



Biurow Studiów i Ekspertyz

KONFERENCJE I SEMINARIA

10(54)03

Prawa człowieka – osób zażywających narkotyki i zakażonych HIV

BIULETYN

BIBLIOTEKA SEJMOWA - BSE



0001208



Konferencje i Seminaria 10(54)03

Prawa człowieka – osób zażywających
narkotyki i osób zakażonych HIV

Biuletyn
Biura Studiów i Ekspertyz
Kancelarii Sejmu

Materiały z konferencji dla posłów Sejmu IV kadencji zorganizowanej 17 listopada 2003 r. przez sejmową Komisję Sprawiedliwości i Praw Człowieka oraz Biuro Studiów i Ekspertyz.

Redaktor: **Grzegorz Ciura, Andrzej Chodyra**
Projekt okładki: **Janina Knap**

© Copyright by Kancelaria Sejmu, Warszawa 2003

Niniejsza publikacja, przygotowana na potrzeby Sejmu i jego organów, nie ma charakteru komercyjnego i jest udostępniana bezpłatnie

ISSN 1506-3275

Opracowanie graficzne, skład i łamanie: *Biuro Studiów i Ekspertyz*
Druk i oprawa: *Wydawnictwo Sejmowe*
Warszawa, grudzień 2003

Spis treści

Wstęp	5
DYSKUSJA	9
Lista uczestników konferencji	127

Wstęp

Materiały zawarte w niniejszym tomie serii „Konferencje i Seminaria” Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, stanowią dorobek konferencji zatytułowanej „Prawa człowieka osób zażywających narkotyki i osób zakażonych HIV”, która odbyła się w gmachu Sejmu 17 listopada 2003 r.

Konferencja została zorganizowana przez sejmową Komisję Sprawiedliwości i Praw Człowieka, United Nations Development Programme (UNDP), Rzecznika Praw Obywatelskich, Open Society Institute oraz Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu. Obradom przewodniczyła posłanka Katarzyna Maria Piekarska, przewodnicząca Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka.

W konferencji uczestniczyli przedstawiciele: UNDP w Polsce, ministerstwa sprawiedliwości, ministerstwa zdrowia, policji, zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich, reprezentanci ośrodków naukowych i organizacji pozarządowych, przedstawiciele mediów.

Celem konferencji było przedstawienie problemów związanych z zapewnieniem praw człowieka osób zakażonych HIV i zażywających narkotyki, wskazanie rozwiązań ograniczających rozprzestrzenianie się zakażenia tym wirusem i pomocy osobom uzależnionym od narkotyków.

Prezentowany tom zawiera nieautoryzowane teksty wystąpień referentów oraz zapis dyskusji uczestników konferencji.

Przekazując niniejszy tom czytelnikom, składamy wszystkim uczestnikom podziękowania za udział w konferencji.

Grudzień 2003 r.

Dr Jacek Głowacki
Wicedyrektor

DYSKUSJA

Przewodnicząca sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka Katarzyna Piekarska: W imieniu współorganizatora, tzn. Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka, mam zaszczyt otworzyć dzisiejszą konferencję.

Prawa człowieka osób zakażonych HIV niewątpliwie są trudnymi prawami, z czym zgodzą się osoby na co dzień zajmujące się tą problematyką. Do sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka przychodzą listy od osób, które w miejscu zamieszkania, w pracy, bądź szkole doświadczają dyskryminacji z tego powodu, że są zakażone HIV. Staramy się reagować, ale jest to reagowanie na przypadki indywidualne. Dobrze się stało, że dzisiaj spotykamy się w szerokim międzynarodowym gronie, gdyż wydaje mi się, że należy starać się rozwiązać ten problem szerzej.

Podobną konferencję współorganizowałam w 1991 roku. Był to zupełnie inny czas. Wówczas po raz pierwszy opinia publiczna spotkała się z problemem HIV. Zastanawialiśmy się nad tym, co robić i jak edukować, ponieważ strach wywoływał agresję. Warto odpowiedzieć na pytanie: jak jest dzisiaj, jaką drogę pokonaliśmy jako państwo i społeczeństwo?

Ja i moi koledzy dostajemy listy, w których obywatele pytają i proszą o wytłumaczenie następującej sytuacji. W trudnych warunkach budżetowych proponuje się likwidację funduszu alimentacyjnego a jednocześnie przeznaczają się środki budżetowe na leczenie osób narkotyzujących się, zakażonych HIV. Mówi się również o osobach uzależnionych od alkoholu. W listach pojawia się twierdzenie, że przecież te osoby same sobie są winne, więc same powinny się leczyć. Niestety, dostajemy takie listy i myślę, że państwo również spotykacie się z taką postawą.

Jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia w dziedzinie edukacji społecznej. Gdy pani Aleksandra Duda zaproponowała, by Komisja Sprawiedliwości i Praw Człowieka była współorganizatorem tej konferencji, moje koleżanki i koledzy z Komisji nie mieli wątpliwości co do tego, że warto podjąć taką inicjatywę.

Jeszcze raz bardzo serdecznie witam wszystkich zacnych gości, prelegentów i dziękuję za przyjęcie naszego zaproszenia. Ze swej strony deklaruję, że zostaną przyjęte wszelkie wnioski legislacyjne. Jeśli będzie taka potrzeba, to postaramy się poprawić i ulepszyć nasze prawo.

Kilka uwag technicznych. O godz. 11.00 zostanie ogłoszona krótka przerwa. Z dzisiejszego spotkania Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu wyda publikację, dlatego proszę o przedstawianie się przy zabieraniu głosu i podanie nazwy reprezentowanej przez siebie organizacji. Chodzi o to, by w planowanej publikacji nie było głosu anonimowego.

W tej chwili mam przyjemność oddać głos panu Colinowi Glennie – Stałemu Koordynatorowi Systemu ONZ w Polsce.

Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce Colin Glennie: Witam państwa serdecznie. Za organizację dzisiejszej konferencji chciałbym w szczególności podziękować sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka. Zebrana dzisiaj liczna grupa osób na pewno reprezentuje różne warstwy społeczeństwa i bez wątpienia państwa doświadczenia są niezwykle dogłębne i różnorodne. Mogą być one wykorzystane przez parlamentarzystów w działaniach na rzecz poprawy sytuacji osób żyjących z HIV.

Wirus HIV jest jednym z największych wyzwań stojących przed systemem opieki zdrowotnej. Chodzi jednak nie tylko o to, lecz o nasze społeczeństwo i to, w jaki sposób żyjemy i jak odnosimy się do siebie nawzajem. Jest to ogromne wyzwanie dla całego świata i jego rozwoju kulturowego. Wiemy, że ta epidemia utrudniła ów rozwój. Jest to także wyzwanie w zakresie praw człowieka. Wiele z tych kwestii będzie dzisiaj omawianych.

Na szczycie milenijnym ONZ szefowie rządów przyjęli deklarację milenijną, a także określili cele rozwojowe. Te cele zagrożone są niemożnością ich osiągnięcia do roku 2015 – właśnie ze względu na wspomnianą epidemię. Jednym z celów jest ograniczenie zasięgu zakażeń HIV.

W Polsce wielkość zakażeń jest stosunkowo niska. Sądę, że Polska powinna cieszyć się z prac wykonanych w ciągu ostatnich lat przez rząd i organizacje pozarządowe, a mających na celu utrzymanie tak niskiego odsetka zakażeń. Wiemy, że równocześnie jest to pułapka, w którą mogą wpaść prawodawcy. W tej chwili stopień zakażeń w Polsce jest taki, jaki kiedyś miała Ukraina, a dzisiaj odsetek zakażeń jest tam bardzo wysoki. Nauka ostrzega, że ten niski poziom zakażeń nie pozostanie taki w dłuższej perspektywie czasowej. Przeniesienie zakażeń przechodzi od wąskich grup społecznych do podstawowego nurtu społeczeństwa. Choć używanie narkotyków w sposób dożylny nadal pozostaje główną drogą zakażenia, to jednak w tej chwili wirus przenosi się również przez kontakty heteroseksualne. Gdy przeniesie się do wszystkich grup społecznych, to jeszcze trudniej będzie go ograniczyć.

Polska znajduje się na krawędzi obszarów, na których epidemia rozwija się najszybciej, tzn. Ukrainy, Kaliningradu, Rosji. W odniesieniu do całego świata właśnie tu krzywa liczby zakażeń wirusem HIV rośnie najszybciej. Nie możemy pozostać bierni wobec tego zjawiska.

Jedną z głównych przyczyn naszego zainteresowania tym problemem jest kwestia praw człowieka. Spójrzmy na koszty leczenia HIV/AIDS. Jeśli w tej mierze rząd wywiązuje się ze swoich zobowiązań, to finansowo bardzo na tym cierpi. Na narodowy budżet ochrony zdrowia prawdopodobnie zostaną nałożone coraz większe obciążenia i koszty będą rosły. Musimy więc zwrócić jeszcze większą uwagę na kwestie zapobiegania. O ile wiem, zaledwie 14% środków przeznaczane jest na profilaktykę, natomiast 86 proc. wydawane jest na leczenie. Musimy upewnić się, że wystarczająco wiele uwagi poświęcamy zapobieganiu. Chodzi przecież o utrzymanie niskiego odsetka zakażeń.

Duża ilość zakażeń związana jest z używaniem narkotyków. Myślę, że wiecie państwo o tym doskonale, gdyż stykacie się z tym w codziennej praktyce. Bardzo dobrze jest również państwu znany sposób traktowania osób zażywających narkotyki. Bardzo często są one pozbawiane praw człowieka i uniemożliwia im się bezpieczne kontrolowanie nałogu i wydostawanie się z niego. Jeśli do tego problemu podejmiemy właściwie, to możemy zmniejszyć liczbę zakażeń wirusem HIV w tej grupie. Jeśli podejmiemy do tego niewłaściwie, to liczba zakażeń może nawet wzrosnąć. Musimy upewnić się, że osoby zażywające narkotyki będą to robiły, aby nie zarazić się HIV.

