

SERIA: STUDIA NAD POLITYKĄ NARKOTYKOWĄ

Ze szczytów gór

Czego możemy się nauczyć ze zmiany szwajcarskiej polityki narkotykowej?



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

Ze szczytów gór

Czego możemy się nauczyć ze zmiany
szwajcarskiej polityki narkotykowej?

Joanne Csete, Uniwersytet Columbia

Maj 2010 r.

Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**

Copyright © 2010 Open Society Foundations Wszelkie prawa zastrzeżone

Powielanie, przechowywanie, udostępnianie i przesyłanie jakiegokolwiek części niniejszej publikacji bez zgody wydawcy jest zabronione.

ISBN: 978-1-936133-34-5

Opublikowane przez
Open Society Foundations
400 West 59th Street
New York, NY 10019
USA
www.soros.org

Więcej informacji:
Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej
Open Society Foundations
www.soros.org/initiatives/drugpolicy

Okladka i opracowanie graficzne Judit Kovács | Createch Ltd.
Zdjęcie na okładce © Mark Henley | Panos Pictures

W

roku 2011 obchodzimy pięćdziesiątą rocznicę uchwalenia Jednolitej Konwencji Narodów Zjednoczonych o Środkach Odurzających. Od półwiecza doświadczamy niepowodzeń międzynarodowej polityki narkotykowej. W większości krajów nie udało się wprowadzić skutecznego nadzoru produkcji nielegalnych środków odurzających. Według Światowego Raportu Narkotykowego z 2010 r. obecnie na rynku znajduje się więcej opium, kokainy i marihuany niż kiedykolwiek wcześniej. Wzrasta także ilość nowopowstałych substancji (dopalaczy), a środki z grupy amfetamin są produkowane na niepokojącą skalę. W Europie i Ameryce Północnej narkotyki kosztują mniej i są bardziej dostępne niż kiedykolwiek wcześniej.

Obecna polityka narkotykowa nie tylko nie odnosi sukcesu, lecz również niesie za sobą szeroką gamę destrukcyjnych konsekwencji dla poszczególnych osób i społeczeństwa. HIV, choć odkryty wiele lat po tym, jak ONZ przyjęła pierwszą konwencję o środkach odurzających, wciąż nie jest traktowany w międzynarodowym prawodawstwie narkotykowym z należytą powagą. Pomimo że związek między zakażeniem HIV a używaniem narkotyków jest aż nadto oczywisty, reżim polityki antynarkotykowej nie tylko okazuje się nieelastyczny w odpowiedzi na światowy kryzys zdrowia publicznego o olbrzymiej skali, lecz również jest barierą we wprowadzaniu niezbędnych interwencji. Rezultatem są miliony zakażeń HIV wśród osób używających substancji psychoaktywnych. Nie inspiruje on również konieczności wypracowania światowego konsensusu dotyczącego jakości standardów leczenia użytkowników narkotyków. W konsekwencji setki tysięcy osób uznanych za „narkomanów” trafiają na wiele miesięcy (a czasem nawet lat) do zamkniętych ośrodków „leczenia” i „rehabilitacji” bez procesu i poszanowania podstawowych reguł prawnych (Human Rights Watch 2010).

Zmiany są niezbędne. Liczba zwolenników humanitarnej polityki narkotykowej rośnie. Pod Deklaracją Wiedeńską z 2010 r. podpisało się 20 000 osób zaniepokojonych szybkim wzrostem zakażeń HIV wśród użytkowników narkotyków. Renomowane czasopismo

medyczne „The Lancet” poświęciło zagadnieniu specjalne wydanie, a trzech byłych prezydentów Ameryki Łacińskiej założyło Latinoamerykańską Komisję ds. Narkotyków i Demokracji, apelując o stworzenie alternatywy dla obecnego porządku. Ekonomiści podliczają koszty niedanej polityki narkotykowej, obrońcy praw człowieka dokumentują naruszenia, a lekarze apelują o prawa pacjentów. Ich głosy są jednocześnie liczne i różnorodne.

Szwajcaria stanowi ważny przykład rozwoju polityki narkotykowej opartej na dowodach naukowych. Jej przypadek potwierdza konieczność zmian. Poprzez głębokie zaangażowanie na wielu poziomach, jak również wytrwałość zwolenników i specjalistów, udało się na nowo przededefiniować sukces. Jest nim: spadek zakażeń oraz poprawa bezpieczeństwa publicznego. Mamy nadzieję, że przykład Szwajcarii zainspiruje decydentów, orędowników i samych użytkowników narkotyków do przemyślenia i zmiany kształtu polityki narkotykowej na szczeblu lokalnym, krajowym i światowym.

Kasia Malinowska-Sempruch

Dyrektor Międzynarodowego Programu Polityki Narkotykowej
w Open Society Foundations

Spis treści

Podziękowania	7
Streszczenie	9
I. Wstęp	11
II. Metodologia	13
III. Główne zmiany w szwajcarskiej polityce narkotykowej	15
IV. Czy zmiana polityki poprawiła wskaźniki społeczne i zdrowotne?	33
V. Dylematy i wnioski	35
VI. Podsumowanie	41
Aneks: Wykaz rozmówców	43
Bibliografia	45
O autorce	49

Podziękowania

Autorka pragnie serdecznie podziękować wielu urzędnikom szczebla federalnego i kantonalnego, ekspertom akademickim, pracownikom służby zdrowia, przedstawicielom organizacji pozarządowych za ich czas i zaangażowanie, z jakim dzielili się doświadczeniami, wspomnieniami, analizami i dokumentacją obejmującą różne aspekty szwajcarskiego doświadczenia. Szczególne podziękowania należą się wszystkim, którzy na potrzeby niniejszej publikacji zechcieli udzielić wywiadów. Autorka dziękuje także profesorowi Peterowi Frowi, Marii Cattai oraz Ruth Dreifuss za komentarze i uwagi pod adresem pierwotnej wersji tekstu. Pragnie także podkreślić, że za wszelkie błędy niniejszego opracowania jedyną odpowiedzialność ponosi ona sama.

Streszczenie

Szwajcaria, znana w świecie ze swojego konserwatyizmu, doświadczyła w latach osiemdziesiątych potężnego wstrząsu, stając się miejscem spotkań szerokich rzesz wyznawców kontrkultury i użytkowników narkotyków, co doprowadziło do wytworzenia się w największych miastach kraju zjawiska otwartych narkotykowych scen. Wkrótce wskaźniki epidemii HIV poszybowały w górę. W odbiorze społecznym, skądinąd słusznie, było to interpretowane jako powiązane ze wzrostem iniekcyjnego spożycia narkotyków. By doszło do odrzucenia przez Szwajcarię represyjnego porządku prawnego i ponownego przeanalizowania zasad polityki narkotykowej i działań policji, wiele musiało się wydarzyć i wiele osób musiało wziąć w tym udział. Przede wszystkim jednak wygrał sposób myślenia specjalistów od zdrowia publicznego, którzy argumentując, że szkody iniekcyjnego używania narkotyków można skuteczniej ograniczać za sprawą szeroko zakrojonych programów prozdrowotnych niż przez system represji, stworzyli podwaliny nowej polityki narkotykowej Szwajcarii.

Szwajcarski system „demokracji bezpośredniej”, w którym obywatele, jeśli zbiorą wystarczającą liczbę podpisów, mogą w krajowych referendach zakwestionować prawo i politykę rządu, oznaczał, że tutejsze władze musiały dobrze uzasadnić zmiany, aby przekonać do nich opinię publiczną. Odchodzenie od tradycyjnej polityki narkotykowej zogniskowanej głównie wokół działań policji cechowała więc szczególna ostrożność i dbałość o należyte udokumentowanie wpływu wszelkich zmian na stan zdrowia obywateli. Główne źródło niepokoju przedstawicieli publicznej służby zdrowia stanowiło iniekcyjne używanie heroiny. Szwajcaria zainicjowała więc stosowanie na szeroką skalę niskoprogowych programów substytucyjnych, wymianę igieł i strzykawek (także w więzieniach) oraz tworzenie tzw. pokojów iniekcyjnych (pomieszczeń, w których użytkownicy narkotyków mogą dokonywać iniekcji z zachowaniem

zasad bezpieczeństwa i higieny). Zdarzało się, zwłaszcza w przypadku wielkich miast takich jak Zurych, gdzie używanie narkotyków miało charakter powszechny i otwarty, że programy otwierano, balansując na granicy prawa. Punktem przełomowym okazało się wprowadzenie niskoprogowego programu metadonowego, który oznaczał odejście od dawnych przeregulowanych form dystrybucji, na rzecz szerokiego dostępu dla wszystkich potrzebujących. We wszystkich przypadkach najpierw tworzone programy, a dopiero później prowadzono ich szczegółową ocenę, zaś zebrane dowody naukowe wykorzystywano w dalszej debacie nad polityką narkotykową.

Poza wspomnianymi działaniami Federalne Biuro Zdrowia Publicznego nadzorowało także pionierski, eksperymentalny program leczenia heroiną adresowany do osób, które przez dłuższy czas borykały się z uzależnieniem od opiatów. Jego szczegółowa analiza przeprowadzona na szczeblu rządowym dowiodła, że terapia heroinowa jest możliwa i ma sens. Leczenie heroiną jest opłacalne, prowadzi do znacznej poprawy zdrowia pacjentów i radykalnie zmniejsza liczbę popełnianych przez nich przestępstw związanych z koniecznością zdobycia narkotyku. Chociaż w zestawieniu z programami wymiany igieł i strzykawek oraz programami metadonowymi skala eksperymentu była relatywnie niewielka, wzbudził on olbrzymie zainteresowanie w kraju i za granicą. Sceptycznych Szwajcarów przekonały korzyści płynące z terapii heroinowej, czemu dwukrotnie dali wyraz w krajowych referendach przeprowadzonych w atmosferze sprzeciwu zarówno lokalnej sceny politycznej, jak i Międzynarodowej Rady ds. Kontroli Środków Odurzających (International Narcotics Control Board – INCB).

W listopadzie 2008 r. po raz kolejny zdecydowana większość szwajcarskiej opinii publicznej poparła politykę „czterech filarów” – działań policji, prewencji narkotykowej, leczenia użytkowników oraz redukcji szkód. Równocześnie jednak wniosek o dekryminalizację marihuany upadł, co uświadamia nam, w jak skomplikowanych politycznie warunkach doszło do zmiany szwajcarskiej polityki narkotykowej. Obok dyskusji nad legalizacją marihuany, trwa obecnie szeroka debata dotycząca medykalizacji szwajcarskiej polityki narkotykowej. Zdaniem części decydentów i działaczy argumenty natury medycznej przeważały tutaj nad kwestiami społecznymi – przeciwdziałania biedzie i wykluczeniu społecznemu z jakim borykają się użytkownicy narkotyków.

Znaczną część szwajcarskich doświadczeń można z powodzeniem stosować w innych krajach. Badania naukowe jako podstawa działań politycznych, szczegółowa ewaluacja wdrażanych programów, współdziałanie organów ścigania i instytucji zdrowia publicznego, masowa edukacja społeczna, zewnętrzny audyt prowadzonych działań i skuteczne przedkładanie argumentów merytorycznych nad ideologie – to tylko niektóre z nich. Prawdą jest, że Szwajcaria jako mały, bogaty kraj o bardzo zwartym i dobrze działającym systemie publicznej opieki zdrowotnej nie może stanowić wzoru dla wszystkich. Trudno jednak zanegować fakt, że szwajcarscy politycy stawili czoła wielkim światowym wyzwaniom, zaś doświadczenia tutejszej polityki narkotykowej w ogromnym stopniu wzbogaciły wiedzę i praktykę międzynarodową.

I. Wstęp

Szwajcarii w żadnym wypadku nie można określić mianem lewicowego państwa. Słynna tradycja tajemnicy bankowej, bardzo późne przyznanie kobietom praw wyborczych, wygrana przeciwników budowy minaretów i meczetów w ogólnokrajowym referendum oraz opór wobec dekryminalizacji marihuany dobrze ilustrują jej konserwatyzm. Jednak w przypadku narkotyków Szwajcaria może poszczycić się powszechnie cenioną polityką, będącą przykładem progresywnego pragmatyzmu opartego na szerokiej gamie naukowo przebadanych programów prozdrowotnych adresowanych do osób uzależnionych.

Celem niniejszego opracowania jest historyczny przegląd szwajcarskiej polityki narkotykowej pod kątem uniwersalności zebranych doświadczeń, tak by potencjalnie mogły znaleźć swoje zastosowanie w innych krajach skłonnych do implementacji naukowo zweryfikowanych rozwiązań. Stąd próba identyfikacji i rozdzielenia działań uzasadnionych jedynie w lokalnym kontekście od tych, które z powodzeniem można stosować w odmiennych warunkach politycznych i społecznych. Jak w wielu innych krajach, tak i tu zmianę polityki narkotykowej wymusiły masowe zakażenia HIV. Niniejsza praca jest próbą analizy szwajcarskiej odpowiedzi na epidemię oraz powiązane z nią problemy społeczne, które w konsekwencji przyczyniły się do stworzenia polityki narkotykowej w nowym kształcie.

