowej, ośrodkami zdrowia psychicznego, ośrodkami konsultacyjnymi, dziewięcioma dziennymi ośrodkami i 30 ośrodkami odwykowymi i oddziałami.¹³ Ponadto Biuro zamierzało

⁹ Dane przedstawione Specjalnemu Sprawozdawcy ds. Zdrowia, 8 maja 2009 r., przedstawione przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

¹⁰ *ibid.*

¹¹ *ibid.*

¹² Dane wysłane do Specjalnego Sprawozdawcy ds. Zdrowia, 8 maja 2009 r., Przeciwdziałanie Narkotykom w Polsce, przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, str. 5-6

¹³ *Ibid* str. 5-6

zwiększyć i rozwinąć dostępność zapobiegania i leczenia chorób zakaźnych związanych z używaniem narkotyków. Dzięki programom edukacyjnym popierającym bezpieczny seks i dystrybucji prezerwatyw zwiększyła się też świadomość roli bezpiecznego seksu. Dodatkowo w 2009 r. powstał program Zapobiegania Uzależnieniu od Narkotyków i Środków Odurzających – „Powiedz STOP narkotykom” wczesna interwencja wobec zachowań dezadaptacyjnych, część programu Ministerstwa Spraw Zewnętrznych i Administracji dot. zapobiegania i zwalczania przestępstw związanym z narkotykami w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

69. Programy uzależnienia od narkotyków są stosunkowo udane. Z najnowszych trendów wynika, że zmniejszyła się liczba zgonów związanych z braniem narkotyków oraz zaobserwowano ustabilizowanie się liczby nowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków w iniekcjach. Ponadto w ciągu ostatnich paru lat ogólnie zmniejszyła się liczba osób przyjmowanych na leczenie szpitalne. Jednak mimo tego, że zwiększyła się liczba osób otrzymujących leczenie substytucyjne (1531 w maju 2009 r.), z badań wynika, że jedynie 14% osób używających narkotyków pod kontrolą lekarską otrzymuje leczenie metadonem, podczas gdy prawie 82% pod kontrolą lekarską nie otrzymuje żadnego leczenia substytucyjnego. Ponadto zaobserwowano również zmniejszenie liczby dostępnych programów wymiany igieł i strzykawek w ciągu ostatnich lat. Na przykład, choć istniało 21 programów wymiany igieł i strzykawek w Polsce w 2002 r., w 2008 r. działało jedynie 13 z nich. Całkowita liczba osób korzystających z tych programów znacząco zmalała w 2008 r., jedynie 432 720 igieł i 318 054 strzykawek zostało rozdanych w kraju.¹⁴

70. Ponadto, jak wynika z tych tendencji, choć leczenie substytucyjne jest dostępne, leczenie bez używania leków jest wciąż dominujące. Stanowi to szczególny powód do obaw, ponieważ z badań wynika, że terapia substytucyjna jest bardziej skuteczna i mniej kosztowna w przypadku leczenia uzależnienia od narkotyków.¹⁵

71. Specjalny sprawozdawca zauważył jednak znaczącą poprawę w tej kwestii, ponieważ metadon jest dostępny w wielu miastach w całym kraju. W 2007 r. 15 programów substytucyjnych było dostępnych zarówno w placówkach publicznych jak i prywatnych, uruchomiono też trzy nowe programy metadonowe (dwa z nich w Warszawie). Ponadto NFZ sfinansował usługi zdrowotne w 15 programach leczenia substytucyjnego w 10 województwach. W 2009 r. NFZ przekazał 17 747 307 PLN na sfinansowanie programów leczenia substytucyjnego.¹⁶ Chociaż Krajowe Biuro zamierza zwiększyć dostępność metadonu do 20% w 2010 roku, należy jeszcze intensywniej pracować nad jego dostępnością. Każdy, kto jest uzależniony od opiatów ma prawo otrzymywać leczenie oparte na dowodach.