Niedawno w Warszawie odbyło się bardzo ważne spotkanie, podczas którego została opracowana deklaracja zawierająca podstawy włączenia do polityki narodowej tego, czego spodziewalibyśmy się od każdej grupy parlamentarnej. Osoby żyjące z HIV i AIDS zasługują na te same prawa człowieka, jakie mają inni ludzie. Prawa człowieka nie powinny dyskryminacyjnie traktować żadnej z grup osób.

Niezbędna jest również odpowiedzialna polityka w zakresie ochrony zdrowia, aby zapewnić ludziom ich prawa człowieka. Osoby żyjące z HIV i AIDS mają prawo do godności i naszego szacunku. Nie można dopuścić do ich dyskryminacji lub ostracyzmu. Takie osoby mają prawo do utrzymania pracy i prawo do opieki. Jestem pewien, że nikt z nas nie spierałby się z tymi twierdzeniami. Jednak wiemy, że w społeczeństwie i być może także wśród prawodawców te prawa są ograniczane albo wręcz zawieszane bądź odbierane.

Wszystkim organom legislacyjnym, które są liderami opiniiotwórczymi w społeczeństwie chcielibyśmy doradzić, aby dawały dobry przykład tego, w jaki sposób całe społeczeństwo powinno się odnosić do praw człowieka osób żyjących z HIV i AIDS.

Któregoś dnia zostanie napisana historia tej epidemii i mam nadzieję, że będzie to historia epidemii już nieistniejącej. Wtedy ludzie spojrzą w przeszłość i powiedzą, że my, działacze w dziedzinie praw człowieka i życia z HIV oraz przedstawiciele systemu legislacyjnego zrobiliśmy wszystko, aby upewnić się, że epidemia będzie kontrolowana, a prawa człowieka osób zakażonych będą chronione. Chciałbym, aby tak właśnie było.

Takie wyzwanie stoi przed nami. Musimy się upewnić, że w spisanej historii tej epidemii zostanie zapisane, iż zrobiliśmy wszystko, co było w naszej mocy.

Katarzyna Piekarska: Serdecznie dziękuję za wypowiedź. Proszę o zabranie głosu pana doktora Jerzego Świątkiewicza – zastępcę Rzecznika Praw Obywatelskich. Przypomnę, że Biuro Rzecznika było współorganizatorem dzisiejszej konferencji.

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich Jerzy Świątkiewicz: Wydaje się, że dzisiejsza konferencja doskonale wpisuje się we wczorajszy dzień, który w świecie był obchodzony jako Dzień Tolerancji.

Nasz kraj ma bogate tradycje w dziedzinie tolerancji. Pragnę przypomnieć uchwałę Sejmu Warszawskiego z 28 stycznia 1573 roku, w której wszystkim wyznaniom w Polsce zapewniłmy prawo do życia w spokoju. Wprowadziliśmy zakazy zmuszania kogokolwiek do zmiany swego przekonania i wyznawanej wiary. W ten sposób Polska wyprzedziła o 20 lat Kartę Nantejską, wprowadzoną w życie przez Francuzów i którą do dzisiaj się chlubią.

Wydaje się, że prawo do tolerancji powinno rozszerzać się na wszelkie działania i obszary, gdzie spotykamy się z różnością, z różniącymi się od nas ludźmi.

Dzisiaj wyraz „tolerancja” oznacza zbyt mało. Niektórzy sądzą, że tolerować kogoś to zachować obojętność wobec danej osoby, a więc nie dyskryminować i nie atakować. Nie jest to wystarczające w stosunku do pewnych grup, które znalazły się w bardzo przykrym położeniu. Trzeba tu czegoś więcej, nie tylko tolerancji, lecz życzliwego podejścia i pomocy.

Nieprzypadkowo Rzecznik Praw Obywatelskich włączył się w przygotowanie dzisiejszej konferencji. Jego konstytucyjnym i ustawowym obowiązkiem jest ochrona wolności oraz praw człowieka i obywatela. Rzecznik Praw Obywatelskich jest jakby obrońcą słabszych. Ponieważ nosiciele HIV stali się przed laty przedmiotem nietolerancji, więc zmuszało to nas do działania i do ochrony tych osób.

Latem 1981 roku w Stanach Zjednoczonych pojawiły się alarmujące doniesienia o niewyjaśnionym zjawisku częstych zgonów młodych homoseksualistów z powodu ciężkich, nietypowych zapaleń płuc i rzadkich nowotworów. Informacje w polskiej prasie o tajemniczej chorobie początkowo nie zrobiły większego wrażenia. Ta choroba wydawała nam się bardzo odległa, o niewielkim zasięgu i dotykająca szczególną grupę ludzi. Poza tym w 1981 roku Polacy mieli inne poważne problemy. Wystarczyło zaledwie kilka miesięcy, aby okazało się, że choroba w szybkim tempie pochłania coraz większą liczbę ofiar, że mamy do czynienia z czymś zupełnie nowym.

W 1982 roku odkryto wirusa HIV jako przyczynę AIDS. Już pierwsze badania nad wirusem pokazały, że mamy do czynienia z czymś, co w bezwzględny sposób obnaża naszą bezsilność wobec zjawisk nieznanych i nie dających się opanować mimo zawrotnego rozwoju wiedzy medycznej. Pojawienie się w końcu XX wieku nowej choroby – AIDS zaskoczyło nie tylko społeczności, ale przede wszystkim światową medycynę, od lat nastawioną na rozwiązywanie problemów związanych z istniejącymi i znanymi już od dawna chorobami.

AIDS jest chorobą ciężką o bardzo dużym stopniu śmiertelności. Jest groźnym, epidemicznym schorzeniem, ale nie stanowi realnego niebezpieczeństwa dla ogółu społeczeństwa, jak inne znane od wieków epidemie. Niesie za sobą groźne w skutkach zjawisko społeczne: nietolerancję i zbiorowy strach.

Świat mówi o epidemii AIDS. Jeżeli gdzieś jest epidemia, to każdy czuje się zagrożony. Wielkie epidemie z okresu średniowiecza sprawiły, że padały całe miasta zarażone zarazą, a liczba śmiertelnych ofiar sięgała setek tysięcy. W obawie przed morowym powietrzem w 1771 roku Warszawa została otoczona tzw. wałami Lubomirskiego. Zamknięto ponad 20 km kw. ówczesnego miasta, aby ustrzec się przed mogącymi wnieść zarazę obcymi. W XX wieku epidemia „hiszpanki” pochłonęła niemal tyle osób co I wojna światowa. W latach pięćdziesiątych przez Europę przeszła epidemia paraliżu dziecięcego, czyli choroby Heinego Medina, pozostawiając po sobie tysiące inwalidów i setki zgonów z powodu porażenia mięśni oddechowych. Nie-

dawne przypadki zachorowań na zapalenie płuc, wywołane wirusem SARS, wywołały reakcje podobne do tych, jakie znamy z przekazów historycznych: odizolować zarażonych a następnie zamknąć kordonem sanitarnym niebezpieczne obszary lub obszary, które mają być chronione.

Brak rzetelnej wiedzy o nieznanym dotychczas chorobie oraz histeryczne i goniące za sensacją media sprawiły, że w społeczeństwach odezwał się strach i nietolerancja. Na przełomie lat 80-tych i 90-tych w Polsce było zarażonych wirusem HIV zaledwie kilkaset osób. Wtedy media oraz działający w dobrej wierze społecznicy wywołali panikę niewspółmierną do faktycznego zagrożenia. Ulegli jej również nieliczni pracownicy służby zdrowia. Odnotowano przypadki odmowy pomocy medycznej zarażonym i zachowań sprzecznych z etyką lekarską.

Dziś problem HIV został poznany. Służba zdrowia posiada pełną, dostępną wiedzę o tej chorobie. Istnieją wyspecjalizowane placówki, niosące chorym pomoc ambulatoryjną i stacjonarną. AIDS jest jedną z wielu chorób, znajdujących się w wykazie chorób zakaźnych. Przy obecnym stanie wiedzy wiadomo, że jest to choroba śmiertelna, co budzi respekt, ale nie histeryczny strach.

Epidemia AIDS wymusiła na służbie zdrowia stosowanie w kontaktach z pacjentami ostrych reżimów sanitarnych. Są one takie same jak te, które np. chronią przed zagrożeniem wirusem żółtaczką typu B. Jednorazowe igły i strzykawki, powszechne używanie rękawiczek, badanie krwi zapewniają bezpieczeństwo personelowi i pacjentom. Nie odnotowuje się przypadków zarażenia skażoną krwią i preparatami krwiopochodnymi. Nie odnotowuje się również przypadków odmowy udzielania świadczeń medycznych nosicielom wirusa HIV i chorym na AIDS. Prawie powszechna stała się wiedza o tym, jak może dojść do zakażenia wirusem HIV. Dziś już nikt nie wierzy w to, że ukąszenie komara może spowodować zakażenie.

Wiadomo, że na AIDS chorują nie tylko homoseksualiści, ale również osoby uzależnione od narkotyków, biorcy krwi, ich partnerzy i dzieci. Nie spotyka się już jawnych przejawów dyskryminacji osób zarażonych wirusem HIV. Jednak częsta jest nietolerancja i brak ak-

ceptacji ze strony najbliższego otoczenia. W środowisku pracy lub w miejscu zamieszkania zarażeni na ogół nie przyznają się do nosicielstwa. Nie stwierdzono żadnego przypadku zwolnienia z pracy z powodu nosicielstwa HIV. Obawa przed alienacją sprawia, że osoby ze środowisk zagrożonych świadomie unikają badania, gdyż po prostu wolą nie wiedzieć. Prawdziwa liczba osób zarażonych wirusem HIV jest w Polsce parokrotnie większa od tej, którą podają oficjalne statystyki.

Trzeba zaznaczyć, że badanie krwi na nosicielstwo wirusa HIV jest niedopuszczalne bez zgody pacjenta. Bez takiej zgody przeprowadzane są standardowe badania na nosicielstwo wirusa żółtaczkowego lub zakażenia chorobami wenerycznymi. Wyłącznie od pacjenta zależy to, czy lekarz będzie miał świadomość tego, że jego pacjent jest nosicielem wirusa HIV.