II. Metodologia

Wyniki niniejszej pracy oparte są na szczegółowej analizie opracowań naukowych, doniesień prasowych, raportów organizacji pozarządowych oraz literatury fachowej opisującej szwajcarską politykę narkotykową i metody przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS, a także rozmowach z politykami, naukowcami, aktywistami oraz pracownikami służby zdrowia przeprowadzonych po angielsku i francusku. W marcu 2010 r. autorka rozmawiała z 19 osobami, głównie politykami i pracownikami służby zdrowia w Zurychu, Bernie, Lozannie i Genewie (szczegółową listę osób wraz z afiliacjami zawiera aneks niniejszej pracy). Wśród nich znaleźli się m.in. była Prezydent Szwajcarii, dyrektor szwajcarskiego Federalnego Biura Zdrowia Publicznego (piastujący stanowisko w okresie zmiany polityki narkotykowej w związku ze wzrostem zakażeń HIV), wielu byłych urzędników federalnych odpowiedzialnych za zdrowie publiczne obecnie aktywnych na polu akademickim, dwóch parlamentarzystów, dyrektorzy ośrodków medycznych świadczących usługi adresowane do osób uzależnionych od opiatów, dyrektor kantonalny i wicedyrektor programów dla osób używających narkotyków, prezes i wiceprezes Szwajcarskiego Stowarzyszenia Medycyny Uzależnień oraz przedstawiciele organizacji nawołujących do zmiany polityki narkotykowej oraz stojących na straży praw użytkowników. Autorka przeprowadziła także kilka rozmów z osobami uzależnionymi, przebywającymi na terenie wizytowanych przez nią ośrodków zdrowia.

III. Główne zmiany w szwajcarskiej polityce narkotykowej

Punkt wyjścia: zjawisko otwartej sceny narkotykowej

Tak jak w wielu innych krajach, tak i w Szwajcarii końca lat osiemdziesiątych podstawą polityki narkotykowej były działania służb mundurowych. Podobnie jak w całej Europie, tak i tu, ruchy kontrkulturowe lat sześćdziesiątych doprowadziły do upowszechnienia narkotyków, z marihuaną na czele. Jednak heroina pojawiła się później, dopiero w latach siedemdziesiątych, co częściowo należy wiązać z funkcjonowaniem w sąsiednich Włoszech punktów tranzytowych amerykańskich baz wojskowych (Hämmig, w wywiadzie).

W odpowiedzi na upowszechnienie narkotyków szwajcarskie władze znowelizowały prawo federalne i nałożyły surowe sankcje, poszerzając listę substancji zakazanych (Klingemann 1996). Federalna ustawa narkotykowa z 1975 r. doprowadziła do zdecydowanego wzrostu liczby osób aresztowanych i notowanych przez policję: zarówno użytkowników jak dilerów. Postulat abstynencji zawarty w ustawie z 1975 r. uniemożliwił również szeroką dystrybucję strzykawek jako środków ochrony zdrowia (Grob 1995) oraz narzucił lekarzom konieczność uzyskania specjalnej licencji, zezwalającej na przepisywanie metadonu w celu redukcji objawów odstawiennych u osób uzależnionych od opiatów (Uchtenhagen 2009).

Pomimo intensyfikacji działań służb porządkowych iniekcyjne używanie narkotyków dalej się upowszechniało, aż do chwili gdy przybrało rozmiar poważnego problemu społecznego, szczególnie w niemieckojęzycznej części kraju. Zurych stał się wówczas centrum „młodzieżowego ruchu rewolucyjnego”, łącząc studentów, przedstawicieli kontrkultury oraz użytkowników narkotyków (Klingemann 1996). Charakterystycznym obrazkiem początku lat osiemdziesiątych były tu wieczorne spotkania setek osób używających narkotyków na tzw. „Riwierze” – zuryckim bulwarze nadrzecznym (Grob 1995). Liczba użytkowników iniekcyjnych stale rosła – w samym Zurychu wynosiła 10 tys. w 1985 r., 20 tys. w 1988 r., 30 w 1992 przy wyjściowej liczbie 4 tys. w chwili zaostżenia ustawy (Grob 2009). Policja regularnie przepędzała użytkowników narkotyków z miejsc publicznych, co w niczym nie ograniczało ani popularności, ani szkodliwości samych używek.

Rozpaczliwe działania władz próbujących opanować sytuację i zmniejszyć liczbę przestępstw związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków doprowadziły do wydzielenia specjalnej strefy dla użytkowników. W 1987 r. władze Zurychu pozwoliły im się gromadzić w parku Platzspitz, skrawku ziemi w rozwidleniu dwóch rzek, nieopodal dworca głównego (Grob 1995). Wkrótce miejsce zyskało nową nazwę: „park igieł”. W okresie szczytowej popularności każdego dnia przychodziło tam nawet tysiąc użytkowników narkotyków (Grob 2010). Badania społeczne przeprowadzone w 1990 r. wśród byłalców Platzspitz wykazały, że oprócz młodzieży pojawiała się tam spora grupa aktywnych zawodowo dorosłych, wśród których upowszechniło się używanie heroiny (Grob 1995).

Zuryscy lekarze i pracownicy socjalni przez wiele lat próbowali nakłonić władze miasta do zmiany podejścia do problemu narkomanii i rozważenia alternatywy względem rozwiązań siłowych (Grob, Seidenberg, w wywiadzie). Połowicznym sukcesem okazała się zgoda władz na świadczenie usług medycznych dla byłalców Platzspitz. I tak grupa lekarzy i pracowników socjalnych (m.in. Peter Grob, wykładowca University of Zurich oraz Andre Seidenberg, lekarz prowadzący prywatną praktykę) dostarczała na Platzspitz czyste igły i strzykawki, choć ich dystrybucja została zakazana ustawą z 1975 r.. (W połowie lat osiemdziesiątych w kantonie zuryckim programy dystrybucji igieł i strzykawek stanęły pod znakiem zapytania po wypowiedzi ówczesnego dyrektora ds. medycznych kantonu, który zagroził cofnięciem licencji każdemu zaangażowanemu w nie lekarzowi. Reakcją była podpisana przez trzystu lekarzy deklaracja nieposłuszeństwa, co w konsekwencji doprowadziło do przegłosowania w parlamencie kantonu ustawy zezwalającej na dystrybucję igieł i strzykawek przez wykwalifikowany personel medyczny [Kubler 2001, 632]).

Działania medyczne prowadzone na terenie Platzspitz były przede wszystkim odpowiedzią na wysoką śmiertelność w konsekwencji przedawkowań oraz rosnącą liczbę zakażeń HIV. W ramach programu działającego pod nazwą ZIPP-AIDS (ang. Zürich Intervention Pilot Project–AIDS, niem. Aids für Drogengefährdete und Drogenabhängige) od 1988 do 1992 r.

udzielono pomocy w 6 700 przypadkach przedawkowań, przeprowadzono tysiące szczepień przeciw żółtaczce typu B oraz rozdano ok. 10 milionów strzykawek, miliony prezerwatyw, wacików i maści odkażających (Grob 1995).

Szczegółowe statystyki prowadzonych w ramach programu działań stały się istotną częścią nieformalnego porozumienia między pracownikami ZIPP–AIDS a władzami miasta (Grob, w wywiadzie). Te pionierskie opracowania dostarczały bowiem istotnych argumentów niezbędnych do prowadzenia debaty nad zmianą polityki narkotykowej w obliczu kłęski tradycyjnych rozwiązań siłowych.

„Park igieł” doprowadził do skoszarowania użytkowników narkotyków w jednym punkcie miasta, co wzbudziło protesty ze strony mieszkańców pobliskich dzielnic i części urzędników magistratu. Tolerancja na skutki uboczne takiego rozwiązania słabła. Pomimo wprowadzenia na teren programów medycznych dalej dochodziło do przestępstw, zgonów, a widok śmiertelnie chorych osób snujących się po pobliskich ulicach należał do normy (Eisner 1995). W 1992 r. władze zuryskie zamknęły Platzspitz, a niebawem w ich ślady poszły kolejne miasta. W Bernie zamknięto podobną, choć nieco mniejszą, scenę narkotykową funkcjonującą nieopodal miejscowego parlamentu (Klingemann 1996).

Jedną z przyczyn frustracji lokalnej społeczności odnośnie funkcjonowania Platzspitz było powszechne przeświadczenie, że większość jego bywalców pochodzi spoza Zurychu. Sondaż przeprowadzone przez ZIPP–AIDS wykazały, że ponad połowa młodych ludzi pochodziła z terenów podmiejskich lub ze wsi. Decyzja o zamknięciu Platzspitz została więc poprzedzona przyjęciem szeregu ustaleń mających na celu stworzenie dziennych świetlic (tzw. drop-in centers) oraz uruchomienie specjalnych programów socjalnych i mieszkaniowych (Klingemann 1996, 731). Niestety, ich otwieranie napotkało na opór ze strony władz poszczególnych dzielnic, zaś zapoczątkowane nieco wcześniej niskoprogowe programy substytucyjne okazały się niewystarczające wobec zapotrzebowania niegdysiejszych bywalców zamkniętej sceny Platzspitz. Totalną kłęską okazał się także program „reptariacyjny” dla przyjezdnych użytkowników. Przewidywał roczny pobyt w ośrodku terapeutycznym, przygotowujący do powrotu na łono macierzystej społeczności, ale jego skuteczność okazała się znikoma, zważywszy na spontaniczne odtworzenie sceny narkotykowej, tym razem skupionej wokół opuszczonego dworcan kolejowego Letten nad rzeką Limat.

Nowa scena narkotykowa na dworcu Letten poddała próbie cierpliwość mieszkańców Zurychu. Przed zuryskimi wyborami kantonalnymi w 1993 r. partia konserwatywna SVP (Schweizerische Volkspartei, Union Démocratique du Centre – Szwajcarska Partia Ludowa), żerując na najniższych instynktach, epatowała wyborców plakatem przedstawiającym niewinną kobietę atakowaną przez uzbrojonego w nóż przestępcę. Całość została opatrzona hasłem „Dzięki lewicy i jej miłym gościom mamy więcej przestępstw, narkotyków i coraz bardziej się boimy” (ibid, 730).

W dzielnicach sąsiadujących z dworcem Letten zawiązała się inicjatywa obywatelska, która w 1994 r. zgromadziła 180 tysięcy dolarów i zagroziła, że jest gotowa do samodzielnej likwidacji sceny narkotykowej, o ile wcześniej nie zrobią tego lokalne władze (ibid, 732).

Równocześnie zjawisko scen narkotykowych potwierdzało hipotezy formułowane przez socjologów i specjalistów uzależnień – tradycyjny system leczenia oparty na wydłużonym okresie przebywania w ośrodku okazywał się nieodpowiedni w przypadku nowego pokolenia użytkowników, spędzających życie „na ulicy” (Seidenberg, w wywiadzie). Coraz liczniejsza grupa orędowników redukcji szkód apelowała o poszerzenie skali programów niskoprogowych, które nie stawiają przed użytkownikami żadnych wygórowanych wymagań. Zamknięcie sceny narkotykowej w Letten w 1995 r. nastąpiło już w sytuacji zaawansowanej, ogólnonarodowej debaty nad kształtem polityki narkotykowej.

Struktury polityczne, demokracja bezpośrednia i polityka zdrowotna w Szwajcarii

Szwajcaria, państwo liczące 7,5 miliona mieszkańców, ma strukturę konfederacji konstytucyjnej złożonej z 26 kantonów (małych stanów). Rada Federalna jest konfederacyjną, najwyższą władzą wykonawczą. Składa się z siedmiu członków wybieranych na czteroletnią kadencję przez dwie izby Zgromadzenia Federalnego (parlamentu). Przewodniczący Rady Federalnej jest wybierany każdego roku przez parlament, pełni funkcję głowy państwa i posiada tytuł „pierwszego wśród równych” w Radzie Federalnej. Jego władza wykonawcza w porównaniu do innych głów państw na świecie jest jednak mocno ograniczona. Od 1959 r. w Radzie Federalnej zasiadają przedstawiciele czterech głównych partii politycznych – socjaldemokratów, liberalnych demokratów, Szwajcarskiej Partii Pracy (SVP po niemiecku, UDC po francusku) oraz chrześcijańskich demokratów.

Izba wyższa w dwuizbowym parlamencie to Rada Kantonów. Zasiada w niej po dwóch reprezentantów z każdego kantonu wybieranych zgodnie z metodą ustaloną przez kanton. Izba niższa to Rada Narodu. Liczy 200 członków wybieranych w systemie proporcjonalnym. Kadencja reprezentantów obu rad trwa cztery lata.

Rząd federalny ustanawia przepisy w kwestiach kluczowych dla konfederacji oraz pozycji Szwajcarii na szczeblu międzynarodowym. Ale za służbę zdrowia, ład społeczny i edukację odpowiadają władze kantonów, a w niektórych przypadkach także władze miast.

Szwajcaria słynie z systemu „demokracji bezpośredniej”, w którym pełnoprawni obywatele mogą większością głosów, unieważnić ustawę parlamentarną.