C. Ośrodki leczenia bez używania leków

¹⁴ Dostępne pod adresem: <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/96,Pierwsze-ogolnopolskie-badanie-klientow-orazprogramow-niskoprogowych>

¹⁵ Ocena programu substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów w Republice Kirgiskiej wykazała, że leczenie za pomocą terapii substytucyjnej z metadonem zmienia zachowania ryzykowne u pacjentów, zmniejsza przestępczość i zwiększa jakość życia oraz poziom zdrowia (w ocenie własnej). WHO (2009) Ocena terapii substytucyjnej leczenia uzależnienia od opioidów w Republice Kirgiskiej, strona 7

¹⁶ Dane wysłane do Specjalnego Sprawozdawcy ds. Zdrowia, 8 maja 2009 r., Przeciwdziałanie Narkotykom w Polsce, przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, str. 9

72. Podczas misji specjalny sprawozdawca ONZ odwiedził Gdańsk, gdzie spotkał się z przedstawicielami władz samorządowych oraz przeprowadził rozmowy z przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego.

73. Pomimo faktu, że Ustawa z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii przewiduje uruchomienie programów substytucyjnych, leczenie bez używania leków – model społeczności terapeutycznej oparty na teorii całkowitej abstynencji – jest normą w Trójmieście. Istnieje prawie 310 placówek w regionie dla potrzebujących, zarówno ośrodki hospitalizacyjne jak i ambulatoryjne, a władze samorządowe przeznaczyły prawie 7 milionów PLN na ośrodki leczenia bez użycia leków. Ponieważ model społeczeństwa terapeutycznego jest nadal standardem w Gdańsku, osobom, które potrzebują leczenia metadonowe trudno jest otrzymać potrzebną opiekę na tym terenie. W tym celu muszą udać się do Warszawy albo Krakowa.

74. Specjalny sprawozdawca ONZ pochwała decyzję władz samorządowych, aby rozpocząć we wrześniu 2009 r. program metadonowy w Gdańsku, ale również z przykrością zauważa, że w marcu 2010 r. program ten nadal nie działał.

D. HIV/AIDS i polityka redukcji szkód

75. Chociaż zakażenie HIV nie było głównym tematem misji, poczyniono pewne obserwacje, o których należy wspomnieć. W tym kontekście potrzeba poprawy środków redukcji szkód w Polsce jest nadal istotna. Statystyki cytowane w raporcie Krajowego Centrum ds. AIDS wykazały, że od 1985 r. u ok. 12 068 osób wykryto wirus HIV, 5 476 zostało zakażonych przede wszystkim z powodu używania narkotyków za pomocą iniekcji. 962 osoby zmarły z powodu chorób związanych z HIV i AIDS, a każdego roku notuje się ok. 800 nowych zakażeń HIV, 809 w 2008 r. Obecnie żyją 3 603 osoby zakażone HIV (PLHIV), które uczestniczą w leczeniu antyretrowirusowym, a średnia wieku PLHIV to 20-39 lat, 70% to mężczyźni, a 20% to kobiety.

76. Ponadto istnieje znacząca obawa, że nie traktuje się poważnie ryzyka zakażenia HIV. Zakażenie to jest często wykrywane zbyt późno oraz istnieje stała potrzeba zwiększenia dostępności leczenia antyretrowirusowego. Ponadto istnieje tylko kilka ograniczonych źródeł finansowania przeznaczonych na zapobieganie zakażeniu wirusem HIV. W związku z tym funkcjonuje tylko parę ośrodków dobrowolnego poradnictwa i testowania (VCT) oraz poważne ograniczenia możliwości finansowania programów przez organizacje pozarządowe.