HIV nie jest już problemem wyłącznie bogatej Europy i Ameryki. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie żyje ponad 38 milionów ludzi zarażonych HIV, z czego 30 milionów w Afryce subsaharyjskiej. Z uwagi na cenę w krajach afrykańskich niedostępne są znane leki antywirusowe, spowalniające postęp AIDS.

Epidemia AIDS stała się nie tylko wyzwaniem dla medycyny, ale również testem dla społeczeństw wysokorozwiniętych krajów na ich tolerancję i wyrozumiałość. Przypadki dyskryminacji nosicieli wirusa HIV, odrzucanie ich przez środowisko i rodzinę zmusiło rządy, parlamenty i sądy do restrykcyjnego egzekwowania przepisów o zakazie dyskryminacji, obowiązku przestrzegania podstawowych praw człowieka. Nosiciel wirusa jest nie tylko przypadkiem medycznym i pacjentem, ale przede wszystkim jest istotą ludzką, która ma niezbywalne prawo do godności i poszanowania swoich praw.

Liczne akty międzynarodowe, a w szczególności Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 roku, Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 roku (tzw. Konwencja Rzymska), Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Europejska Bioetyczna Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Biologii i Medycyny z 1997 roku określają fundamentalne prawa człowieka. Spowodowały one posta-

wienie praw człowieka w centrum uwagi rządów, organizacji międzynarodowych i krajowych, fundacji obrony praw człowieka jako praw ściśle związanych z ochroną praw i wolności człowieka. Nie do przecenienia jest rola, jaką od lat odgrywa Światowa Organizacja Zdrowia i Światowe Stowarzyszenie Medyczne, które przyjęły liczne ważne dokumenty, dotyczące konwencji opieki zdrowotnej i praw pacjenta.

Na szczególną uwagę zasługuje Deklaracja Praw Pacjenta przedstawiona przez Światową Organizację Zdrowia. Głosi ona, że rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów lekarskich, rozwój wiedzy i technologii medycznych, częsta depersonifikacja i dehumanizacja leczenia wymagają rozpoznania i podkreślenia ważności samodecydowania każdego człowieka w sprawach własnego zdrowia, poszanowania nienaruszalności jego osoby, prywatności i przekonań religijnych. Zgodnie z przepisami mogą być ograniczone tylko wtedy, gdy nie koliduje to z prawami człowieka, bądź gdy celem ograniczenia jest uniknięcie poważnej szkody dla pacjenta.

W 1944 roku Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła model Deklaracji Praw pacjenta jako wytyczne do stosowania w poszczególnych państwach. Na podstawie konstytucji, ratyfikowanych konwencji i obowiązujących ustaw w 1998 roku została w Polsce opracowana Karta Praw Pacjenta, którą minister zdrowia przekazał do publicznej informacji. Powinna być ona publicznie udostępniona pacjentom przez zakłady opieki zdrowotnej i innych świadczeniodawców. Konstytucja RP gwarantuje prawo do ochrony zdrowia i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w granicach ustawy, prawną ochronę życia, ochronę przed eksperymentami medycznymi bez dobrowolnie wyrażonej zgody, nietykalność i wolność osobistą z ograniczeniami przewidzianymi przez ustawę, ochronę prawną życia rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz prawo decydowania o swoim życiu osobistym, prawo dostępu obywatela do dotyczących go dokumentów i urzędowych zbiorów danych, prawo wolności sumienia i religii.

Prawom pacjentów i odpowiadających im obowiązkom zakładów opieki zdrowotnej poświęcono wiele przepisów w ustawie o zakładach

opieki zdrowotnej. Kierownik zakładu ma obowiązek zapewnić dostępność informacji o prawach pacjenta. O tych prawach stanowi również ustawa o zawodzie lekarza.

Kodeks [etyki lekarskiej] mówi, że relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na wzajemnym zaufaniu i pacjent powinien mieć prawo swobodnego wyboru lekarza. Kodeks szczegółowo określa prawa pacjenta do życzliwego i kulturalnego traktowania oraz poszanowania jego godności osobistej, decydowania o postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i zapobiegawczym, które poza wyjątkami przewidzianymi przez ustawę może się odbywać wyłącznie za jego zgodą. Pacjent ma prawo do informacji o stanie zdrowia i leczenia, prawo do korzystania w trakcie leczenia z opieki rodziny lub przyjaciół, do kontaktu z duchownym oraz do ochrony życia prywatnego.

Uchwalona 29 sierpnia 1997 roku ustawa o ochronie danych osobowych stanowi, że każdy ma prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych. Ustawa określa zasady postępowania przy przetwarzaniu danych osobowych oraz prawa osób fizycznych, których dane osobowe są lub mogą być przetwarzane w zbiorach danych. Zabrania się m.in. przetwarzania danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym – z wyjątkiem sytuacji, gdy osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to pisemną zgodę.

Administrator danych ma prawo je udostępnić tylko osobom uprawnionym pod rygorem sankcji karnych i odpowiedzialności cywilnoprawnej za naruszenie dóbr osobistych.

W przypadku zawinionego naruszenia praw pacjenta, wymienionych w art. 18 i 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przepisy prawa cywilnego uprawniają sądy do przyznania poszkodowanym odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może – na żądanie najbliższego członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna – zasądzić odpowiednią sumę pieniędzy na wskazany przez nich cel społeczny.

Niezgodne z ustawą ujawnienie danych zawartych w dokumentacji lekarskiej stanowi jednocześnie naruszenie sfery życia prywatnego pacjenta i uzasadnia żądanie przeprosin i ogłoszenia wyroku w prasie oprócz roszczeń o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę. Jeśli pacjent doznał szkody majątkowej, np. stracił pracę, może dochodzić jej naprawienia na zasadach ogólnych.

Zgodnie z obowiązującym kodeksem etyki lekarskiej lekarz nie może odmówić pomocy w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji do tego powołanych. Lekarz ma obowiązek dochowania tajemnicy lekarskiej, którą zgodnie z kodeksem są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu, uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od zachowania tajemnicy lekarskiej.

W swym wystąpieniu szczególną uwagę zwróciłem na problem praw pacjenta. W momencie gdy nosiciel wirusa HIV i chory na AIDS zostaje pacjentem znajduje się w sytuacji szczególnej. Jego choroba jest diagnozowana a zagrożenie staje się oczywiste. Od postawy personelu medycznego zależy, czy pacjent będzie napiętnowany, czy też będzie traktowany jak śmiertelnie chory człowieka, wymagający szczególnej troski i pomocy.

Świadomie zrezygnowałem z omawiania drugiego tematu dzisiejszej konferencji, tj. problemu osób uzależnionych od narkotyków. Co więcej, za niezbyt trafne uważam łączenie problematyki nosicieli wirusa HIV z problematyką narkomanii. Na AIDS chorują nie tylko osoby zażywające narkotyki. Łączenie uzależnienia od narkotyków z zachorowalnością na AIDS może prowadzić do stygmatyzacji chorych i traktowania choroby jako czegoś, czemu sami są winni. Porażająca skala zachorowań w Afryce subsaharyjskiej nie ma przecież żadnego związku z uzależnieniem od narkotyków. Problem epidemii AIDS jest problemem ludzkości a nie tylko Europy lub Ameryki.

Mam nadzieję, że dzisiejsza konferencja pozwoli nam zorientować się, jak wygląda problem zwalczania AIDS w Polsce, jak przedstawia się reagowanie na przypadki zdarzającej się nietolerancji. Pozwoli

nam także zorientować się, w jakim stopniu nasze przepisy prawne są wystarczające i czy nie zachodzi potrzeba dokonania ich zmiany.

Chciałbym serdecznie podziękować państwu za tak liczny udział w konferencji. Mam nadzieję, że jej wyniki pozwolą na opracowanie wniosków, które przyczynią się do rozwiązania problemów związanych z tą niebezpieczną chorobą.

Katarzyna Piekarska: W tej chwili mam przyjemność oddać głos panu prof. Wiktorowi Osiatyńskiemu, który wygłosi referat pt. „Uzasadnienie – prawo – odpowiedzialność”.

Profesor Wiktor Osiatyński: Chociaż bardzo się cieszę, że pani posłanka jest współorganizatorem tej konferencji, to jednak mam poczucie żalu i złości, że będziemy przekonywać przekonanych. Po prostu oburza mnie nikła obecność posłów.

Katarzyna Piekarska: Przepraszam bardzo, ale od razu muszę coś wyjaśnić. Moim koleżankom i kolegom przekażę wszelkie wnioski z tej konferencji. Zostaną one bardzo dokładnie przeanalizowane i jeżeli będzie zachodziła konieczność zmiany prawa (o czym mówił pan dr Jerzy Świątkiewicz), to je zmienimy. Przyczyna nieobecności moich kolegów jest prozaiczna. Dzisiaj jest poniedziałek i to jest jedyny dzień, w którym posłowie mogą pracować w terenie z wyborcami. Cały czas pracujemy również nad budżetem. Poza tym poniedziałek jest jedynym dniem, w którym bardzo łatwo znaleźć w Sejmie salę.

Proszę pana profesora o odrobinę łagodniejsze spojrzenie na moich kolegów.

Wiktor Osiatyński: Niestety, nikła obecność posłów nadal mnie oburza, gdyż nie przekonał mnie żaden argument pani posłanki. Oczywiście, będą wnioski, ale w jakimś sensie ta sytuacja świadczy o braku szacunku Sejmu do nas jako ekspertów, ludzi i wyborców.

Nie obwiniam pani posłanki lecz obwiniam parlament i kiedyś jako wyborca mogę na to jakoś zareagować.

W odróżnieniu od pana dr. Jerzego Świątkiewicza w swym wystąpieniu bardziej się skoncentruję na problemie osób uzależnionych a mniej na nosicielach wirusa HIV. Będę mówił o trzech wartościach, które często mieszają się i pozostają ze sobą w konflikcie. Pierwsza z nich to ład prawny, który służy pewnym celom polityki publicznej. Druga to prawa człowieka, w tym osoby uzależnionej, a trzecia to interes osoby uzależnionej. Te trzy wartości bywają między sobą w konflikcie.