Referendum można przeprowadzać w dwóch trybach. W pierwszym przypadku ogłoszenie referendum federalnego uzależnione jest od zebrania 50 tysięcy podpisów w ciągu 100 dni od daty uchwalenia ustawy. W głosowaniu obowiązuje większość zwykła. Referendum federalne może także wymusić koalicja najmniej 8 kantonów. Ponadto obywatele mają także prawo do skorzystania z inicjatywy konstytucyjnej. Zbierając pod proponowaną poprawką konstytucyjną 100 tys. podpisów w ciągu 18 miesięcy, można zmienić dany zapis konstytucji. Parlament ma w tym wypadku prawo do kontrpropozycji. By przegłosować poprawkę w tym trybie, konieczna jest zgoda większości głosujących oraz zgoda większości kantonów.

Źródła: Strony internetowe szwajcarskiej Rady Federalnej (www.admin.ch), szwajcarskiego parlamentu (www.parlament.ch) oraz Collin (2002).

HIV/AIDS w Szwajcarii

Końcówka lat osiemdziesiątych i początek dziewięćdziesiątych była dla szwajcarskiej służby zdrowia czasem największych wyzwań związanych ze śmiertelnością spowodowaną HIV/AIDS. W 1986 r., kiedy większość państw zachodnioeuropejskich dopiero zaczynała zbierać dane epidemiologiczne dotyczące HIV/AIDS, Szwajcaria przodowała w statystykach: 500 nowych zakażeń na milion mieszkańców (EuroHIV 1999). Ogólna liczba nowych, zdiagnozowanych zakażeń w 1986 r. sięgnęła 3 252, co dawało Szwajcarii pierwsze miejsce w liczbach bezwzględnych. Na drugiej pozycji znajdowała się Wielka Brytania z 2 600 przypadkami (ibid, 36).

Zachorowalność i zapadalność na HIV pozostawała znacząco wyższa niż w innych krajach w Europie aż do 1995 r. (Uchtenhagen 2009). W latach 1988–89 połowa nowych zakażeń była bezpośrednio powiązana z iniekcyjnym używaniem narkotyków (Savary i inni 2009). W 1990 r. około 22% osób, które korzystały z usług medycznych świadczonych na Platzspitz, okazało się seropozytywne, a wśród osób używających narkotyków przez ponad 10 lat odsetek zakażonych przekraczał 40%. Skuteczna terapia antyretrowirusowa pojawiła się dopiero w połowie lat dziewięćdziesiątych, więc śmiertelność z powodu HIV/AIDS w okresie funkcjonowania scen narkotykowych pozostawała bardzo wysoka.

HIV, sądząc na podstawie dostępnej literatury oraz wywiadów przeprowadzonych na potrzeby niniejszej publikacji, był główną motywacją przeprowadzenia radykalnej zmiany polityki narkotykowej. Ta zmiana zapoczątkowana na początku lat dziewięćdziesiątych angażowała wszystkie szczeble władz: federalny, kantonalny, miejski i gminny. AIDS dramatycznie wyostroiło zjawiska śmiertelności i chorób wśród osób tworzących scenę narkotykową. Choroba przejęła rząd dusz, a wiązano ją z narkotykami. I tym właśnie sposobem problem narkotyków zdominował szwajcarską świadomość końca lat osiemdziesiątych (Dreifuss 2009; Reuter i Schnoz 2009).

Zaangażowanie władz federalnych w rewizję polityki narkotykowej

Chociaż kwestie pomocy osobom uzależnionym od narkotyków jako przynależne do sfery działań społecznych i prozdrowotnych znajdują się bardziej w gestii kantonów, a nie rządu federalnego, na początku lat dziewięćdziesiątych samorządy były skłonne szukać rozwiązań na szczeblu centralnym. Rada Federalna w 1991 r., na wniosek władz gminnych popieranym przez kantony, zdecydowała o konieczności rewizji polityki narkotykowej (Rihs-Middel i Hämmig 2005). W tym celu utworzono specjalny program realizowany przez Federalne Biuro Zdrowia Publicznego, mający na celu oszacowanie skali i charakteru zjawiska narkomanii. Program miał uwzględnić doświadczenia poszczególnych miast i kantonów, przeanalizować system prawny i polityczny oraz wskazać nowe kierunki działania (ibid). Tego samego roku zorganizowano pierwszą konferencję narkotykową.

Podstawą dialogu stały się doświadczenia płynące z pierwszych inicjatyw przeprowadzonych zwłaszcza w niemieckojęzycznej części Szwajcarii. Poza działaniami na zuryskim Platzspitz były także doświadczenia z Berna, gdzie przez krótki czas, w okolicy sceny narkotykowej zlokalizowanej nieopodal parlamentu, funkcjonował tzw. pokój iniekcyjny. Było to pomieszczenie, w którym użytkownicy narkotyków, w asyście personelu medycznego mogli dokonywać iniekcji, używając czystych igieł i strzykawek, nie obawiając się interwencji policji (Hämmig, rozmowa osobista). Inicjatywy nie udało się upowszechnić – w 1990 i 1991 r. mieszkańcy Zurychu i Saint Gall odrzucili w referendum postulat masowego tworzenia pokojów iniekcyjnych (Kübler 2001), jednak eksperci pozostali entuzjastami tej nowej formy pomocy (Hämmig, Uchtenhagen, wywiady).

Niskoprogowe programy metadonowe także zyskały liczną rzeszę zwolenników: lekarzy, urzędników (szczególnie zuryskiej administracji). Wśród nich dominowało przeświadczenie, że restrykcyjne przepisy ustawy z 1975 r. o dystrybucji metadonu stanowią przestarzałą regulację i są barierą dla szerszej zakrojonych działań pomocowych i prewencyjnych z zakresu

HIV/AIDS. Podstawą walki o niskoprogramowe programy metadonowe były doświadczenia zuryjskiej organizacji pozarządowej ARUD (Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen) kierowanej przez doktora Andre Seidenberga, zadeklarowanego przeciwnika nadmiernych ograniczeń w dostępie do metadonu. ARUD w ciągu pierwszego roku funkcjonowania przyciągnął 800 pacjentów (Klingemann 1996; 727; Staub, w wywiadzie), stał się modelowym programem poszerzania dostępu do terapii substytucyjnej, a tym samym bazą dla nowej polityki szwajcarskiej (Grob, w wywiadzie).

W 1990 r. wśród badaczy i terapeutów zajmujących się uzależnieniami spore zainteresowanie zyskała koncepcja kontrolowanego podawania heroiny osobom głęboko uzależnionym od opiatów, wykazującym oporność na wszelkie formy terapii substytucyjnej. Grupa szwajcarskich lekarzy i polityków odwiedziła w związku z tym prowadzony przez angielskiego psychiatrę Johna Marska ośrodek działający na przedmieściach Liverpoolu, gdzie stosowano terapię wspomaganą heroiną (w skrócie HAT – heroine assisted therapy). Koncepcja HAT, jako bardziej obciążona politycznie, stawiała zupełnie inne wyzwanie niż wszelkie działania podejmowane w ramach walki z ustawą z 1975 r. W 1992 r. rząd szwajcarski przyjął ustawę tworzącą ramy prawne dla medycznego stosowania środków odurzających, w tym heroiny i metadonu. Ustawa pozwalała także rządowi federalnemu na inicjowanie i finansowanie szczegółowych naukowych studiów nad eksperymentalnie otwieranymi programami (Rihs-Middel i Hämmig 2005).

Chociaż zakres HAT, zarówno pod względem partycypacji w ogólnych kosztach poniesionych na rzecz działań z zakresu redukcji szkód, jak i w odniesieniu do skali samego programu obejmującego stosunkowo niewielką grupę pacjentów, był dość skromny, to jednak program wypełnił niesłychanie ważną rolę politycznego odgromnika. Jak zauważa Uchtenhagen (2009) w swojej doskonałej relacji z pierwszych lat funkcjonowania HAT – to była sensacja, która skupiła uwagę całego świata, prowokując przy okazji liczne głosy krytyczne. Jak zaznacza Thomas Zeltner (wywiad), ówczesny przewodniczący Federalnego Biura Zdrowia Publicznego (FOPH) od 1991 do 2009 r. najdonośniejsze protesty dały się słyszeć wcale nie zza oceanu, ze Stanów Zjednoczonych, tylko w relatywnie bliskiej Szwecji, która posiadała długą tradycję polityki narkotykowej zorientowanej na abstynencję, zaś w instytucjach międzynarodowych uchodziła za piewę prohibicjonizmu.

W drodze otwartego konkursu Federalne Biuro Zdrowia Publicznego wyłoniło ośrodki w Zurychu, Bernie, Bazylei i Genewie, które dostały zezwolenie na uruchomienie HAT. W pierwszej fazie uczestniczyło około 1000 osób (Bammer i inni 2003). Na tym się jednak nie skończyło. Całościowe wyniki przeprowadzonych badań wykraczają znacznie poza ramy niniejszego opracowania, ale warto odnotować, że setki naukowo zweryfikowanych analiz, publikacji oraz wydana przez FOPH książka stanowi potężną bazę wiedzy na temat korzyści społecznych i zdrowotnych płynących dla pacjentów z uczestnictwa w HAT.

W skrócie wyniki można uszeregować następująco: (zob. przede wszystkim Uchtenhagen 2009, 34 oraz Bammer i inni 2003, 365):

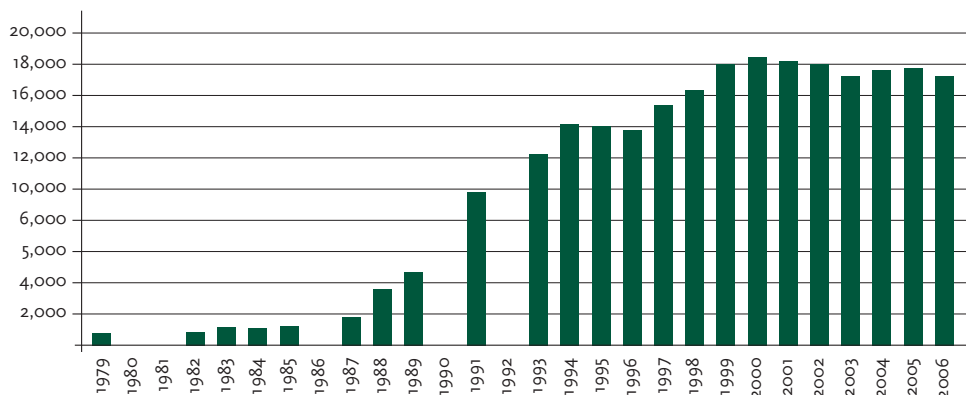
- ▶ Wbrew obawom części badaczy, w ciągu dwóch lub trzech miesięcy od początku terapii można ustabilizować dawkę, bez konieczności jej zwiększenia.
- ▶ Zanotowano znaczącą i wymierną poprawę stanu zdrowia wśród pacjentów, w tym wyraźnie zmniejszone używanie nielegalnej heroiny oraz nielegalnej kokainy.
- ▶ Wśród pacjentów HAT odnotowano wyraźnie mniejszy odsetek konfliktów z prawem – szacowane korzyści i zyski powiązane z tym aspektem terapii zdecydowanie przekraczają nakłady finansowe poniesione na leczenie (zob. również Killias i inni 2005).
- ▶ Heroina wykorzystywana w eksperymentalnych programach HAT nie trafiła na nielegalny rynek.
- ▶ Nie wzrosła liczba nowych użytkowników heroiny.
- ▶ Wbrew obawom zainteresowanie innymi formami terapii substytucyjnej, szczególnie leczeniem metadonem, wzrosło, a nie zmalało wskutek uruchomienia pierwszych programów HAT.

Konkludując: naukowo zebrane dowody rozwiewają w większości obawy przeciwników HAT, chociaż debata polityczna wokół tej formy terapii trwa nadal.

Podczas gdy terapia heroinowa wzbudzała sensację z powodu kontrowersyjnego dla wielu pomysłu „rozdawnictwa heroiny”, prawdziwa zamiana dokonywała się dzięki masowemu wprowadzaniu niskoprogowych programów substytucyjnych. Jak pokazuje wykres 1, uczestnictwo w programach metadonowych wzrosło od poziomu bliskiego zeru na początku lat dziewięćdziesiątych, do ponad 18 tysięcy pacjentów w szczytowym momencie 2000 r. (Reuter i Schnoz 2009, 43). Ponad 50% osób uzależnionych od opiatów włączyło się do programów właśnie wtedy (Colin 2002). Skala prewencji i leczenia HIV w tej grupie jest tak olbrzymia, że wszelkie porównania do programów HAT wydają się być nieporozumieniem. Szwajcaria rozpoczęła także masowe stosowanie niskoprogowych programów wymiany igieł i strzykawek, zagwarantowała sprzedaż igieł i strzykawek w aptekach i stanęła na czele rozwijającego się ruchu na rzecz tworzenia pokojów iniekcyjnych (ibid, 47–48).

Od początku lat dziewięćdziesiątych do 1998 r. liczba zgonów z powodu AIDS, podobnie jak śmiertelność z przedawkowania, znacząco spadła wśród osób używających narkotyków (ibid) Zmiana polityki zaczęła przynosić efekty. Użytkownicy narkotyków przestali stanowić element miejskiego krajobrazu Szwajcarii i większość z nich została objęta jakąś formą pomocy. W 1988 r. prawie 64% Szwajcarów postrzegało problem narkomanii jako jeden z najważniejszych w ich kraju. W 1995 r. ta liczba spadła do 34%, a w 2002 r. do 12% (Boggi 2005, 3).