77. Z powodu wzrostu liczby nowych zakażeń HIV w ciągu ostatnich lat wzrosła rzeczywista potrzeba udostępniania leczenia i edukowania społeczeństwa w związku z epidemią. W odpowiedzi na tę potrzebę, w 1993 r. założono Krajowe Centrum ds. AIDS. Centrum to odpowiada za wdrażanie Krajowego programu ds. AIDS, którego celem jest ograniczenie rozprzestrzeniania wirusa HIV w kraju, poprawienie jakości życia osób żyjących z wirusem HIV oraz ich rodzin, jak również zapewnienie szerokiego dostępu do leczenia diagnostycznego i antyretrowirusowego. Wdrażając ten program Centrum skupia się na środowiskach najbardziej narażonych na zakażenie HIV, takich jak prostytutki, mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami, kobiety i dzieci. Ponadto Centrum wspiera również pracę organizacji pozarządowych oraz finansuje 22 z 27 ośrodków VCT w kraju. Specjalny sprawozdawca ONZ pochwała dotychczas przeprowadzone działania i zachęca rząd do

dalszego wzmocnienia zaangażowania poprzez dodatkowe wsparcie dla wdrażania takich programów i działań.

78. Centrum chce również zwiększać świadomość społeczną w związku z HIV i AIDS. Organizowane są warsztaty dla lekarzy, pielęgniarek, nauczycieli, doradców VCT oraz kampanie promujące bezpieczny seks, używanie prezerwatyw i innych technik redukcji szkód. Programy edukacyjne i programy zwiększające świadomość są skierowane do osób w wieku od 18 do 35 lat, podróżujących, aktywnych seksualnie i w szczególności do osób najbardziej podatnych na zarażenie wirusem HIV, takich jak kobiety i dzieci, członków społeczności LGBT, narkomanów, prostytutek, etc.¹⁷ Wiąże się również z rozpowszechnianiem odpowiednich informacji związanych ze zdrowiem, dostępnością usług, wspieraniem osób w dokonywaniu świadomych wyborów zdrowotnych.

79. Specjalny sprawozdawca pochwała zaangażowanie rządu w zapewnienie dostępu do potrzebnego leczenia antyretrowirusowego dla osób żyjących z wirusem HIV. Poprzez wsparcie Ministerstwa Zdrowia rząd nieustannie stara się sprostać swoim zobowiązaniom dotyczącym udostępnienia społeczeństwu koniecznego leczenia antyretrowirusowego. Jednak podczas gdy większość funduszy przeznaczana jest na leczenie HIV, istnieje nadal obawa, że istnieje luka w dostępnych środkach i pracy nad zapobieganiem zakażeniom HIV. W związku z tym istnieje potrzeba zwiększenia świadczeń zapobiegania zakażeniom, w tym świadczeń redukcji szkód.

80. Ponadto specjalny sprawozdawca ONZ zauważa z satysfakcją, że rząd zauważył istnienie piętna związanego z HIV, a osoby żyjące z wirusem HIV (oraz te, które uważa się za zakażone HIV lub należą do grupy ryzyka) są dyskryminowane i marginalizowane w społeczeństwie jako całości. Ponadto specjalny sprawozdawca ONZ pochwała rozwój programów edukacyjnych i kampanii oraz działalność Krajowego Centrum ds. AIDS związaną ze współpracą z różnymi organizacjami pozarządowymi w celu zwiększania świadomości na temat HIV i AIDS oraz sprostaniu problemów piętna i dyskryminacji. Należy jednak zdać sobie sprawę, że podstawa praw człowieka i prawo do zdrowia jest nierozdzielnie związane z zasadą niedyskryminacji i równości. Biorąc to pod uwagę istnieje potrzeba, aby takie programy edukacyjne były przeprowadzone w celu włączenia grup ryzyka do społeczeństwa. Należy więc podkreślić ponownie, że usługi medyczne i towary są udostępniane wszystkim na podstawie zasad równości i niedyskryminacji, niezależnie od zdrowia czy innego statusu. Można to osiągnąć zapewniając udział w kampaniach osób żyjących z HIV i członków grup ryzyka.

¹⁷ Raport Krajowego Centrum ds. AIDS 2009.