Między celami polityki publicznej a prawami człowieka jest konflikt polegający na tym, że prawa człowieka wyznaczają granice dopuszczalnych, ustanowionych przez parlament, celów polityki publicznej. Jeżeli w Konstytucji zapisze się jakieś prawa człowieka, to wiadomo, że żadna polityka publiczna, służąca rozwiązaniu jakiejś sprawy przez parlament, nie może naruszyć tych praw i w tym sensie prawa człowieka wyznaczają cele polityki publicznej. Polityka publiczna powinna rozwiązywać problemy, ale nie kosztem praw człowieka.

Między ładem prawnym a interesem osoby uzależnionej jest bardzo wyraźny konflikt, widoczny nawet w materiałach przygotowanych na dzisiejszą konferencję. Nieco później będę mówił o konflikcie, który bywa między prawami człowieka a interesem osoby uzależnionej.

W tej chwili chciałbym się skupić na polityce publicznej wobec narkotyków w ogóle. Problem HIV/AIDS pojawi się w mojej wypowiedzi jako pewna graniczna bariera. Słabo znam się na tych sprawach i nie chcę mówić o tym, na czym się nie znam. Jestem pełen współczucia, sympatii i chęci pomocy ludziom – ofiarom tych chorób. Nie jest to jednak przedmiot moich doświadczeń osobistych ani mojej wiedzy lub specjalizacji.

Możemy mówić o trzech rodzajach polityki publicznej wobec narkotyków, tzn. prohibicji, legalizacji bądź prohibicji lub legalizacji kontrolowanej. Gdy ludzie mówią o legalizacji narkotyków, to nikt ze

znanych mi osób piszących na ten temat nigdy nie powiedział, że narkotyki powinny być przedmiotem dowolnego handlu i dowolnej sprzedaży bez żadnych ograniczeń. W obrocie jest bardzo wiele środków medycznych, które są kontrolowane i regulowane. Nawet w przypadku legalizacji narkotyków państwo nie mogłoby zrezygnować z takiej regulacji. To, co jest i było polityką publiczną w wielu krajach, można nazwać prohibicją kontrolowaną. Był zakaz handlu i wprowadzania do obrotu dużych dawek narkotyków. Państwo przeciwdziałało takim przedsięwzięciom, ale z drugiej strony towarzyszyła temu pomoc ofiarom uzależnionym od takich substancji. Z takim podejściem wiąże się polityka redukcji szkód, o której dzisiaj zapewne będzie się wiele mówiło.

W latach siedemdziesiątych Stany Zjednoczone prowadziły wobec narkotyków znakomitą politykę, która charakteryzowała się kontrolowaną prohibicją, zakazem obrotu, handlu a przede wszystkim prewencją, wczesnym wykrywaniem uzależnienia i pomocą osobom uzależnionym. W latach osiemdziesiątych, głównie ze względów politycznych i w jakiejś mierze w związku z głosami o tym, że epidemia narkomanii przeszła do dzieci klasy średniej, mającej dość duże wpływy w społeczeństwie amerykańskim, pani Reagan wystąpiła z hasłem wojny z narkotykami.

Nastąpiły zmiany amerykańskiej polityki publicznej. Zwrócono się w stronę polityki opartej na prohibicji, zakazach i penalizacji. Ta polityka przyniosła duże konsekwencje. Nie zmniejszyła liczby osób używających narkotyki, zapełniła więzienia drobnymi użytkownikami narkotyków, spowodowała ogromny wzrost kartelu narkotykowego i handlu narkotykami na świecie. Głównym efektem tej polityki było przeniesienie zwiększonych wielokrotnie środków budżetowych z działów prewencji, pomocy ludziom uzależnionym oraz leczącym osoby uzależnione głównie do policji i do organów antynarkotykowych.

W ten sposób dość szybko powstało bardzo silne lobby polityczne policji i organów ścigających handel narkotykami i ich używanie. To lobby uzyskało decydujący głos w wyznaczaniu celów polityki publicznej i polityki wobec narkotyków. Trudno się dziwić, że ta polity-

ka nie tylko została utrzymana w Ameryce przez wiele lat, ale także została wyeksportowana w świat za pośrednictwem agend Organizacji Narodów Zjednoczonych, Konwencji międzynarodowych itd. Efektem tego było przyjęcie pod naciskiem ONZ oraz samych Stanów Zjednoczonych tych samych lub podobnych ustaw w innych krajach świata, chociaż w Ameryce w tym czasie już było oczywiste, że polityka represyjna jest niezbyt skuteczna.

Oczywiście, ma to swoje konsekwencje w samej Ameryce, polegające na tym, że są wyborcy, którzy coraz wyraźniej odwracają się od polityki represyjnej. Świadczą o tym wyniki referendum w Kalifornii i w wielu innych stanach oraz działalność niezawisłych sądów, które potworzyły specjalne oddziały sądów narkotykowych, starających się ludzi uzależnionych od narkotyków nie posyłać do więzienia lecz na skuteczne leczenie. Polityka, o której mówiłem, chyba nie zapobiega narkomanii, nie ułatwia ścigania handlarzy, kryminalizuje głównie drobnego użytkownika, utrudnia leczenie i zmniejszanie szkód.

Najbardziej dramatycznym, straszliwie szkodliwym elementem tej polityki, przyjętej również przez polski parlament, jest to, że po tej samej stronie bariery prawnej stawia się handlarza narkotyków i jego ofiarę, czyli użytkownika narkotyków. To jest po prostu karygodna bezmyślność. Postawienie po tej samej stronie bariery prawnej handlarza narkotyków żyjącego z uzależnienia ludzi i jego ofiarę, czyli użytkownika, uniemożliwia udzielenie skutecznej pomocy temu użytkownikowi, ponieważ stawia go w pozycji strachu, lęku i obawy, gdyż on również stał się przestępcą. Uniemożliwia nam to wyjście do tej ofiary z pomocą. Bardzo rzadko zdarza mi się spotkać z kimś, kto rozumiałby i wysuwałby ten argument, który moim zdaniem w dużej mierze jest decydujący i przesądzający o niepowodzeniu tej polityki. Myślę, że zadaniem naszym i parlamentu jest wymyślenie lepszej, skuteczniejszej polityki publicznej.

O prawach człowieka mówił pan dr Jerzy Świątkiewicz. Chciałbym dowiedzieć się nie tylko o tym, jakie prawa są chronione, ale również o tym, jakie są mechanizmy ochrony i egzekwowania tych praw. Mamy wątle mechanizmy wymuszenia dotrzymania tajemnicy

lekarskiej lub odpowiedzialności kogoś za nieodpowiednią poradę lub leczenie. Jakże bierny jest człowiek, będący już nie tylko ofiarą narkotyku, ale również wirusa HIV lub AIDS.

W demokracji prawa człowieka dotyczą każdego człowieka, ale w szczególności są potrzebne grupom, które są bezsilne i najsłabsze. Tych ludzi trzeba szczególnie chronić. Myślę, że dzisiaj będziemy dużo mówić o prawach uzależnionych, prawach użytkowników narkotyków.

Prawa uzależnionego to przede wszystkim prawo przeżycia. Epidemia HIV/AIDS w zupełnie innym świetle stawia te prawa. Prawo przeżycia może mieć wtedy przewagę nad innymi argumentami, dotyczącymi polityki publicznej, przestrzegania prawa itd. Byłby to najsilniejszy znany mi argument na rzecz zmniejszania szkód, klinik metadonowych, terapii substytucyjnych itd.

Prawa człowieka i prawa uzależnionego to jednak coś więcej. To pojęcie-klucz, które przez przypadek weszło w 1948 roku do praw człowieka. Kto z państwa naprawdę zastanawiał się nad tym, co oznacza godność ludzka w odniesieniu do praw? Myślę, że godność rzeczywiście ma odniesienie do każdej kategorii praw człowieka w nieco inny sposób. Najwyraźniej powiedział o tym Kant: człowiek nie powinien być traktowany jako narzędzie lecz jako cel sam w sobie. Nie może być narzędziem innych ludzi, nawet narzędziem ładu prawnego lub jakiegokolwiek abstrakcji.

Element godności, bardzo silnie zakorzeniony w prawach człowieka, dotyczy m.in. pewnego konfliktu między paternalizmem a odpowiedzialnością za ludzkie czyny i za ludzkie życie. Godność ludzka i prawo do godności oznacza również prawo do wyboru własnego stylu życia, nawet jeżeli ten styl życia szkodzi, pod warunkiem, że nie szkodzi innym ludziom.

Myślę, że elementarną konsekwencją praw człowieka jest to, że nie można penalizować kogoś za wybrany przez niego styl życia, natomiast można i bezwzględnie trzeba penalizować człowieka za zachowania sprzeczne z prawem bądź za zachowania, które wyrządzają krzywdę lub szkodzą innym ludziom. Właśnie na tym polega odpo-

wiedzialne życie. Mogę wybrać sobie styl życia – ktoś jest alkoholi-kiem a ktoś inny narkomanem. Jest to świadomy lub nieświadomy wybór stylu, sposobu życia i właściwie nikt na siłę nie może mnie zmienić. Mogę się zmienić jedynie wtedy, kiedy będę ponosił konsekwencje łamania przeze mnie prawa, działając pod wpływem substancji, od której jestem uzależniony. Jeżeli będę ponosił konsekwencje za łamanie prawa, wyrządzanie szkód, to wtedy mogę stać się odpowiedzialny, ponieważ mogę skorzystać z wyciągniętej do mnie pomocnej ręki. Na tym właśnie polega jedyna znana mi skuteczność oddziaływań tego rodzaju.

Pani posłanka Katarzyna Piekarska powiedziała o listach, które mówią np. o tym, że leczenie narkomanii powinno być odpłatne. W takim razie odpłatne powinno być również leczenie cukrzycy u tych ludzi, którzy zachorowali z powodu jakiegoś sposobu życia lub odżywiania. Tak samo należałoby potraktować leczenie raka płuc u osób, które zachorowały z powodu palenia papierosów. Gdzie więc wyznaczymy granicę między odpowiedzialnością człowieka za własny styl życia, zdrowie i czyny a tym, co jest przedmiotem publicznie dostępnej opieki zdrowotnej. Nie widzę różnicy między kimś, kto zapada na chorobę z powodu jedzenia nadmiaru słodczy lub tłuszczu a kimś, kto zapada na chorobę z powodu picia alkoholu lub nawet używania narkotyków.