RYSUNEK 1: Liczba pacjentów w programach metadonowych, Szwajcaria, 1979–2006



Źródło: Act-info: Nationale Substitutionsstatistik (Metadon) <http://www.nasuko.ch/nms/db/index.cfm>

Cztery filary

W 1994 r. Rada Federalna, po licznych konsultacjach pomiędzy władzami poszczególnych kantonów i dyskusjami w gronie specjalistów ds. zdrowia publicznego, zaaprobowała nowe zręby polityki narkotykowej opartej na koncepcji „czterech filarów”: profilaktyki, terapii, redukcji szkód oraz działań policyjnych (określanych często w Szwajcarii jako „represyjne”). W opinii Rhis-Middel (ówczesnej pracownicy Federalnego Biura Zdrowia Publicznego) oraz Hamminga (2005) nowa polityka była znaczącą zmianą, ale wydawała się relatywnie łatwa do zaakceptowania dla szerokich rzesz społeczeństwa.

[Proces tworzenia zrębów nowej polityki] przyniósł poważne przesunięcie akcentów z ładu publicznego gwarantowanego przez policję na zdrowie publiczne. To z kolei pociągnęło za sobą przesunięcie nakładów finansowych i zwiększenie znaczenia polityki zdrowotnej. Problematyczne używanie narkotyków jest głównie postrzegane jako choroba lub zaburzenie. To z kolei implikuje sposób myślenia o odpowiedzi, o dobrych sposobach reagowania. W tamtym czasie, kiedy media pokazywały włączających się po ulicach narkomanów, nikomu nie przyszłoby do głowy, że działania policyjne cokolwiek zmienią (str. 12).

Od 1991 r., gdy odbyła się pierwsza konferencja narkotykowa, aż po 1999 r. Federalne Biuro Zdrowia Publicznego wsparło utworzenie ponad 300 programów, wiele z nich otrzymało również pomoc władz kantonalnych lub municypalnych. W budżecie federalnym przeznaczano na ten cel rocznie ponad 15 milionów franków szwajcarskich (Collin 2002). W 1997 r. Rada Federalna utworzyła Federalną Komisję ds. Narkotyków (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, EKDF; Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues, CFPD) – instytucję doradzającą rządowi w kwestiach polityki narkotykowej. Komisja liczy 14 osób wybieranych przez Radę Federalną, głównie lekarzy i naukowców specjalizujących się w dziedzinie uzależnień i zdrowia publicznego (Federalna Komisja ds. Narkotyków 2010).

Jednak polityka czterech filarów nie u wszystkich budzi jednakowy entuzjazm. W połowie lat dziewięćdziesiątych, gdy FOPH zebrало już znaczne dowody potwierdzające skuteczność redukcji szkód, w tym niskoprogowych programów metadonowych, populistyczny ruch na rzecz prohibicji związany z konserwatywną partią SVP zebrал wystarczającą ilość podpisów, by przeforsować krajowe referendum kwestionujące nową strategię. Gdyby koncepcja Młodzieży Bez Narkotyków, bo tak nazywała się ta inicjatywa, wygrała, wszystkie programy wymiany igieł i strzykawek, leczenia substytucyjnego i heroinowego oraz tworzenie pokojów iniekcyjnych straciłyby podstawę prawną. Jednak w głosowaniu wniosek przepadł, Szwajcarzy w 70% odrzucili koncepcję polityki opartej na prohibicji, udzielając tym samym wsparcia nowym działaniom opartym na redukcji szkód.

Ale nie tylko polityczna prawica usiłowała wykorzystać referendum, by zaprotestować przeciwko polityce opartej na czterech filarach. W 1998 r. koalicja organizacji pozarządowych reprezentująca drugi kraniec sceny politycznej zaproponowała całkowitą legalizację narkotyków, odrzucając tym samym zarówno koncepcję czterech filarów, jak i tę opartą na prohibicji (Kübler 2001). Również i ten pomysł nie zyskał akceptacji większości społeczeństwa.

W 1998 r. Rada Federalna przyjęła rozporządzenie, w myśl którego programy HAT zyskiwały stałą podstawę prawną i polityczną. Rok później rozporządzenie przeszło próbę narodowego referendum i zostało zaakceptowane przez 54% głosujących. Cztery filary stawały się coraz mocniejsze.

Referendum z 1999 r. unormalizowało sytuację programów HAT, pozwoliło na rejestrację używanej w nich heroiny jako środka medycznego, co nastąpiło w 2001 r. (Uchtenhagen 2009), zaś system ubezpieczeń zdrowotnych, w drodze interwencji rządowej, został zmodyfikowany, tak by obejmował także terapię heroinową (Dreifuss, w wywiadzie). Ale zdobycie heroiny koniecznej dla prowadzenia HAT okazało się trudnym zadaniem. Początkowo heroinę medyczną przywożono z Francji, do czasu gdy dostało się to do publicznej wiadomości i spowodowało natychmiastowe odcięcie dostaw przez zaniepokojony rząd francuski (Rhiss-Middel, Dreifuss, w wywiadzie). W rezultacie władze szwajcarskie zaczęły skupować niezbędne surowce i utworzyły własny zakład przetwórczy (Zeltner, w wywiadzie).

INCB i presja międzynarodowa

Szwajcaria i jej polityka czterech filarów, a zwłaszcza terapia heroinowa, stały się przedmiotem krytyki ze strony Międzynarodowej Rady ds. Kontroli Środków Odurzających (INCB) – grupy ekspertów działającej przy ONZ i powołanej w celu realizacji i nadzoru konwencji narkotykowych przyjętych przez Narody Zjednoczone. Szwajcaria zalicza się do grona państw sygnatariuszy konwencji z 1961 oraz z 1971 r., zakazujących produkcji, konsumpcji i dystrybucji środków odurzających. INCB ma także kontrolować obrót narkotykami służącymi do badań naukowych i medycznych. Zaniepokojeni przyzwoleniem rządowym na prowadzenie terapii heroinowej, delegaci INCB odwiedzili Szwajcarię dwukrotnie – w 1994 i 1995 r. (INCB 1995, ustęp 382). Doceniając fakt, że władze szwajcarskie dostrzegły „trudny do opanowania” problem narkotykowy (ibid, ustęp 383), przedstawiciele INCB potępiłi Szwajcarię za „kontrowersyjny eksperyment”, za jaki uznali terapię heroinową (ibid, ustęp 384), i nalegali, by Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwołała grupę ekspertów w celu przeprowadzenia audytu HAT (ibid, ustęp 385). Szwajcarskie władze zgodziły się na kontrolę WHO.

Zanim jednak wyniki audytu przeprowadzonego przez WHO zostały upublicznione, szwajcarska Rada Federalna, w oparciu o własne badania, wydała w 1998 r. zarządzenie legalizujące terapię HAT. Także i ten krok spotkał się z potępieniem INCB (INCB 1998, ustęp 436). Gdy w 1999 r. WHO zebrała wyniki przeprowadzonej kontroli (Ali, 1999), jej wnioski w znacznej mierze pokrywały się z wnioskami rządu szwajcarskiego. Kontrolerzy WHO stwierdzili m.in.:

1) istnieją medyczne przesłanki dla tworzenia terapeutycznych programów heroinowych, o ile zostaną zachowane zasady ścisłej kontroli, zaś stosowany narkotyk podawany jest na miejscu, w sposób bezpieczny, klinicznie sprawdzony i akceptowalny dla lokalnej społeczności; [oraz] 2) u uczestników programu odnotowano poprawę stanu zdrowia, społecznego funkcjonowania oraz zmniejszenie częstotliwości konfliktów z prawem, jak również stosowania nielegalnie pozyskiwanej heroiny (s. 1).

Główną wątpliwością specjalistów WHO względem pilotażowych programów HAT, powtórzoną również przez INCB (INCB 1997, akapit 368; INCB 1999, akapit 452) był fakt, że przyjęte metody badawcze nie pozwalały uzasadnić lepszych efektów stosowania heroiny zamiast innych form leczenia, nie pozwalały także stwierdzić jednoznacznie, co spowodowało poprawę – heroina, jaką podawano pacjentom, czy psychospołeczne formy wsparcia, jakie dodatkowo otrzymywali uczestnicy pilotażu (Ali i inni 1999).

Jak podkreślali szwajcarscy eksperci (Uchtenhagen 2009), trudno w praktyce przeprowadzić kliniczną ślepą próbę w przypadku terapii heroinowej, nie tylko dlatego, że pacjenci będą w stanie odróżnić podawaną im substancję, lecz także dlatego, że trudno spodziewać się po

nich, by wzięli udział w projekcie badawczym, który nie spełnia wymogów terapeutycznych i nie zaspokaja ich konkretnych potrzeb. INCB z lekceważeniem odniosła się do wyników szwajcarskich badań pilotażowych i stwierdziła, że nie mogą być przywoływane jako uzasadnienie podejmowania podobnych inicjatyw w innych krajach. Komisja podkreśliła także, że rządy innych państw z pewnością nie zdołają zgromadzić równie „znaczących środków finansowych”, by przeznaczyć je na działania adresowane do osób uzależnionych (INCB 2000, ustęp 502). W dorocznych raportach INCB zaleca Szwajcarom, by nie przeceniali znaczenia działań z zakresu redukcji szkód w stosowanej przez nich polityce czterech filarów (INCB 2000, ustęp 501).

Ruth Dreifuss, prezydent konfederacji szwajcarskiej w 1999 r. i minister spraw wewnętrznych w latach 1993–2002, znalazła się wówczas w centrum sporów rządu szwajcarskiego i INCB. Jak stanowczo podkreśla, INCB nigdy nie oskarżyła Szwajcarii o pogwałcenie narkotykowych konwencji ONZ, chwaliła też drobiazgowy nadzór nad stosowanymi w pracy klinicznej substancjami (Dreifuss, rozmowa prywatna). Z drugiej strony Szwajcaria nigdy nie kwestionowała zapisów konwencji ONZ, zaś jej rząd nigdy nie uważał, by wprowadzenie HAT do takiego naruszenia mogło prowadzić. Ponadto władze Szwajcarii uznały, że argumenty naukowe z pilotażu HAT przemawiają za jego rozpowszechnieniem i należy je brać pod uwagę w kształtowaniu polityki narkotykowej. Szwajcarskie stanowisko zostało wyraźnie i klarownie wyłożone przedstawicielom INCB. Mimo to prawnicy politycy szwajcarscy bardzo chętnie powołują się na oświadczenia INCB, używając ich do partykularnych politycznych interesów (Klingemann 1996, 734).

Redukcja szkód i egzekwowanie prawa

Politycy szwajcarscy musieli także poradzić sobie ze zmianą roli przypisanej w nowej polityce narkotykowej policji i sądownictwu. Koncepcja czterech filarów, gdzie działania represyjne stanowią jedynie jeden z kilku równoprawnych elementów, mogła zostać odczytana przez przedstawicieli tych środowisk jako utrata prestiżu. Tym bardziej, że tradycyjne rozumienie polityki narkotykowej w Szwajcarii, aż do czasów Platzspitz, polegało w znacznej mierze na ściganiu i kontroli. Nie oszczędzono przy tym nakładów finansowych (Reuter and Schnoz 2009; Seidenberg 1999), toteż w niektórych kantonach koncepcja czterech filarów budziła opór ze strony policji, która z czasem dopiero zrozumiała, że kwestie porządku publicznego w nowej polityce narkotykowej zachowały poczesne miejsce (Rhis-Middel i Hämmig 2005, 13).

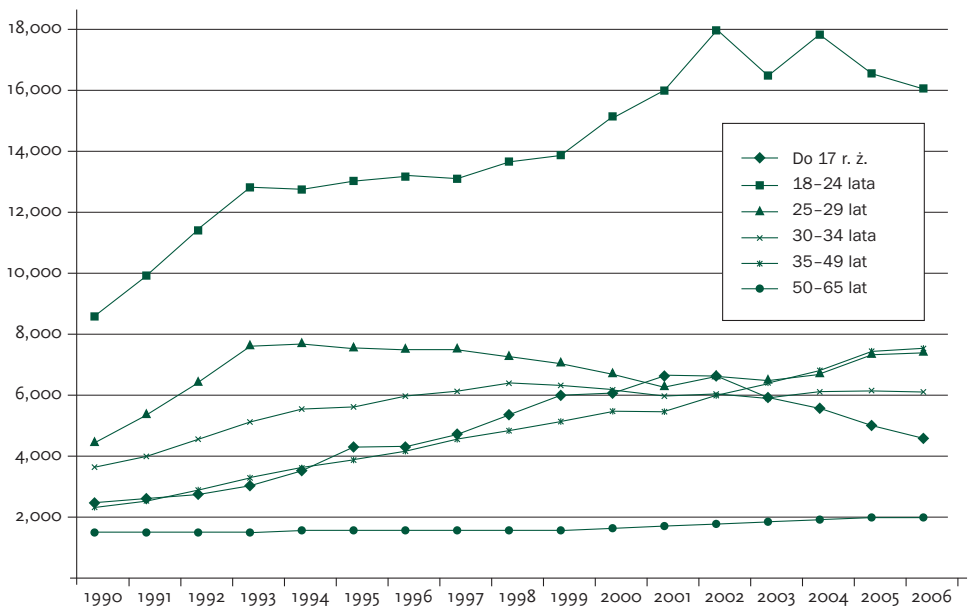
Można więc sądzić, że komendanci policji stopniowo dostrzegli, iż dalekosiężne cele programów prozdrowotnych pokrywają się z zadaniami policji, prowadząc do zmniejszenia liczby przestępstw oraz wypadków związanych z używaniem narkotyków (ibid).

Zdaniem byłej szwajcarskiej prezydent Ruth Dreifus, Rada Federalna starała się przekonywać zarówno policję, jak i całość opinii publicznej, że poszanowanie prawa stanowi jeden

z aspektów polityki czterech filarów. Podobnie jak w wielu innych krajach działania siłowe wciąż pozostają najkosztowniejszym filarem szwajcarskiej polityki narkotykowej (Dreifuss, 2009). Czynnikiem zachęcającym szwajcarską policję do wspierania nowego kształtu polityki narkotykowej był także fakt, że dotychczasowe działania służb mundurowych nie przyczyniały się do rozwiązania problemu społecznego (Rihs-Middel i Hämmig 2005; Zeltner, wywiad). Policja i przedstawiciele sądownictwa brali też czynny udział w kształtowaniu zrębów nowej polityki, uczestnicząc w posiedzeniach Rady Federalnej na równi ze specjalistami w dziedzinie zdrowia publicznego (Dreifuss, wywiad). Obecnie plany działań w ramach polityki narkotykowej ustalane są wspólnie przez Federalne Biuro Zdrowia Publicznego, Federalne Biuro Sądownicze i Federalne Biuro Policji (Federalne Biuro Zdrowia Publicznego 2006).

Warto odnotować, że pod wieloma względami działania policji nie osłabły wraz ze startem polityki czterech filarów. Jak widać na wykresie 2, na długo po zmianie polityki narkotykowej liczba policyjnych interwencji związanych z narkotykami wciąż pozostała wysoka, chociaż zdecydowana większość z nich wiązała się z paleniem marihuany przez młodzież (Reuter i Schnoz 2009). Stosunkowo niewiele zatrzymań prowadziło do aresztowania, a w licznych przypadkach kończyło się jedynie na grzywnie administracyjnej (ibid; Killias 2009).

Rysunek 2: Liczba osób aresztowanych za przestępstwa związane z narkotykami w Szwajcarii zależnie od wieku, 1990–2006



Źródło: Reuter i Schnoz 2009: 51

Analizując dowartościowanie filozofii redukcji szkód w szwajcarskim systemie polityki narkotykowej, Kubler (2001) stwierdza, że dla przeprowadzenia zmiany pojęcie ładu publicznego miało większe znaczenie niż przywiązanie do form represji i ścigania. W jego opinii zwolennicy redukcji szkód wygrali ze zwolennikami legalizacji właśnie dlatego, że widzieli ład publiczny i redukcję szkód jako współgrające ze sobą pojęcia. Podejście Kublera zakłada, że umiarkowani aktywiści na rzecz redukcji szkód pojęli, że programy prozdrowotne adresowane do osób uzależnionych muszą być wdrażane w sposób, jaki przyczynia się do rzeczywistego wzmocnienia porządku publicznego.

Słuszność tych spostrzeżeń w znacznej mierze potwierdzają wizyty w ośrodkach zajmujących się redukcją szkód oraz przeprowadzone na potrzeby niniejszego raportu wywiady z osobami prowadzącymi programy, w których nieodmiennie podkreślano znaczenie procedur bezpieczeństwa, współpracy z sąsiadami i przedsiębiorcami działającymi w otoczeniu zakładów (Kaufmann, Kaye, wywiady.)

Federalna polityka narkotykowa precyzuje też, że codzienna odpowiedzialność za utrzymywanie porządku publicznego leży w gestii kantonów, posiadających także prawo do kształtowania własnych procedur policyjnych, o ile tylko pozostają one w zgodzie z generalnymi regułami czterech filarów (Federalne Biuro Zdrowia Publicznego 2006). I tak przykładowo w kantonie Saint Gall we wschodniej Szwajcarii wszystkie przypadki łamania prawa związane z narkotykami karane są jedynie grzywną administracyjną. Wyjątek stanowi uzasadnione podejście handlu (Addiction Info Suisse 2010a). Prokuratura kantonu uznała bowiem, że taki system bardziej sprzyja utrzymaniu porządku publicznego, jako ograniczający zapędy policji w stosowaniu nieadekwatnych kar.

Gdy kolejnym wyzwaniem dla krajowej polityki narkotykowej stała się sytuacja w więziennictwie, a zwłaszcza rozprzestrzenianie się HIV i HCV w ośrodkach detencji, politycy, jak mówi Dreifuss, musieli powalczyć także i na tym froncie. W jej opinii, przełom nastąpił z chwilą uznania przez władze, że narkotyki przenikają za mury szwajcarskich więzień pomimo wzmoczonych wysiłków i kontroli. Od tej chwili wprowadzenie programów wymiany igieł i strzykawek, programów substytucyjnych oraz HAT stało się możliwe także i tu. Warto odnotować, że w kwestii prowadzenia więziennych punktów wymiany igieł i strzykawek, Szwajcaria ma największe doświadczenie (Lines 2006). Podobna sytuacja dotyczy programów HAT prowadzonych w jednostkach detencji (Uchtenhagen 2009).

Zmiana kierunku politycznego

Po 2000 r. prawicowa Szwajcarska Partia Ludowa (SVP), przeciwna koncepcji czterech filarów znacząco zyskała na popularności (Savary i inni 2009), co szalenie skomplikowało popula-

ryzację nowej federalnej ustawy narkotykowej. Celem przygotowywanej regulacji było kompleksowe uporządkowanie wszystkich prawnych elementów nowej polityki narkotykowej. W rzeczy samej klęska nowej ustawy w Parlamencie w 2003 i 2004 r. budziła zdumienie obserwatorów. Nagle okazało się, jak niewiele trzeba, by zaprzepaścić sukcesy lat 1999–2000, gdy strategia wprowadzenia tysięcy użytkowników narkotyków do systemu opieki medycznej zaczęła przynosić pierwsze rezultaty. Chłodną, rzeczową debatę zastąpiło jej przeciwieństwo. Zniknął szwajcarski pragmatyzm, który okazał się tak skutecznym remedium na bolesne doświadczenie masowych zakażeń HIV i niemoc towarzyszącą nieskutecznej walce z otwartymi scenami narkotykowymi (Boggio 2005). Całość komplikowały nieustające spory o marihuanę i kwestię jej posiadania. Podczas gdy Rada Kantonów, izba wyższa szwajcarskiego parlamentu, do roku 2004 dwukrotnie zagłosowała za dekryminalizacją posiadania niewielkich ilości marihuany na własny użytek, Rada Narodów, izba niższa, dwukrotnie te regulację odrzuciła (Wutrich 2004; Savary i inni 2009). Szwajcarska Partia Ludowa czerpała polityczne profity z propagowania chwytliwych haseł, mówiących o ochronie młodzieży przed potencjalnymi zagrożeniami płynącymi z dekryminalizacji (Kapp 2003).

Ostatecznie w 2008 r. obie izby przegłosowały poprawkę ustawy narkotykowej stwarzającą ramy prawne strategii czterech filarów, ale bez zapisów dekryminalizujących palenie marihuany. Fakt, że przeciwnicy polityki czterech filarów oraz przeciwnicy redukcji szkód bezzwłocznie zebrali podpisy niezbędne dla ogłoszenia referendum, nie powinien w kontekście wcześniejszych wydarzeń nikogo zaskakiwać.

Referendum przeprowadzone 30 listopada 2008 r. poprzedziła niezwykle ożywiona debata, która zaktywizowała niemal wszystkie grupy szwajcarskiego społeczeństwa. Głosowanie stwarzało okazję sprawdzenia, na ile strategia czterech filarów, tak popierana przez środowiska medyczne i polityczne, znalazła zrozumienie u szerokich rzesz społeczeństwa (Graf i Savary 2008).

Stowarzyszenie Młodzież Bez Narkotyków (Association Jeunesse Sans Drogues 2008) rozpowszechniało tezę, że medyczne stosowanie heroiny oznacza w praktyce przyzwolenie na administracyjne rozdawnictwo kokainy oraz innych środków odurzających. Federalne Biuro Zdrowia Publicznego oficjalnie zaprzeczyło tym stwierdzeniom (Zeltner, wywiad), co nie przeszkodziło Stowarzyszeniu w dalszym dezinformowaniu opinii publicznej. Działacze stowarzyszenia twierdzili między innymi, że polityka czterech filarów wymusza na władzach kantonalnych tworzenie pokojów iniekcyjnych, choć takie stwierdzenia zadawały kłam zapisom ustawy, dającej kantonom pełną dowolność w realizacji strategii redukcji szkód (Dreifuss, wywiad; Federalne Biuro Zdrowia Publicznego 2006).

Tym razem polityczni przeciwnicy nowej polityki narkotykowej spotkali się ze sprzeciwem zorganizowanej grupy organizacji pozarządowych, wyspecjalizowanych instytucji, wykładowców akademickich, profesjonalistów różnych dziedzin oraz szwajcarskich sław ze

świata polityki i kultury. Wszyscy oni wyraźnie poparli politykę czterech filarów i jej dalszą konsolidację w ramach głosowanej ustawy (szczegółowa lista grup i organizacji znalazła się w Révision de la Loi, 2008).

Działania medialne, kampanie outdoorowe i liczne głosy poparcia były wartością samą w sobie, stanowiąc imponującą lekcję kształtowania masowego przekazu. Poniżej, na rysunku 3, widać dwa szeroko rozpropagowane plakaty.

Rysunek 3: Plakaty wykorzystywane przez koalicję „na tak” w referendum nt. czterech filarów, listopad 2008



Źródło: J-F Savary, GREA

Na pierwszym z nich widzimy parę starszych ludzi oraz podpis: „Dzięki leczeniu nasz syn przestał brać”. Pod drugim zdjęciem, przedstawiającym matkę z dzieckiem, czytamy „Nie chcę znajdować strzykawek w parku”. Koalicja „na tak” połączyła więc walkę o cztery filary z wiarą w możliwość przezwyciężenia nałogu. Drugi plakat sugestywnie przemawia za koniecznością tworzenia punktów wymiany igieł i strzykawek, równocześnie akcentując znaczenie ładu społecznego i bezpieczeństwa. Firmująca oba plakaty organizacja GREA (Groupement Romand d’Etudes des Addictions, czyli Grupa na rzecz Badań nad Uzależnieniami) odegrała

szalenie ważną rolę w koalicji „na tak”, choć jej nawoływanie do stworzenia regulowanego prawem rynku substancji odurzających nie idzie w parze z postulatami zapisanymi w strategii czterech filarów.

Zwolennicy liberalizacji i dekryminalizacji obrotu substancjami odurzającymi w okresie przedreferendalnym chętnie wspierali politykę czterech filarów zmotywowani wizją całkowitej prohibicji postulowanej przez prawicowe organizacje (Savary, wywiad).

Stowarzyszenia i organizacje ds. AIDS podkreślały z kolei, że głosowanie „na nie” stanowi zagrożenie dla tysięcy pacjentów substytucyjnych przekonując, że pozbawienie ich dostępu do zamienników spycha ich z powrotem w świat marignesu społecznego, przestępczości i prostytucji (Aide Suisse contre le Sida 2008).

Chociaż ministerstwa rządu federalnego odpowiedzialne za wykonanie ustawy nie przedstawiły swojego stanowiska w sprawie referendum, Federalna Komisja ds. Narkotyków nie wahała się w tym względzie. W oficjalnym stanowisku podkreśliła jednogłośnie zgodę ekspertów w dziedzinie zdrowia i opieki społecznej oraz konieczność kontynuacji działań w ramach polityki czterech filarów (Federalna Komisja ds. Narkotyków). Komisja podkreślała także, że najlepszą formę ochrony dzieci i młodzieży stanowi współistnienie ładu publicznego i szerokodostępnych usług medycznych gwarantowanych w polityce czterech filarów.

Obywatele Szwajcarii w tym samym głosowaniu wypowiedzieli się na temat ustawy narkotykowej i dekryminalizacji marihuany. To połączenie znacznie utrudniało dyskusję nad polityką narkotykową i spędzało sen z powiek politykom szczebla federalnego. Ostatecznie 68% głosujących opowiedziało się za ustawą narkotykową opartą na koncepcji czterech filarów, dopuszczającą także stosowanie HAT, zaś dekryminalizację marihuany poparło jedynie 33% (Savary i inni 2009, 9). Taki rozkład głosów dziwił zewnętrznych obserwatorów, ale nie stanowił zaskoczenia dla ekspertów szwajcarskich, którzy podkreślali, że kwestia marihuany jako potencjalnego zagrożenia dla młodzieży zdominowała debatę, podczas gdy tematy takie jak HAT, połączone głównie z kwestiami klinicznego leczenia uzależnień nie jawiły się opinii publicznej jako bardziej neutralne (Zeltner, Lehmann, wywiady). Część analityków stwierdziła także, że w powszechnym odczuciu temat szkodliwości marihuany nie wzbudził wielkich emocji szwajcarskiej opinii publicznej, zaś kwestiami kluczowymi debaty przedreferendalnej były nie tyle sprawy związane ze zdrowiem publicznym, co problemy moralnej odpowiedzialności jednostki (Savary i inni 2009, 9). Dowody nieskuteczności prohibicji marihuany, choć zdawały się niepodważalne, nie wpłynęły na decyzję elektoratu.