Chciałbym przejść do interesu osoby uzależnionej. Chodzi o to, w jaki sposób prawo może skutecznie dopomóc człowiekowi w tym, by przestał być uzależniony. Jest to bardzo trudne, gdyż uzależnienie ma w sobie dwa elementy: obsesję umysłową i przymus fizyczny. Obsesja umysłowa pociąga za sobą mechanizm zakłamania i strukturę zaprzeczeń, która jest nieznaną uzależnionemu i powoduje, że nie zna tej choroby. Najważniejszym elementem jest to, że osoba uzależniona (od narkotyków, alkoholu bądź papierosów) ma pewną korzyść ze swego uzależnienia. Człowiek, który bierze narkotyk, przestaje się np. bać świata albo lepiej sobie radzi z własnymi uczuciami. Oczywiście, pociąga to za sobą pewne koszty.

Jedyna skuteczną możliwością działania jest przywrócenie prawdziwego rachunku kosztów i zysków. Każda strategia uzależnionego

polega na tym, by miał korzyści, natomiast koszty ponosiłoby społeczeństwo. Na przykład matka dzwoni do pracy i mówi, że syn jest chory, a tak naprawdę syn leży pijany.

Oczywiście, matka poniosła koszty moralne, ponieważ kłamała, natomiast syn miał korzyść, ponieważ poprzedniego dnia załatwił sobie jakieś problemy emocjonalne upijając się. Jediną skuteczną strategią jest wyrównanie tego rachunku. Osoba uzależniona ma ponosić koszty swojego uzależnienia i mogą być one łączne z utratą wolności, utratą zdrowia, majątku itp. W momencie, gdy taka osoba zacznie ponosić koszty i będzie świadoma, że jest to rezultat uzależnienia, to wtedy może skorzystać z wyciągniętej do niej ręki. Oznacza to, że konsekwencje czynów powinny pociągać za sobą odpowiedzialność, ale również wyraża to mój stosunek do penalizacji używania narkotyków.

Jestem przeciwnikiem penalizacji, ale zdaję sobie sprawę z tego, że bardzo trudno jest skonstruować dobre prawo – zwłaszcza w demokracji parlamentarnej, wielopartyjnej. W systemie demokracji wielopartyjnej bardzo trudno jest ustalić politykę publiczną i przeprowadzić ją przez parlament w postaci prawa, ponieważ biorące udział w uchwalaniu prawa partia lub grupa koalicyjna chcą sobie załatwić jakiś interes albo po prostu wnieść swój wkład. Bardzo trudno jest skonstruować spójną politykę publiczną. Taką politykę, jaką mamy, trudno będzie zmienić również ze względu na chyba wyolbrzymiony lęk posłów przed wyborcami.

Jeżeli ma miejsce penalizacja używania narkotyków, to jedyny sens ma ona wtedy, gdy zarówno w więzieniu jak i na wolności istnieje bardzo wiele skutecznych środków, mechanizmów, instytucji i oddziałów leczenia narkomanii. Dopóki tego nie ma, to taka polityka jest po prostu samobójcza. Gdy z powodu używania narkotyków ci ludzie pójdą na rok lub dwa lata do więzienia, to nie będą tam poddani żadnemu oddziaływaniu terapeutycznemu. Zostaną zniewoleni przez innych, silniejszych więźniów. Przeważnie mamy do czynienia z ludźmi bardzo wrażliwymi, którzy właśnie z tego powodu używają narkotyków. W więzieniu może dojść do gwałtów, pobić itd. i ci ludzie wyjdą z zakładu karnego jeszcze bardziej pokiereszowani albo

dojdą do wniosku, że lepiej być gwałcącym niż gwałconym. Taka polityka jest oczywiście samobójcza, gdyż ci ludzie wyjdą kiedyś na wolność i mogą się na nas za to wszystko zemścić albo będą jeszcze w gorszym stanie.

Jeśli byłaby polityka, w której karę więzienia można by obrócić na skuteczne, ale nieprzymusowe, leczenie, to wtedy byłaby szansa pomocy uzależnionym. Ogromne znaczenie ma kwestia kurateli. Niedługo problem ten będzie tematem innej konferencji. Myślę, że sprawa kurateli nie jest w Polsce zbyt dobrze ustawiona, a nawet niezbyt dobrze rozumiana.

W tej chwili pragnę przejść do problemu konsekwencji i ich granic, a więc do problemu HIV/AIDS oraz zmniejszania szkód. Nie ponosząc konsekwencji swojego działania i czynów człowiek uzależniony ma nikłą szansę wyjścia z uzależnienia. Ten obraz dramatycznie zmieniła epidemia HIV/AIDS, ponieważ konsekwencją stała się śmierć, a osobie zmarłej trudno pomóc wyjść z uzależnienia. Niezwykle trudne było dla mnie zrozumienie działań ruchów samopomocy anonimowych narkomanów, alkoholików, które opierają się na 12 krokach. Z trudem rozumie to wielu ludzi działających w tych ruchach. Nasze założenie opierało się na tym, że do trzeźwości lub czystości trzeba odbić się od dna. Jeśli tym dnem jest śmierć, to nie ma się od czego odbijać. Większość narkomanów w krajach rozwiniętych to ludzie, którzy już są blisko dna. To nie są alkoholicy klasy średniej i nie mają już gdzie spać.

Pierwszym prawem i zasadą pomocy jest więc uchronienie przed śmiercią – przez dostarczenie czystej igły, strzykawki, przez kurację metadonową lub rozdawanie prezerwatyw i inne środki, które składają się na zmniejszenie szkód. Dopiero wtedy można próbować zacząć wymagać odpowiedzialności, konsekwencji i motywować do leczenia, do wyjścia z uzależnienia. Jest to bardzo trudne i warto zastanowić się nad tym, jak przy zmienionym dnie (dnem jest śmierć) można najsukuczniej i najlepiej motywować ludzi do leczenia.

Katarzyna Piekarska: Pan profesor poruszył bardzo ważny temat kurateli, probacji. Liczę na to, że w dyskusji zabierze głos prezes Stowarzyszenia Kuratorów Sądowych.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana dra Ryszarda Zelwiańskiego na temat: „Czy agencje ubezpieczeniowe naruszają prawo osób zakażonych HIV – prezentacja przypadku?”

Dyrektor Zespołu Prawa Gospodarczego, Danin Publicznych i Ochrony Praw Konsumenta w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Ryszard Zelwiański: Ten nieco złożony problem nie jest jakimś przypadkiem, który nagle się pojawił i stał się przedmiotem dzisiejszej konferencji. Zakłady ubezpieczeń na życie z reguły przyjmują, że zarażenie wirusem HIV nie jest zdarzeniem ubezpieczeniowym, podlegającym ubezpieczeniu. W takich przypadkach nie będą wypłacane żadne świadczenia związane z leczeniem, ale przede wszystkim nie będą wypłacane odszkodowania osobom uposażonym z tytułu śmierci, tzn. tym, które zostały wpisane do polisy ubezpieczeniowej jako uposażeni.

Klauzula jest wyraźna. Klauzule AMPLICO LIFE mówią: „żadne świadczenie należne z tytułu umowy ubezpieczenia, wszelkich umów dodatkowych, uzupełnień, adnotacji nie zostaną wypłacone, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła z powodu infekcji oportunistycznej lub nowotworu złośliwego, a w chwili śmierci ubezpieczony miał zespół nabytego niedoboru odporności”. Cytat pochodzi z ogólnych warunków ubezpieczeń, które zgodnie z prawem cywilnym stanowią załącznik do umowy ubezpieczenia i są częścią umowy ubezpieczenia.

Powstają dwa problemy: nieubezpieczenie chorego z zespołem nabytego niedoboru odporności oraz niewypłacenie świadczenia w sytuacji, gdy zakład ubezpieczał osobę zdrową, która zachorowała w okresie ubezpieczenia względnie w tym czasie nastąpiło ujawnienie się objawów tej choroby. Przed zawarciem ubezpieczenia na życie wszystkie zakłady ubezpieczeń przeprowadzają szczegółowa ankietę, żądają szczegółowych badań, w tym także badań krwi na obecność

wirusa HIV. Bez spełnienia tych warunków nie zawrą umowy ubezpieczenia.

Moim zdaniem, nie należy wnioskować, że zostało tutaj naruszone jakieś prawo osobiste. Takie badania mogą być pożyteczne także z punktu widzenia profilaktyki. Czy mamy do czynienia z dyskryminacją? Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił w tej sprawie do przewodniczącego Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych – pana prof. Jana Monkiewicza. Komisja ta sprawuje administracyjny nadzór nad zakładami ubezpieczeń. Rzecznik uzyskał bardzo zdecydowaną odpowiedź wyjaśniającą, iż mamy do czynienia z ubezpieczeniem dobrowolnym, a zakład ubezpieczeń decyduje o tym, jakie ubezpiecza zdarzenia ubezpieczeniowe.

Odmowa ubezpieczenia tego zdarzenia ubezpieczeniowego, tzn. zachorowania na HIV/AIDS, nie może być podstawą do ingerencji państwa. Zakład ubezpieczeń jest spółką akcyjną, w dodatku bardzo dbającą o zyski i państwo nie może mu narzucić ubezpieczanie czegoś, co w badaniach zakładu nie tylko nie przyniesie żadnego zysku, ale będzie przynosiło straty, a więc wszelkie wypłaty będą musiały obciążać innych ubezpieczonych. Ubezpieczenie działa bowiem na zasadzie swoistego rodzaju solidaryzmu.

Trzeba zwrócić uwagę na to, że organ nadzoru przyjął, iż przepisy stosowane przez zakłady ubezpieczeń nie wyłączają zastosowania w obrocie ubezpieczeniowym zasady wyrażonej w art. 353 z ozn. 1 Kodeksu cywilnego, który ustanawia swobodę w kształtowaniu treści stosunku zobowiązaniowego w granicach określonych naturą stosunku prawnego, przepisami prawa. W tym momencie dochodzimy do najważniejszej zasady, tzn. zasady współżycia społecznego. Musimy ocenić, czy zasady współżycia społecznego mogą lub powinny przymusić do objęcia ubezpieczeniem także tego zjawiska chorobowego.