Chociaż koncepcja czterech filarów została podtrzymana, dyskusja na temat dalszej polityki narkotykowej trwa nadal. Część jej uczestników, na czele z organizacjami opowiadającymi się za legalizacją i urynkowieniem narkotyków (jak GREA) twierdzi, że medykalizacja dyskursu narkotykowego w Szwajcarii wpływa jedynie na symptomy, bez oddziaływania przyczynowego. Zaniedbania w zakresie pomocy społecznej i mieszkaniowej w przypadku

osób uzależnionych wynikają często z przeświadczenia, że stabilizacja kliniczna pacjentów automatycznie doprowadzi do całościowej poprawy ich sytuacji (Savary, wywiad).

Trwa także debata na temat marihuany. Odrzucenie dekryminalizacji w 2008 r. nie oznaczało politycznego zaniechania. W marcu 2010 r. parlament podjął niektóre z problemów konsumpcji marihuany. Bazując na doświadczeniach kantonu Saint Gall, komisje zdrowotne obu izb parlamentarnych usiłują przeprowadzić przez parlament ustawy upowszechniające tamtejsze rozwiązania. Tym samym większość przestępstw powiązanych z narkotykami nie byłaby zagrożona karą pozbawienia wolności, a jedynie wiązałyby się z karą administracyjną (Addiction Info Suisse 2010b). Czy parlament podda tę propozycję pod głosowanie, okaże się wkrótce.

IV. Czy zmiana polityki poprawiła wyniki zdrowotne i społeczne?

Po szczytowym okresie popularności nielegalnej heroiny nastąpił wyraźny spadek częstotliwości jej używania. Nie sprawdziły się obawy podsycane zwłaszcza przez przeciwników redukcji szkód, że udostępnienie heroiny medycznej oraz popularyzacja niskoprogowych programów substytucyjnych doprowadzą do wzrostu liczby nowych użytkowników opiatów (Uchtenhagen 2009). Nie mniej jednak na większe zainteresowanie substytucją, paradoksalnie nałożyło się zjawisko spadku „atrakcyjności” heroiny jako używki (von Aarburg i Stauffacher 2004). Społeczne oddziaływanie programów metadonowych i HAT nie ograniczało się bowiem jedynie do faktu „wyjęcia” danej części użytkowników ze świata nielegalnego obrotu narkotykami, lecz także wiązało się ze zmianą wizerunku opiatowców i „przekształceniem buntowniczej wizji uzależnienia od heroiny w bacznie obserwowane i monitorowane schorzenie” (von Aarburg i Stauffacher 2004, 39). Jak zauważył Ambros Uchtenhagen: „Branie przestało być kuszące” (Uchtenhagen, wywiad).

Jak wynika z raportu Reuter i Schnoz przygotowanego na zlecenie szwajcarskiego rządu, bezpośredni wpływ całościowej zmiany polityki narkotykowej na to zjawisko okazał się, koniec końców, znikomy. Spożycie heroiny najprawdopodobniej spadło wskutek zmiany generacyjnej – młodsze pokolenia interesują już zupełnie inne używki (ibid, 11). Autorzy podkreślają jednak, że trudno zaprzeczyć pozytywnemu oddziaływaniu zmiany polityki nar-

kotykowej na statystyki epidemiologiczne chorób zakaźnych – program metadonowy, HAT, wymiana igieł i strzykawek znacząco je ograniczyły.

Być może najważniejszą korzyścią płynącą ze szwajcarskich doświadczeń jest poszerzenie ram politycznej debaty i ustanowienie nowych praktyk podejmowanych przez inne kraje. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) przypisuje Szwajcarii zainspirowanie dyskusji o programach redukcji szkód w niemal wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej (EMCDDA 1998; zobacz również Fischer i inni 2007). Ten rodzaj oddziaływania potwierdza także zainteresowanie, z jakim politycy i eksperci z Europy i Australii zareagowali na publikacje i sympozja rządu szwajcarskiego omawiające zarówno samą politykę narkotykową jak i granice jej oddziaływania (Rihs-Middel i inni 2005).

Programy HAT przeszły fazy pilotażu w wielu krajach, ale poza Szwajcarią zinstytucjonalizowano tę formę pomocy jedynie w Holandii, Niemczech oraz, z pewnymi ograniczeniami, w Hiszpanii (Small i inni 2006; Uchtenhagen 2009). Szwajcarskie doświadczenia z terapią heroinową oraz, znacznie istotniejsze z klinicznego punktu widzenia, upowszechnienie stosowania metadonu przyczyniły się istotnie do zmiany postrzegania uzależnienia od heroiny. Nie jest to już problem „okryty średniowiecznym woalem wzburzenia moralnego” ani upolityczniony „koszmar degradacji, więzienia, biedy i przedwczesnej śmierci”, lecz uleczalny stan chorobowy. Gorąca debata, jaka toczyła się w Kanadzie podczas tamtejszej batalii o kontynuację pilotażowego programu heroinowego, przepełniona była przywołaniami szwajcarskich doświadczeń (Rehm i inni 2008). Podobnie było w przypadku więziennego programu wymiany igieł i strzykawek, pierwszego w Europie i najlepiej na świecie ocenionego – otworzył on dyskusję o polityce i możliwościach jej zmiany w wielu krajach świata (Lines i inni, 2006; Dolan i inni 2003).

V. Dylematy i wnioski

Podobnie jak w wielu innych krajach, zmianę polityki narkotykowej w Szwajcarii wymusiła epidemia HIV/AIDS. Masowe zakażenia HIV na całym świecie sprawiły, że polityka narkotykowa stała się przedmiotem uważniejszego oglądu, ale programy reagowania nie zawsze konstruowano w oparciu o doniesienia naukowe. Tymczasem tutejsze zmiany zaszły pomimo konserwatywnego klimatu politycznego, w momencie gdy prawicowa partia święciła swoje największe triumfy. Jeden z urzędników szczebla federalnego zajmujący się zdrowiem publicznym zauważył: „Cieszy mnie, że mieszkańcy Szwajcarii, choć znani z konserwatyzmu, dają się przekonać do zmian i godzą się na innowacyjne działania” (Jann 2006).¹

Poniżej wyliczenie kluczowych czynników, jakie zadziałały w przypadku Szwajcarii, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które mogą być zastosowane w innym kontekście politycznym i kulturowym.

► **Podjęcie działań o charakterze eksperymentu i balansujących na granicy prawa, o ile ich skuteczność daje się udowodnić empirycznie:**

Począwszy od ZIPP-AIDS, poprzez niskoprogowe programy metadonowe aż do pilotażu HAT szwajcarska zmiana polityki narkotykowej obfituje w liczne przykłady działań, które wdrażano mimo sprzeczności z prawem federalnym lub kantonalnym.

1. „Il est également réjouissant que la population suisse, par ailleurs plutôt connue pour son conservatisme général, puisse être acquise à des mesures novatrices si elles sont convaincantes.”

Decyzje polityczne zapadały tu w oparciu o dowody empiryczne. Wielu ekspertów, którzy udzielili wywiadu na potrzeby niniejszego raportu, podkreślało, że to właśnie szwajcarski pragmatyzm jako cecha narodowa pozwolił odejść od utartych ścieżek w stronę rozwiązań nierzadko eksperymentalnych, a jednak korzystnych z punktu widzenia zdrowia publicznego (Uchtenhagen, Zeltner, Lehmann, wywiady). Szwajcarska precyzja okazała się równie przydatna przy dokumentowaniu wyników dotychczasowych programów co przy tworzeniu ścieżek badawczych i otwieraniu nowych. Co ważne, pilotaże HAT oraz niskoprogowe programy metadonowe wprowadzono na szeroką skalę także w celu uniknięcia sytuacji, gdy skuteczne rozwiązania medyczne „zamraża” nieprzerwana faza wstępnych testów i badań. Pierwsze pozytywne doświadczenia przekuwano natychmiast na szeroko zakrojone działania.

Charakterystyczną cechą szwajcarskiego doświadczenia z polityką narkotykową jest otwartość na krytykę zewnętrzną i to zarówno po stronie rządu, jak i organizacji oferujących pomoc. Ta otwartość przyczyniła się do powstania w 1999 r. raportu WHO na temat skuteczności HAT, zatwierdzonego przez rząd federalny raportu z zewnętrznej oceny systemu (Reuter and Schnoz 2009) oraz szeregu opracowań publikowanych w uznanych periodykach naukowych. Czy to się komuś podoba, czy nie – trudno przeprowadzić krytykę szwajcarskiego systemu bez uwzględnienia olbrzymiej masy dowodów naukowych obrazujących wpływ nowej polityki na zdrowie publiczne (o ile chce się uczestniczyć w poważnej dyskusji, nie zaś populistycznej utarczce). Moc naukowych argumentów ułatwiła stosowanie takich rozwiązań jak wprowadzenie HAT do koszyka ubezpieczeń medycznych, co umożliwiło upowszechnienie terapii heroinowej nawet w ośrodkach więziennych. Szwajcarskie zaufanie do badań naukowych, szeroko stosowana praktyka uruchamiania programów pilotażowych to przykładowe działania możliwe do podjęcia przez inne kraje.

► **Medykalizacja:**

W krajach, w których dominuje punitywne podejście do polityki narkotykowej, zwolennicy redukcji szkód nawołują do zrównoważenia polityki karnej przez działania prozdrowotne. Można sądzić, że w Szwajcarii właściwe zbilansowanie obu tych form interwencji powiodło się ponad wszelką miarę. Ekspersi z dziedziny medycyny odegrali w tych poszukiwaniach rolę trudną do przecenienia.

W związku z tym, specjaliści od praw osób uzależnionych, tacy jak Jean Felix Savary z GREA, stawiają zasadnicze pytanie o naturę szwajcarskiej „redukcji szkód”. Czy chodzi w niej o całościowe rozumienie praw i wolności użytkowników narkotyków jako obywateli i jednostek ludzkich, czy może głównie o dostęp do konkretnych usług

medycznych? Czy redukcja szkód może być ograniczana i zawężana w imię tego, co politycznie możliwe i wykonalne? Może dla Szwajcarii, która uzyskała tak doskonałą równowagę pomiędzy swoimi czterema filarami, nadszedł już czas, by zająć się prawami osób uzależnionych w sposób szerszy, bez ograniczania się do działań medycznych lub policyjnych? Może potrzeba większego zaangażowania na poziomie społecznym? Niektórzy proponują, by uwzględnić głos osób uzależnionych w pracach Federalnej Komisji ds. Narkotyków w sposób bezpośredni i bardziej systematyczny, niż działa się to do tej pory. Z punktu widzenia wielu innych krajów samo stawianie tego rodzaju pytań wydaje się być trudnym do wyobrażenia luksusem. Może się jednak okazać, że w przypadku Szwajcarii dalsza ewolucja systemu polityki narkotykowej ciągle jest możliwa.

► **Demokracja bezpośrednia a pozycja centrowa:**

Państwa większe terytorialnie lub o słabszym systemie instytucji demokratycznych nigdy nie stworzą odpowiednika szwajcarskich procedur referendalnych. Mechanizm referendum okazał się ostatnią deską ratunku dla koalicji prohibicyjnej oraz grup optujących za pełną legalizacją narkotyków, gdy proponowane przez nich rozwiązania poniosły klęskę w Parlamencie i Radzie Federalnej (Kubler 2001). Demokracja bezpośrednia pobudziła debatę o zakresie redukcji szkód zapisanej w strategii czterech filarów, gwarantując równocześnie zwycięstwo pozycji centrowej jako najbardziej satysfakcjonującej większość głosujących, pozycji definiującej „szkody” przede wszystkim jako medyczne i kryminalne konsekwencje uzależnienia od narkotyków.

System demokracji bezpośredniej nakładał na polityków konieczność informowania opinii publicznej o działaniach związanych z polityką narkotykową. Nakłady rządowe na zwiększenie społecznej świadomości odnośnie problemów związanych z narkomanią oraz propagowanie wyników badań naukowych poprzez mass media i publikacje naukowe mogą stanowić dobry wzorzec dla innych państw. Podczas referendum 2008 r. pamięć o wydarzeniach z czasów scen narkotykowych zdążyła nieco przyblednąć. Federalna Komisja ds. Narkotyków oraz wielu urzędników państwowych zrobiło wiele, by uświadomić obywatelom korzyści z objęcia osób uzależnionych niezbędną pomocą medyczną zamiast wzmocnienia policyjnych represji. Osoby, które udzieliły wywiadów na potrzeby tej publikacji, miały bardzo różne mniemanie o tym, jak głęboka jest wiedza Szwajcarów na temat problemów związanych z narkotykami, jednak wielu byłych i obecnych polityków przyznało, że niemal każdy zna kogoś z problemem narkotykowym i bardzo wielu starało się dowiedzieć jak najwięcej o tym, na ile nowe działania mogą być skuteczne w przypadku ich znajomych i bliskich.

► Filar policyjno-sądowy

Wielu rozmówców stwierdziło, że szwajcarska policja zaakceptowała cztery filary przede wszystkim z powodu bezsilności i frustracji, jakiej doświadczyła, próbując zwalczyć zjawisko scen narkotykowych. Tę tezę potwierdzają także liczne publikacje prasowe. Pogłębione zrozumienie procesu, który doprowadził do zmiany nastawienia policji, byłoby bardzo użyteczne. Niestety próby rozmowy z przedstawicielami federalnych, kantonalnych i miejskich sił policyjnych spełzły na niczym. Pytani politycy stwierdzili, że to właśnie policja najsilniej odczuła społeczny sprzeciw wobec zjawiska otwartych scen narkotykowych na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych i z ulgą przyjęła fakt, że nowe podejście do problemu narkomanii nieco ją odciąży (zob. także Maurer 2006). Zdaniem byłej prezydent Dreifuss (2009) utrzymanie ładu publicznego nadal pochłania lwią część środków przeznaczonych na realizację polityki czterech filarów, więc trudno uznać, by policja została w jakikolwiek sposób poszkodowana. Ponadto, poza kwestiami przemytu narkotyków oraz sprawami prowadzonymi w trybie międzynarodowego prawa karnego, wszystkie kwestie dotyczące codziennego utrzymania porządku publicznego pozostają w gestii władz kantonalnych, co regulują określone zapisy federalne (Federalne Biuro Zdrowia Publicznego 2006).

Kraje Europy Wschodniej i Azji, które musiały się zmierzyć z problemem HIV i narkomanii, często, w przeciwieństwie do władz szwajcarskich, reagowały zaostrzeniem działań policyjnych, zaś działania medyczne, jeśli w ogóle były, stanowiły kontynuację represyjnej polityki. Szwajcaria podtrzymała kluczowe znaczenie działań policyjnych w polityce narkotykowej, ale stworzyła nowy klimat wokół problemu, co sprawiło, że współpraca między służbą zdrowia a organami ścigania okazała się nie tylko możliwa, ale też konieczna. Esther Maurer (2006, 4), która w 2006 r. pełniła zarówno funkcję dyrektora departamentu policji w Zurychu, jak i przewodniczącej Federalnej Komisji Narkotykowej, skomentowała to następująco:

Wcześniej niczego wspólnie nie konsultowaliśmy: Departament Spraw Socjalnych robił swoje w terenie, a potem przychodziła policja i konfiskowała ludziom strzykawki i igły, które wcześniej im rozdano. . . Nie istniał żaden wspólny mianownik. Od czasu, gdy stworzyliśmy komisję narkotykową [działającą według czterech filarów], wszyscy pracujemy razem, podjęte decyzje obowiązują we wszystkich departamentach, stosujemy jedną strategię. To cena naszego sukcesu.²

2. „Auparavant nous ne nous consultations pas: le département des affaires sociales faisait son travail sur le terrain, puis venait la police qui confisquait aux toxicomanes les seringues distribuées. . . il n'y avait aucun denominateur commun. Depuis que nous avons créé la délégation drogue et que nous travaillons tous ensemble, les décisions prises sont contraignantes pour tous les départements et nous poursuivons, tous ensemble, une seule et même stratégie. Le succès est à ce prix.”

Nie jest to, najpewniej, szczególnie żarliwy głos poparcia dla strategii czterech filarów, ale realizm tej wypowiedzi może okazać się pouczający dla polityków i funkcjonariuszy policji w wielu krajach.

► **Jurysdykcja w usługach zdrowotnych:**

Z wywiadów i artykułów prasowych wynika, że potrzeba było tragedii otwartych scen narkotykowych i bezsilności wobec tego zjawiska, by władze kantonów zwróciły się do władz federalnych z prośbą o pomoc w kwestiach związanych ze zdrowiem i utrzymaniem porządku publicznego, jako że tradycyjnie te właśnie zagadnienia leżą w gestii władz lokalnych (np. Klingemann 1996). Trudno wyobrazić sobie, by jakiegokolwiek władze podejmowały ten rodzaj zabiegów względem władzy centralnej o szczególnie upolitycznionym profilu lub przeciwnie – pozbawionej niezależności lub sprawczości. Zakłady opieki zdrowotnej, będące niejako na pierwszej linii strzału, wywierały presję na władze municypalne i kantonalne w sprawach wymagających należytej oceny, ewaluacji, doradztwa naukowego. Rząd federalny z kolei, pozostawił władzom kantonów wolną rękę w kwestiach związanych z codziennym funkcjonowaniem poszczególnych programów, dzięki czemu opracowywano nieustannie nowe strategie ich realizacji. Zarówno w działaniach prozdrowotnych jak i w sprawach będących w gestii policji kantony dzieliły się swoimi doświadczeniami z władzami federalnymi, proponując nierzadko własne rozwiązania, co dobrze pokazuje przykład Saint Gall.

Strategia czterech filarów wymagała nie tylko współpracy pomiędzy wymiarem sprawiedliwości a służbą zdrowia, lecz także kooperacji politycznej i administracyjnej. Kooperacja wszystkich szczebli władzy nie stanowiła tutaj bynajmniej normy (Klingemann 1996, 731). Kantony nie zrzekały się przez to władzy, ale działały wystarczająco sprytnie, by w niezbędnym zakresie korzystać z aktywnej postawy rządu federalnego. Elastyczność i pragmatyzm w rozwiązywaniu tego rodzaju problemów są lekcją, z której wnioski można stosować w sposób bardziej ogólny.

► **Rola INCB:**

Szwajcarzy stawili czoła zarzutom INCB, posiłkując się dowodami naukowymi. Pomimo obaw o naruszenie konwencji ONZ ds. narkotyków nie dawali się zastraszyć zawężonej interpretacji aktu prawnego. Wnioski płynące z tej lekcji mogą wziąć sobie do serca wszyscy: zarówno INCB jak i rządy pozostałych krajów-sygnatariuszy. Przedstawiciele INCB powinni zdawać sobie sprawę, że ideologiczne połajanki – jak można określić sprzeciw wobec HAT, programów wymiany igieł i strzykawek oraz tworzenia pokoi iniekcyjnych – stoją nierzadko w sprzeczności z działaniami mającymi na celu

poszukiwanie nowych rozwiązań wewnętrznych problemów danych państw. W przypadku Szwajcarii INCB przyczyniła się do upolitycznienia procesu konstrukcji systemu działań prozdrowotnych w sposób, który jak można było przewidzieć, został skwapliwie wykorzystany przez jedną ze stron ówczesnej debaty. Przykład Szwajcarii powinien skłonić ONZ do przemyślenia dalszego poparcia dla działań INCB jako „niezależnego” organu.

VI. Podsumowanie

Z dzisiejszej perspektywy trudno orzec, czy Szwajcaria zdobyłaby się na zmianę swojej polityki narkotykowej, gdyby na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych zagrożenie ze strony epidemii HIV było mniejsze, a problem otwartych scen narkotykowych nie rozwinąłby się w tak ogromnej skali. Można jedynie domniemywać, że procesy zachodzące w innych krajach Europy oraz badania empiryczne popchnęłyby ostatecznie szwajcarską politykę narkotykową ku jej dzisiejszej formie, wątpliwe jednak, by dynamika i zakres owych zmian dorównała opisanej w niniejszym raporcie.

Nie ulega wątpliwości, że szwajcarski sposób implementacji strategii czterech filarów dowiódł możliwości stworzenia pragmatycznej polityki narkotykowej także w warunkach politycznego konserwatyzmu. Odwołania do retoryki abstynencyjnej oraz akcentowanie znaczenia działań policyjnych mogą okazać się w takich przypadkach konieczne, co nie oznacza, że przy pewnym poziomie zaufania do faktów empirycznie dowiedzionych, stworzenie szerokiego frontu poparcia dla działań redukcji szkód jest niewykonalne.

Jedyną niewiadomą pozostaje rola, jaką w całym opisanym tu procesie odegrały wybitne jednostki. W tym wymiarze szwajcarskie doświadczenie zyskuje z całą pewnością charakter niepowtarzalny. Większość osób, które udzieliły wywiadu na potrzeby niniejszego raportu, to pionierzy w dziedzinie tworzenia i wdrażania nowych programów pomocowych dla osób uzależnionych. Autorka niejednokrotnie pytała ich, skąd wzięła się odwaga, z jaką przystępowali do realizacji swoich zadań. Odpowiadali z zaskakującą skromnością, akcentując przede wszystkim otwartość społeczeństwa szwajcarskiego. Lekarze, którzy jako pierwsi udzielali pomocy na Platzspitz, wydają się być ludźmi pozbawionymi lęku o swoją pozycję społeczną

czy źródła utrzymania. Politycy i pracownicy służby zdrowia poszerzający zakres wymiany igieł i strzykawek, programu metadonowego czy HAT byli w pełni świadomi zarzutów, jakie usłyszą ze strony opozycji, czuli jednak, że racja leży po ich stronie. Choć to pogląd bardzo subiektywny, można sądzić, że sukces szwajcarskiej polityki narkotykowej polegał na współdziałaniu grupy niezwykle ludzi dążących do powstrzymania zakażeń HIV i poprawy losu osób uzależnionych oraz do budowania rozwiązań politycznych w oparciu o dowody naukowe w miejsce politycznego oportunisty.

Szwajcaria skorzystała także z dobrodziejstw należycie dofinansowanego sektora publicznego oraz wysokowykwalifikowanej kadry specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, którzy rozumieli, a do pewnego stopnia także zdefiniowali, istotę prozdrowotnych działań na rzecz osób uzależnionych. Pomimo zasobności szwajcarskiego budżetu, ewaluacja nowych działań była prowadzona pod kątem oszczędności finansowych, co czyni system szwajcarski bardziej adekwatnym do możliwości uboższych krajów.

Wiele szwajcarskich doświadczeń w zakresie polityki narkotykowej można uogólnić w różnorodnych kontekstach społecznych i politycznych. Najważniejszymi pozostają jednak: traktowanie nauki (m. in. szczegółowych badań nad uruchomionymi programami) jako bazy do działań politycznych; współistnienie działań policyjnych i prozdrowotnych; inwestowanie w edukację społeczeństwa; audyt zewnętrzny oraz walka z krytyką opartą jedynie na przesłankach ideologicznych. Szwajcarski przykład dowodzi, że postępowe działania w dziedzinie redukcji szkód, nawet jeśli początkowo kontrowersyjne, mogą wyłonić się także na gruncie politycznego konserwatyzmu. Świat polityki narkotykowej, zarówno w swoim wymiarze praktycznym jak teoretycznym, byłby znacznie uboższy bez szwajcarskich doświadczeń i wysiłków jakich ten kraj dołożył na rzecz ich dokumentacji i popularyzacji.

Aneks: wykaz rozmówców

Byli i obecni urzędnicy szczebla federalnego

- ▶ Ruth Dreifuss, były członkini Rady Federalnej oraz Minister Spraw Wewnętrznych (1993–2002), wiceprezydent Konfederacji Szwajcarskiej (1998) oraz prezydent Konfederacji Szwajcarskiej (1999)
- ▶ dr Thomas Zeltner, dyrektor szwajcarskiego Federalnego Biura Zdrowia Publicznego (1991–2009)
- ▶ dr Margaret Rihs-Middel, wykładowca Uniwersytetu w Lozannie; była pracownica szwajcarskiego Federalnego Biura Zdrowia Publicznego
- ▶ dr Philippe Lehman, wykładowca Uniwersytetu w Lozannie; były pracownik szwajcarskiego Federalnego Biura Zdrowia Publicznego
- ▶ dr Felix Gutzwiller, wykładowca Uniwersytetu w Zurychu; poseł szwajcarskiego parlamentu (Partia Liberalno-Demokratyczna)
- ▶ dr Jean-Charles Rielle, poseł szwajcarskiego parlamentu (Partia Socjalistyczna)

Urzędnicy szczebla kantonalnego

- ▶ dr Daniele Zullino, dyrektor medyczny ds. usług adresowanych do osób uzależnionych, kanton Genewy
- ▶ dr R. Khan, zastępca dyrektora medycznego ds. usług adresowanych do osób uzależnionych, kanton Genewy

Eksperti akademicki

- ▶ dr Peter J. Grob, emerytowany profesor Uniwersytetu w Zurychu; założyciel ZIPP-Aids
- ▶ dr Ambros Uchtenhagen, emerytowany profesor Uniwersytetu w Zurychu; dyrektor Fundacji na rzecz Uzależnień i Badań nad Zdrowiem Publicznym, Zurych

Specjaliści medyczni i świadczeniodawcy

- ▶ dr André Seidenberg, lekarz prowadzący prywatną praktykę w Zurychu (wcześniej pracował w Stowarzyszeniu na rzecz Redukcji Ryzyka Używania Narkotyków)
- ▶ dr Robert Hämmig, Berno, lekarz prowadzący praktykę prywatną i prezes Szwajcarskiego Stowarzyszenia Medycyny Uzależnień
- ▶ dr Barbara Broers, świadcząca usługi adresowane do osób uzależnionych, Szpital Kantonalny w Genewie i wiceprezes Szwajcarskiego Stowarzyszenia Medycyny Uzależnień
- ▶ dr Nelson Feldman, specjalista w dziedzinie medycyny, Consultation Rue Vert, Genewa
- ▶ dr B. Kaufmann, dyrektor Consultation Navigation (HAT i programy metadonowe), Genewa
- ▶ Bart Kaye, pielęgniarz, Consultation Navigation (HAT), Genewa
- ▶ dr Toni Berthel, specjalista w dziedzinie medycyny; aktywista Stowarzyszenia na rzecz Redukcji Ryzyka Używania Narkotyków, Zurych

Przedstawiciele organizacji pozarządowych

- ▶ Jean-Félix Savary, prezes GREA (Groupe Romande d'Etudes sur l'Addiction, Grupa na rzecz Badań nad Uzależnieniami), Yverdon-les-Bains
- ▶ Athos Staub, członek zarządu Stowarzyszenia na rzecz Redukcji Ryzyka Używania Narkotyków, Zurych

Bibliografia

Addiction Info Suisse, 2010a. „Globalement le système répond aux attentes” [Overall the system meets expectations] (press statement). March 1. [http://www.sucht-info.ch/fr/actualites/article/globalement-le-systeme-repond-aux-attentes/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=255&cHash=65c9d079a384ac3ef1e714f3e714ce06]

Addiction Info Suisse, 2010b. „Amendes d’ordre pour la consommation de cannabis—commentaire” [Changes in policy directives on cannabis consumption] (press statement). March 1. [http://www.sucht-info.ch/fr/actualites/article/amendes-dordre-pour-la-consommation-decannabis-commentaire-2/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=255&cHash=b71e6b3dcbce3ddf945290d3e5d86d1d].