Pragnę zwrócić uwagę na to, że nie jest to jedyne wyłączenie, jakie znajduje się w warunkach ubezpieczeń na życie. Nie ubezpiecza się wielu zdarzeń, które traktuje się jako choroby przewlekłe. Od następstw nieszczęśliwych wypadków nie ubezpiecza się np. tego, co nazywa się zawałem serca, chyba że będzie zapłacona dodatkowa składka.

Zakłady ubezpieczeń nie ubezpieczają także osób, które skończyły określone lata życia. W zależności od tego, jaki jest zakład ubezpieczeń, nie zostanie zawarta umowa z osobami w wieku 65 lub 70 lat. Argument jest bardzo prosty. Przy ryzyku takiego ubezpieczenia skalkulowana składka musiałaby być tak bardzo wysoka, że jakiegokolwiek ubezpieczenie byłoby nieopłacalne. W stosunku do wypłaconego świadczenia składka ubezpieczeniowa musi stanowić ryzyko proporcjonalne.

Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych nie podziela poglądu Rzecznika Praw Obywatelskich. Naszym poglądom przeciwstawia się poglądy o wolności kształtowania ryzyka ubezpieczeniowego. Musimy przyjąć, że w wypadku zarażenia wirusem HIV, które już niedługo będzie należało do chorób przewlekłych, zakłady ubezpieczeń nadal kalkulują stuprocentowe ryzyko wypłaty świadczenia i będą się odżegnywały przed tym ubezpieczeniem.

Rzecznik Praw Obywatelskich zlecił podjąć i przygotować następujące działania. Nie ma możliwości zmuszenia zakładu ubezpieczeń do ubezpieczenia na życie osoby, która już jest zarażona wirusem HIV. W tej chwili zakłady ubezpieczeń z reguły nie ubezpieczają na życie osób przewlekle chorych. Mamy natomiast możliwość spróbować na drodze sądowej (aż do Sądu Najwyższego włącznie) uzyskać rozstrzygnięcie kwestii, czy w przypadku, gdy u osoby ubezpieczonej na życie wystąpiło zakażenie wirusem HIV po jej ubezpieczeniu, można powiedzieć, że to zdarzenie ubezpieczeniowe nie będzie podlegało ubezpieczeniu? Oczywiście, rozstrzygnięcie tej kwestii musi się odbyć w kontekście przepisu, który mówi także o społecznych celach ubezpieczenia.

Katarzyna Piekarska: Proszę o zabranie głosu panią Kasię Malinowską-Sempruch.

Dyrektor Programu Open Society Institute (Fundacja Sorosa) Kasia Malinowska-Sempruch: Gdyby ktoś zapytał osobę uzależnioną o to, jak wygląda jej życie, spodziewałby się usłyszeć wiele o uza-

leżnieniu, nałogu, który niszczy fizycznie oraz psychicznie i powoduje, że cały świat kręci się wokół upragnionej działki. Jednak oprócz dramatu zmagania się z chorobą, jaką jest uzależnienie, dowiedziałyby się także o tym, co spotyka na codzień taką osobę ze strony instytucji państwowych – policji, sądu, służby zdrowia.

Przytoczę relację z aresztowania pary osób uzależnionych, zatrzymanych podczas produkcji narkotyku na własny użytek. Zanim ci ludzie znaleźli się w kryminale, władze zafundowały im przeszło 72-godzinne piekło na koszt państwa. „Zaczęła walić pięściami i wrzeszczyć, żeby wezwali pogotowie”. Wezwali. Fachowcy z pogotowia zaaplikowali im po strzale z hydroksyzyny. Równie dobrze można próbować zwalczyć głód w trzecim świecie przy pomocy paczki ryżu.

Na przesłuchanie na komendę policji wieźli ich w otrzymanych na „dołku” drelichowych mundurkach, za dużych o 5 numerów. Przebiega się nie tylko ćpunów i zawszonych meneli. Nie byli ani brudni, ani zawszeni, ale taka jest procedura. Tak im powiedziano. Na głodzie człowiek potwornie marznie. W drodze wyjątku pozwolono im pozostać we własnej bieliźnie, rajstopach i swetrach.

Po drugiej nocy spędzonej w celi przewieziono ich na przesłuchanie do prokuratury. „W drugiej dobie głodu wyobrażała sobie, że tak właśnie musi się czuć żywy trup. To było jak powolny rozkład, agonia rozłożona w czasie. Pamięta, że mówiła o tym, że to straszna śmierć i że faktycznie wydawało się jej, że umiera. A potem coś, że to wbrew konwencji genewskiej i prawom człowieka i czemuś tam jeszcze. I że w każdym cywilizowanym kraju dostałaby metadon”.

Narkomania nie jest problemem specyficznie polskim. To chroniczne i nawracające zaburzenie, przejawiające się przymusowym poszukiwaniem środków odurzających. Mimo całej gamy negatywnych konsekwencji, traktowane jest przez współczesną naukę jako choroba. Podobnie jak uzależnienie od alkoholu, o którym mówi się jako o chorobie alkoholowej.

Tym, co określa specyfikę problemu narkomanii w danym kraju, jest prowadzona przez niego polityka antynarkotykowa. Wszyscy mamy dostęp do najnowszej wiedzy na temat skuteczności różnych

rozwiązań prawnych w tej materii. Możemy uczyć się na przykładach. Przy pomocy skrajnie restrykcyjnych przepisów prawnych Stany Zjednoczone prowadzą zaciętą i szeroko zakrojoną wojnę z narkotykami.

W konsekwencji mamy tam do czynienia z osadzeniem w zakładach karnych dziesiątek tysięcy osób rocznie tylko za przestępstwa związane z posiadaniem i zażywaniem narkotyków. W więzieniach całej Ameryki wyroki za narkotyki odsiadyuje 0,5 mln ludzi, a więc więcej niż cała populacja więźniów skazanych za wszelkiego rodzaju przestępstwa w krajach Unii Europejskiej.

Ta strategia, nazywana polityką zera tolerancji, kosztuje rocznie ponad 9 mln dolarów. W żaden sposób nie przyczynia się ona do zmniejszenia stopnia konsumpcji narkotyków. Przeciwnie, badania wskazują, że w Stanach Zjednoczonych, liczba zażywających narkotyki rośnie wraz z liczbą wyroków skazujących.

Wynika z tego jasno, że tak surowo i rygorystycznie postrzegane prawo nie zmniejsza rozmiarów problemu, a powoduje ogrom szkód społecznych. Przez lata tysiące dzieci wychowuje się bez własnych ojców lub matek, ponieważ ci właśnie odsiadują wyrok. Ludzie umierają, ponieważ boją się zwrócić o pomoc. Wśród narkomanów, przyjmujących substancje uzależniające dożylnie, rośnie odsetek zakażeń WZW oraz HIV.

Stany Zjednoczone są jednak daleko. O wiele bardziej alarmująca jest dla nas sytuacja za naszą wschodnią granicą. Kraje byłego Związku Radzieckiego zdają się podążać za przykładem zza Oceanu, przyjmując równie restrykcyjne przepisy prawne. Przemiany polityczne i gospodarcze zaowocowały eksplozją narkomanii, z którą te państwa nie są w stanie sobie poradzić. Ciągłe rosnąca fala narkomanii jest z kolei przyczyną gwałtownego wzrostu zakażeń wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi przez krew. Ta sytuacja również przerasta możliwości władz.

W takich państwach jak Rosja, Ukraina czy Kazachstan prawo, które nakazuje karanie za posiadanie lub używanie narkotyków, pozwala na nagminne nadużycia i łamanie podstawowych praw człowie-

ka. Gwałtownie rosnąca populacja narkomanów w więzieniach i brak jakichkolwiek działań związanych z redukcją szkód powoduje, że właśnie w więzieniach wzrasta liczba osób zakażonych wirusem HIV. Obecnie na terenie Rosji w zakładach karnych przebywa 36 tysięcy osób zakażonych wirusem HIV. W 2002 roku na Litwie w ciągu 2 tygodni wykryto w więzieniach więcej przypadków zakażeń HIV niż w całym kraju w poprzednich latach.

Brak łatwo dostępnych i zakrojonych na szeroką skalę programów redukcji szkód, takich jak wymiana igieł i strzykawek lub leczenie substytucyjne, przyczynia się do lawinowego wzrostu liczby zakażonych za naszą wschodnią granicą. W Rosji liczba osób zakażonych HIV jest szacowana na 1 milion, z czego 260 tysięcy to liczba osób, które faktycznie wykonały test i są seropozytywne. Ta ilość zakażeń dotyczy ostatnich 4 lat. Większość osób zakażonych to osoby uzależnione od narkotyków.

Europa Zachodnia z przerażeniem patrzy na USA i państwa byłego Związku Radzieckiego. Dla rządów europejskich stanowią one przykład tego, czego nie należy robić. Istnieje przecież cała gama środków, których skuteczność została udowodniona praktycznie i naukowo, a które zmierzają do zmniejszenia skali problemu.

Takie państwa jak Grecja, Szwajcaria, Wielka Brytania, Portugalia, Hiszpania czy Niemcy wprowadziły w życie racjonalną politykę przeciwdziałania narkomanii, opartą na założeniu, że uzależnienie od narkotyków należy traktować jako chorobę, którą trzeba leczyć, a nie karać.

Przykładem może służyć polityka naszych zachodnich sąsiadów. Niemcy zdają sobie sprawę z tego, że problem uzależnień od narkotyków jest nie tylko problemem natury zdrowotnej, ale również ekonomicznej, społecznej i prawnej. Wiedzą, jak wiele kosztuje gospodarke rosnąca liczba narkomanów. Mają świadomość, że kompleksowa opieka na osobami uzależnionymi jest jedynym sposobem redukcji negatywnych konsekwencji społecznych. Od 30 lat rozwijają spójny, szeroko zakrojony system pomocy osobom uzależnionym, obejmujący zarówno ogólnodostępne leczenie abstynencyjne, jak również programy redukcji szkód, takie jak: wymiana igieł i strzyka-

wek, leczenie substytucyjne lub kontrowersyjne, ale skuteczne, pomieszczenia dla konsumpcji narkotyków.

Już na początku lat 90-tych w Berlinie na dworcu zatrudniono Polaków, których zadaniem było niesienie pomocy obywatelom polskim, sprzedającym usługi seksualne. Ten przykład obrazuje fakt, że już ponad 10 lat temu Niemcy mieli świadomość, że to, co dzieje się po drugiej stronie słupków granicznych, ma wpływ na sytuację ich kraju i w związku z tym należy działać. Tym tropem podąża prawie cała Europa Zachodnia. W Wielkiej Brytanii nie zmieniono wprawdzie przepisów prawa, ale wydano zarządzenie, na mocy którego policja już nikogo nie aresztuje za posiadanie narkotyków na własny użytek.

Bardzo dokładnie przemyślane systemy całościowej opieki i wsparcia dla osób uzależnionych są integralnym i kluczowym elementem polityki zdrowotnej tych państw. Obecnie jest to jedyne sensowne rozwiązanie – nie tylko ze względu na zagrożenie chorobami zakaźnymi, ale ze względu na fundamentalne idee praw człowieka. Polsce jako krajowi demokratycznemu powinny one przyświecać z założenia. Jeśli ten argument jest dla kogoś niewystarczający, to mamy przecież sprawdzone przykłady USA, Rosji i państw Europy Zachodniej. Na szczęście można się do nich odwołać i wyciągnąć wnioski.

W Polsce, podobnie jak i w innych zakątkach świata, mamy tendencję do obarczania narkomana winą za swój los. Mówimy: sam sobie winien. Nawet jeśli tak jest, to przecież nie jest to sytuacja wyjątkowa. Każdy, kto walczy z rakiem płuc, też sobie sam na to zasłużył, gdyż przez 30 lat palił papierosy. Każdy, kto walczy z marskością wątroby, pracował na nią przez lata pijąc wódkę i też jest sobie sam winien ktoś, kto przeżył zawał serca. Czy przyszedłoby komuś do głowy to, by nie leczyć tych ludzi? Odmawiać podstawowych praw ludzkich, obywatelskich i dodatkowo gnębić?

„Chciała już wreszcie stracić przytomność, ale głód polega m.in. na tym, że nie możesz liczyć na żadną ulgę. Nie ma sposobu, aby się znieczulić. Nie obejdziesz tego, tylko czas albo strzał – jak ktoś powiedział. Gdyby ktoś zamiast heroiny zaproponował jej wtedy zastrzyk arseniku, chyba by się nie zastanawiała. Kilkakrotnie prosili

gliniarzy, aby wezwali pogotowie, ale tamci uważali, że jeszcze trochę wytrzymają. Rzekomo lada moment ma przyjechać sędzia, aby prowadzić tzw. półposiedzenie i zatwierdzić bądź odrzucić prokuratorowski wniosek o tymczasowe aresztowanie. Owo lada moment wobec niesprzyjającej aury ciągnęło się od południa do późnego wieczora, a policjanci uparcie wzbraniли się przed wezwaniem lekarza, aby sobie i podejrzanym nie robić problemów z powodu nieuzasadnionego wezwania”.

Wytyczne Unii Europejskiej wobec państw członkowskich odnośnie zapobiegania narkomanii i redukcji szkód z nią związanych opierają się a założeniu, że jednym z podstawowych przywilejów obywatela jest dostęp do opieki lekarskiej na najwyższym poziomie. W przypadku osoby uzależnionej od narkotyków jej niezbywalnym prawem jest dostęp do odpowiedniej dla niej formy terapii.

Po raz kolejny stoimy na granicy dwóch światów – wschodniego i zachodniego. Mamy możliwość wyboru między opartym na zdrowym rozsądku podejściem do zdrowia publicznego, praktykowanym przez państwa Unii Europejskiej, a nieskuteczną i dramatyczną w konsekwencjach polityką narkotykową naszych wschodnich sąsiadów. Wybór wydaje się oczywisty, gdyż poparty jest wieloletnimi doświadczeniami, których skuteczność została udowodniona zarówno praktycznie jak i naukowo.

Nie możemy obojętnie przyglądać się temu, co dzieje się za naszą wschodnią granicą, gdyż po prostu nas na to nie stać. Możemy wyciągnąć praktyczne wnioski z błędów naszych sąsiadów. Pierwszym krokiem powinna być zmiana obowiązującej ustawy antynarkotykowej. Karanie za posiadanie narkotyków na własny użytek nie jest rozwiązaniem. Nie jest nim również wysyłanie zatrzymanego na przymusowe leczenie, bowiem „przymusowe” znaczy dokładnie to samo co „nieskuteczne”. Jedynym sensownym wyjściem jest zapewnienie osobom uzależnionym od narkotyków jak najszerszego wachlarza opcji leczenia, by samodzielnie mogły dokonać wyboru opcji im odpowiadającej.

Należy zapewnić także ogólnodostępne programy redukcji szkód. Chodzi o punkty wymiany igieł i strzykawek oraz o możliwość lecze-

nia substytucyjnego. W stronę takich pragmatycznych rozwiązań zwracają się takie państwa jak Czechy i Węgry. My także powinniśmy zastanowić się nad tym, która z tych dwóch opcji jest bliższa naszym ideałom wartości i demokracji.

Katarzyna Piekarska: Ogłaszam dziesięciominutową przerwę na kawę.

[Po przerwie:]

Katarzyna Piekarska: Rozpoczynamy drugą część konferencji. Proszę o zabranie głosu naszego gościa z zagranicy – panią Joanne Csete, która wygłosi referat pt. „Przestrzeganie praw człowieka używających narkotyki i zakazonych HIV w regionie Europy Środkowej i Azji Centralnej”.

Dyrektor Programu Praw Człowieka i HIV/AIDS, Human Rights Watch Joanne Csete: Chciałabym podziękować organizatorom tego spotkania za przywilej bycia dzisiaj z państwem. Wszyscy, którzy pracują w sferze praw człowieka, mogą się czuć zaszczytzeni tym, że mogą być w Polsce i dowiedzieć się o osiągnięciach w obszarze praw człowieka.

Miałam okazję być w Kazachstanie, Tadzykistanie, a także uczestniczyć w różnych forach z twórcami polityki w krajach byłego Związku Radzieckiego i Europy Wschodniej. Spotkałam wielu profesjonalistów zajmujących się ochroną zdrowia i wiele osób, które bardzo skorzystały z wizyt w Polsce. Dzisiaj widzę na sali wielu poznanych mi ludzi, którzy przekazali mi dużo wiedzy. Chciałabym podziękować za przysłanie do USA pani Kasi Malinowskiej-Sempruch, która tak dużo zrobiła na rzecz tego, by świat stał się lepszym miejscem dla narkomanów, co dla nas, w Stanach Zjednoczonych, bardzo dużo znaczy.

Epidemia AIDS trwa ponad 20 lat i już bardzo dużo wiemy na temat związku praw człowieka z HIV/AIDS. Pragnę wyobrazić sobie,

że ktoś zadaje pytanie: w jaki sposób z punktu widzenia praw człowieka można potraktować epidemię AIDS? Dla potrzeb naszej dyskusji chciałabym zasugerować odwołanie się do czterech kroków, które stanowiłyby wspianą podstawę dla rozwoju AIDS. Pierwszym krokiem rządu byłoby po prostu zanegowanie problemu AIDS na terenie kraju. Oczywiście, najlepiej to zrobić publikując oficjalne dane, które zwykle zaniżają skalę problemu.

Trzeba zaznaczyć, że tak naprawdę nie ma dobrych danych, zebranych przez oficjalne władze. Drugim krokiem byłoby zaprzeczenie pilności podjęcia działań na rzecz osób z HIV/AIDS. Kolejnym krokiem byłoby upowszechnienie przesłania mówiącego o tym, że osoby mające AIDS lub narażające się na duże ryzyko zarażenia po prostu na to zasługują.

Całą politykę można by oprzeć na założeniu, że narkomania nie jest chorobą chroniczną, lecz po prostu jest to kwestia moralna. Po drugie – należałoby stwierdzić, że osoby sprzedające usługi seksualne odrzuciły inne możliwości, ponieważ są to osoby niemoralne. Po trzecie – trzeba by było powiedzieć, że homoseksualiści są degeneratami i w związku z tym są zagrożeniem dla społeczeństwa. Po czwarte – należałoby przyjąć założenie, że młode osoby zejdą na drogę niemoralności, jeśli powiemy im o sprawach seksu i chorób przenoszonych drogą płciową.

Jeżeli media zaczęłyby promować tego rodzaju przesłania, to wtedy zobaczylibyśmy, że obok istniejącej moralnej rodziny są narkomanii i osoby zajmujące się sprzedawaniem seksu. To wszystko doprowadziłoby do stworzenia polityki, która promowałaby moralność, abstynencję seksualną i abstynencję w kwestii narkotyków. Taka polityka zakładałaby, że jest to jedyny sposób zwalczania epidemii AIDS. Oczywiście, nie ma to związku z prawdziwym życiem.

W tej chwili chciałabym przejść do magicznej kombinacji drakońskich praw, nadmiernego penalizowania używania narkotyków oraz zdarzającego się często wykorzystywania sytuacji przez policję. Narkomani trafiają do więzienia i oczywiście nie otrzymują żadnej pomocy, co przyczynia się do wzrostu epidemii. Policjanci mogą wykorzy-

stać stan narkotyczny w celu zmuszania poszczególnych osób do zeznań.

Następnym posunięciem byłoby sterroryzowanie osób zarażonych HIV/AIDS, które oczywiście nie powinny nikogo prosić o informację lub jakąkolwiek formę pomocy.

Kolejnym krokiem byłoby ignorowanie wyników badań epidemicznych z ostatnich 20 lat, w czym bardzo dobry jest mój kraj – Stany Zjednoczone. Chodzi o to, by po prostu unikać podejmowania najlepszych kroków, tzn. wymiany igieł i strzykawek, programów metadonowych oraz innych działań związanych z redukcją szkód. Takie programy mogą zostać uznane za nielegalne.