Aide Suisse contre le Sida, 2008. L’Aide Suisse contre le Sida dit oui à la révision de la loi sur les stupéfiants [Swiss Aid against AIDS says yes to the revision of the narcotic drug law] (press statement). [<http://www.aids.ch/f/medien/medienarchiv.php#FAQ2>].

Ali, R., M. Auriacombe, M. Casas, et al. 1999. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. Geneva: World Health Organization. [<http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/OVERALLS.htm>].

Association Jeunesse sans drogues, 2008. „20 ans que la Suisse s’enfoncé—cette fois, on arrête”; le 30 novembre: 2 x NON à la drogue [20 years of Switzerland sinking—this time, we stop”: November 30, 2 x no to drugs] (press statement). [http://www.jod.ch/02fr_inh/pdf_fr/JoD_arguments_30Nov08.pdf].

Bammer, G., W. van den Brink, P. Gschwend, et al. 2003. What can the Swiss and Dutch trials tell us about the potential risks associated with heroin prescribing? *Drug and Alcohol Review* 22: 363–71.

- Boggio, Y. 2005. La vérité est sous le tapis. *Dépendances* no. 25: 2–5.
- Bühler, R. 2005. The medical prescription of heroin in Switzerland: consequent changes to the legal framework. In Rihs-Middel, M., R. Hämmig, and N. Jacobshagen, eds. *Heroin-assisted treatment: work in progress*:199-206. Bern: Swiss Federal Office of Public Health.
- Collin, C. 2002. Switzerland's drug policy (report prepared for the Swiss Senate Special Committee on Illegal Drugs). Bern: Library of Parliament. [<http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/ille-e/library-e/collin1-e.htm>].
- Csete, J., and D. Wolfe. 2007. *Closed to reason: the International Narcotics Control Board and HIV/AIDS*. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Open Society Institute Public Health Program. [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/publications_20070227/closed_20070226.pdf].
- Dolan, K., S. Rutter, and A.D. Wodak. 2003. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98: 153–58.
- Dreifuss, R. 2009. „Swiss drug policy” speech to session organized by the International Drug Policy Consortium, Washington, D.C. (On file with author.)
- Eisner, M. 1995. Policies towards open drug scenes and street crime: the case of the city of Zurich. *European Journal on Criminal Policy and Research* 1(2): 61–75.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). 1999. *HIV/AIDS surveillance in Europe*. Saint-Maurice, France. [http://www.eurohiv.org/reports/report_61/pdf/report_eurohiv_61.pdf].
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2000. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Lisbon. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37280_EN_ar00_en.pdf].
- Federal Commission for Drug Issues (Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues). 2010. [http://www.admin.ch/ch/f/cf/ko/index_297.html].
- Federal Commission for Drug Issues. 2008. *Position de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues sur la révision de la loi sur les stupéfiants et sur l'initiative sur le chanvre*. [Position of the Federal Commission for Drug Issues on the revision of the narcotic drug law and on the cannabis initiative] (press statement). November 5. [<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00791/index.html?lang=fr>].
- Federal Office of Public Health, Swiss Confederation, 2006. *La politique suisse en matière de drogue: 3e programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011*. Bern.
- Fischer, B., E. Oviedo-Joekes, P. Blanken, et al. 2007. Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: a brief update on science and politics. *Journal of Urban Health* 84(4): 552–62.

- Graf, M. and J.F. Savary. 2008. Référendum sur la révision de la LStup: l'avenir de la politique drogues de la Suisse se joue le 30 novembre 2008. *Dépendances* 35: 24–26.
- Grob, P.J. 1995. The needle park in Zurich: the story and the lessons to be learned. *European Journal on Criminal Policy and Research* 1(2): 48–60.
- Grob, P.J. 2009. Zürcher „needle-park“: ein Stück Drogengeschichte und politik 1968–2008. Zürich: Chronos Verlag. (With English summary provided by the author.)
- Guex, P. 2008. En croisade contre la nouvelle loi [On a crusade against the new law]. *Le Nouvelliste*. June 11. [<http://www.lenouvelliste.ch/fr/news/detail.php?idIndex=9&idContent=85268>].
- International Narcotic Control Board (INCB). 1995. Annual report. Vienna: United Nations. [http://www.incb.org/incb/en/annual_report_1995.html]
- International Narcotic Control Board (INCB). 1997. Annual report. Vienna: United Nations. [http://www.incb.org/incb/en/annual_report_1997.html].
- International Narcotic Control Board (INCB). 1998. Annual report. Vienna: United Nations. [http://www.incb.org/incb/en/annual_report_1998.html].
- International Narcotic Control Board (INCB). 1999. Annual report. Vienna: United Nations. [http://www.incb.org/incb/en/annual_report_1999.html].
- International Narcotic Control Board (INCB). 2000. Annual report. Vienna: United Nations. [http://www.incb.org/incb/en/annual_report_2000.html].
- Jann, M. 2006. „En première ligne.” *Spectra* 2006; no. 50: 3.
- Kapp, C. 2003. Swiss debate whether to legalise cannabis. *Lancet* 362(9388): 970.
- Killias, M. 2009. Commentaires sur Peter Reuter/Dominic Schnoz, „Assessing drug problems and policies in Switzerland, 1998–2007.” [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/.../index.html?lang...].
- Killias, M., M.F. Aebi, D. and Ribeaud. 2005. Key findings concerning the effects of heroin prescription on crime. In Rihs-Middel, M., R. Hämmig, and N. Jacobshagen, eds. *Heroin-assisted treatment: work in progress:193-98*. Bern: Swiss Federal Office of Public Health.
- Klingemann, H.K.H. 1996. Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction* 91: 723–36.
- Kübler, D. 2001. Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy* 8(4): 623–41.
- Maurer, E. 2006. La collaboration entre les quatre piliers est le b.a.-ba de la réussite de la politique en matière de drogue (interview). *Spectra* 2006 ; no. 50: 4–5.
- Reuter, P. and D. Schnoz. 2009. *Assessing drug problems and policies in Switzerland, 1998–2007*. Bern: Federal Office of Public Health.

- Révision de la Loi sur les stupéfiants (LStup) – Généralités (web article). 2008. [<http://www.infoset.ch/f/actualite/revision/index.shtm>].
- Rihs-Middel, M. and R. Hämmig. 2005. Heroin-assisted treatment in Switzerland: an interactive learning process combining research, politics and everyday practice. In Rihs-Middel, M., R. Hämmig, and N. Jacobshagen, eds. *Heroin-assisted treatment: work in progress*: 11–22. Bern: Swiss Federal Office of Public Health.
- Rihs-Middel, M., R. Hämmig, and N. Jacobshagen, eds. 2005. *Heroin-assisted treatment: work in progress*. Bern: Swiss Federal Office of Public Health.
- Savary, J.F., C. Hallam, and D. Bewley-Taylor. 2009. The Swiss four pillars policy: an evolution from local experimentation to federal law (Briefing Paper no. 18). London: Beckley Foundation Drug Policy Programme. [http://www.great-aria.ch/pdf/Infos/Beckley_Briefing_2009.pdf].
- Seidenberg, A. 1999. What tells us Switzerland's drug policy? Switzerland–drug policy of mountain dwellers? *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 1(2): 15–18.
- Small, D., E. Drucker, and Editorial Committee. 2006. Policy makers ignoring science and scientists ignoring policy: the medical ethical challenges of heroin treatment. *Harm Reduction Journal* 3:16, doi:10.1186/1477-7517-3-16.
- Uchtenhagen, A. 2009. Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction* 105: 29–37.
- von Aarburg, H.P. and M. Stauffacher. 2004. From law enforcement to care: changed benefits and harm of heroin use in Switzerland through a shift in drug policy. In Decorte, T. and K. Dirk, eds. *European studies on drugs and drug policy: selected readings from the 14th International Conference of the European Society for Social Drug Research*. Brussels: VUB Press, pp. 21–47.
- Wutrich, B. 2004. La dépénalisation du cannabis compromise. *Le Temps*, April 2. [http://www.letemps.ch/Page/Uuid/64029ff0-af57-11dd-bf59-ad3d6140ad87/La_d%C3%A9p%C3%A9nalisation_du_cannabis_compromise].

O autorce

Joanne Csete piastuje stanowisko profesora nadzwyczajnego na Wydziale Badań nad Populacją i Zdrowiem Rodziny w Szkole Zdrowia Publicznego przy Uniwersytecie Columbia. W swojej pracy koncentruje się na badaniu metod służących przewyciężeniu wykluczenia społecznego grup zmarginalizowanych, w szczególności użytkowników narkotyków, osób świadczących usługi seksualne, więźniów oraz osób żyjących z HIV. Była szefową i założycielką Programu ds. HIV i Praw Człowieka w Human Rights Watch. Nadzorowała szeroko zakrojone badania nad łamaniem praw człowieka w przypadku osób zakażonych HIV. Piastowała także stanowisko dyrektora wykonawczego Kanaadyjskiej Sieci Prawnej ds. HIV/AIDS z siedzibą w Toronto, organizacji będącej jedną z kluczowych w dziedzinie wspierania praw zdrowotnych i praw człowieka. Wcześniej pracowała jako doradca w UNICEF oraz wykładała na Uniwersytecie Wisconsin-Madison.

Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej

Zainicjowany w 2008 r. Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej dąży do zmiany jakościowej światowych działań w kwestiach powiązanych z narkotykami. Jego celem jest uczynienie problematyki zdrowia publicznego i praw człowieka podstawą polityki narkotykowej oraz ograniczenie działań prawno-karnych. Program dąży do poszerzenia, konsolidacji i dywersyfikacji sieci organizacji działających na rzecz zmiany obecnej polityki narkotykowej. Cele programu realizowane są poprzez dotacje oraz, w mniejszym zakresie, orędownictwo bezpośrednie.

Obecnie międzynarodową politykę narkotykową cechuje autorytarne egzekwowanie prawa pozostające bez wpływu na produkcję, sprzedaż i spożycie substancji odurzających, przyczyniające się natomiast do eskalacji przemocy, lekceważenia praw człowieka i stwarzające realne zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Open Society Foundations

Open Society Foundations działa w 70 państwach świata na rzecz stymulowania procesów demokratycznych, zwiększania odpowiedzialności rządów przed obywatelami oraz tolerancji. Poprzez współpracę z lokalnymi społecznościami Open Society Foundations wspiera system praw człowieka, wolności słowa, akcentuje znaczenie sprawiedliwości oraz dostępu do publicznej służby zdrowia i edukacji.

Na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych funkcjonowanie otwartych scen narkotykowych w największych miastach Szwajcarii, a zwłaszcza w Zurychu, znacząco wpłynęło na wzrost zakażeń HIV. Dramatyczna sytuacja zmusiła władze szwajcarskie do gruntownego przeanalizowania lansowanej dotychczas polityki narkotykowej opartej głównie na działaniach policyjnych. Badania naukowe przekonywały, że dalsze represje nie rozwiążą problemu. Władze Szwajcarii podjęły więc szereg działań mających na celu instytucjonalizację specjalistycznych usług zdrowotnych w ramach szeroko zakrojonej polityki uwzględniającej profilaktykę, leczenie uzależnień, nadzór organów ścigania. Masowe rozpowszechnienie niskoprogowych programów substytucyjnych, wymiany igieł i strzykawek stało się trzonem redukcji szkód, która w kilku ogólnokrajowych referendach uzyskała poparcie opinii publicznej. Choć nie wszystkie działania szwajcarskie mogą i powinny być wdrażane w innych krajach, warto prześledzić korzyści, jakie Szwajcaria odniosła z radykalnej zmiany swojej polityki narkotykowej.