W zwalczaniu epidemii AIDS niewątpliwie chodzi o to, by dać ludziom odpowiednią informację i umożliwić do niej dostęp, jak również dostęp do prezerwatyw. Chodzi również o to, by kobiety nie pozostawały w sytuacji, w której absolutnie nie mają kontroli nad swoim życiem seksualnym.

Każdy rząd, który podjąłby działania, o których mówiłam wcześniej, niewątpliwie przyczyniłby się do rozwoju epidemii HIV/AIDS. Być może to, co powiedziałam, brzmi karykaturalnie, jak przesadny obraz. Wydaje mi się, że większość z państwa wie, że to, o czym mówię, właściwie jest odzwierciedleniem polityki związanej z AIDS i dotyczy to wielu krajów – również krajów sąsiadujących z Polską.

Epidemia AIDS i żółtaczki w krajach byłego Związku Radzieckiego jest związana ze strachem uzależnionych przez obowiązkowym zarejestrowaniem jako narkomanów oraz strachem przed policją. Rzeczywistość wygląda tak, że HIV uderza przede wszystkim w te osoby, które w wielu krajach prowadzą życie związane ze stygmatyzacją na długo wcześniej niż pojawił się ten wirus. Wydaje mi się, że na przestrzeni ostatnich 20 lat na całym świecie osiągnęliśmy już konsensus w pewnych kwestiach. Chodzi o to, że trzeba szanować prawa ludzi zarażonych HIV. Jest to chyba najlepsze narzędzie zwalczania HIV/AIDS.

Jeździmy po całym świecie, aby odnotowywać przypadki naruszania praw ludzi żyjących z HIV. Okazuje się, że niewiele trzeba

zrobić, by nie dopuścić do tego, aby policjanci bili osoby zajmujące się sprzedażą usług seksualnych. UNDP prowadzi odpowiedni program, ale jest niewielka współpraca rządów krajów z donatorami.

Mamy do czynienia z różnymi nadużyciami wobec osób używających narkotyków. Często prawo dopuszcza do tego rodzaju nadużyć. Nierzadko prawo w tym względzie jest tak drakońskie, że po prostu nie sposób go nie naruszyć bez naruszenia praw osób używających narkotyków. Policja dostaje do dyspozycji pewne pozaprawne narzędzia. Często przepisy prawne wpisane do ustaw naruszają prawa człowieka.

Policja ma np. prawo zatrzymywać na długi okres czasu osoby podejrzane o bardzo niewielkie przestępstwa. Podczas zatrzymania często dochodzi do naruszeń tych praw. Takie osoby są bardzo łatwym celem tego rodzaju nadużyć i bardzo łatwo jest nimi zapełnić więzienia. Policja często wykorzystuje mechanizm uzależnienia do dręczenia tych osób.

Chciałabym podzielić się z państwem jeszcze jedną troską i usłyszeć, czy pod tym względem powinniśmy przejmować się Polską. Wydaje mi się, że kraje ubiegające się o członkostwo w Unii Europejskiej starają się na papierze przyjąć zobowiązanie o wdrożeniu polityki redukcji szkód. Może okazać się, że za tymi deklaracjami nie idą prawdziwe działania i środki, zmierzające do tego, by tego rodzaju usługi były dla narkomanów powszechnie dostępne.

Moglibyśmy mówić na temat tchórzostwa politycznego, z którym mamy do czynienia w wielu krajach. Jacy politycy i grupy ujmą się za osobami używającymi narkotyków? Byłam w 80 krajach i pamiętam spotkania, na których politycy mówili o tym, że stają się pomagać narkomanom. Dlaczego więc tego rodzaju nadużycia w dalszym ciągu mają miejsce? W tej chwili chciałabym wrócić do przypadku Stanów Zjednoczonych. Mają one wielki wpływ nie tylko w kwestii polityki wobec HIV/AIDS, ale również wobec wszystkich problemów związanych z AIDS. Jest mi bardzo przykro powiedzieć, że niestety Stany Zjednoczone formułując politykę wobec AIDS postanowiły podjąć wszystkie niewłaściwe kroki, o których powiedziałam wcześniej. Przeciwno AIDS jest w Stanach Zjednoczonych rozgrywana przegra-

na wojna. Urzędy federalne, niestety, odmówiły wydania choćby jednego dolara na programy wymiany igieł, a wiemy, że takie działania są bardzo efektywne.

Trzeba pamiętać, że istnieje ruch opowiadający się za abstynencją seksualną jako narzędziem sprzyjającym ograniczeniu epidemii AIDS. Mnóstwo pieniędzy podatników administracja Busha przeznaczyła na programy, które miały na celu wycofanie ze szkół nauki na temat seksu. Chodziło o promocję polityki uprawiania seksu dopiero po zawarciu małżeństwa.

Taka jest polityka rządu amerykańskiego. Studentom mówi się, że prezerwatywy nie są skuteczne w prewencji AIDS. To naprawdę mordercza polityka, która autentycznie promuje ignorancję i wobec tego nie należy się dziwić, że mamy do czynienia z coraz większą liczbą nowych przypadków HIV, szczególnie wśród osób najbardziej zmarginalizowanych, tzn. wśród mniejszości narodowych.

Mam nadzieję, że podczas dzisiejszego spotkania dowiem się więcej na temat sytuacji w Polsce, obecnych wyzwań oraz na temat działań dotyczących redukcji szkód. Interesuje mnie to, w jaki sposób państwo podchodzicie do monitorowania efektywności takich działań.

Wydaje mi się, że na Polsce spoczywa wielka odpowiedzialność, ponieważ macie państwo wpływ również na to, co dzieje się w Rosji i na Ukrainie. W tych krajach epidemia się nasila i w związku z tym istnieje pokusa wprowadzenia większych represji i większego moralizowania. Takie strategie mogą być skierowane przeciwko osobom, które są nosicielami wirusa HIV. Tego rodzaju polityka jest bardzo zaraźliwa i może się przedostać przez granice. Nasze doświadczenia związane z uchybieniami wobec osób cierpiących na HIV/AIDS potwierdzają, że to, co dzieje się w różnych krajach, ma wielki wpływ na politykę prowadzoną w Rosji i Ukrainie.

Chodzi o to, by dostarczać tym krajom dobrych przykładów i powstrzymać je przed represyjnymi rodzajami polityki. Kraje, które ochraniają osoby zarażone HIV, mają na celu przyjęcie polityki jak najbardziej humanitarnej. Wydaje się, że takie podejście jest najlepsze i najbardziej stabilne.

Jesteście państwo profesjonalistami, przedstawicielami organizacji pozarządowych oraz tymi, którzy stanowią prawo. Staracie się państwo zwalczać tę epidemię w Polsce. Mam nadzieję, że możecie państwo stworzyć dobre przykłady dla waszych obywateli. Wydaje mi się, że bardzo trudne jest dokonanie wyborów politycznych. Oczywiście, we wszystkich społeczeństwach posunięcia represyjne zawsze są bardzo wspierane, ale koszt wyrażenia zgody na represję jest naprawdę zbyt duży.

Bardzo dziękuję za wielki honor uczestniczenia w dzisiejszym spotkaniu.

Katarzyna Piekarska: Przepraszam, że prosząc panią Joannę Csete o zabranie głosu nie powiedziałam, iż jest pani dyrektorem Programu Praw Człowieka i HIV/AIDS Human Rights Watch.

Bardzo proszę o zabranie głosu księdza Arkadiusza Nowaka, który będzie mówił o zagadnieniach etycznych związanych z zakażeniem HIV.

Ksiądz Arkadiusz Nowak: Etyka to dyscyplina, która wskazuje drogi postępowania, które mają doprowadzać do osiągnięcia dobra a unikania rzeczy złych. Etyka normatywna to m.in. nauka o wartościach, czyli o odróżnianiu dobra od zła, a w części, którą nazywamy deontologią, to nauka o powinnościach, czyli o tym, jak powinniśmy się zachowywać zgodnie z kanonami prawa moralnego i tym samym zgodnie z zasadami etyki.

Wszyscy wiemy, że mamy powinności etyczne i nie jest to odkryciem Ameryki. W kontekście problemów HIV/AIDS powinności etyczne mają osoby żyjące z HIV zarówno w stosunku do siebie samych jak i do ludzi, określanych mianem ludzi zdrowych, czyli nie zarażonych HIV. Jednak te powinności etyczne ma również państwo jako instytucja oraz społeczeństwo jako zbiór poszczególnych jednostek.

Znajdujemy się w gmachu parlamentu, w którym stanowi się prawo, które ma być prawem mądrym, a więc opartym właśnie na zasa-

dach etycznych. Aby mogło być prawem mądrym, powinno uwzględniać określone zasady etyczne. Jedną z powinności etycznych państwa względem zarówno osób zakażonych HIV jak i społeczności ludzi zdrowych jest tworzenie stosownych przepisów prawa.

Pragnę zwrócić uwagę na etyczną powinność zapewnienia anonimowości ludziom zakażonym HIV oraz tym, którzy by chcieli sprawdzić, czy nie zostali zakażeni tym wirusem. Ma to się dokonywać w oparciu o istniejące przepisy prawne. Można powiedzieć, że w tej chwili w Polsce nie ma przepisów, które uniemożliwiałyby zachowanie anonimowości ludziom żyjącym z HIV i anonimowe wykonanie badań. Przez wiele lat miałem dużą przyjemność pracy w Ministerstwie Zdrowia, byłem świadkiem współtworzenia pewnych aktów prawnych i skądinąd wiem, że nieco zagrożony jest ów sukces, polegający na zachowaniu anonimowości ludzi żyjących z HIV tak długo, jak sobie tego życzą oraz ludzi chcących wykonać badania.

Powstaje nowa ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach. Jeśli nie nastąpi skonsolidowane działanie ludzi, którym bliskie jest zachowanie praw człowieka, to w nowej ustawie może być zagrożone prawo do zachowania anonimowości w momencie stwierdzenia zakażenia HIV lub zostanie wykluczona możliwość anonimowego wykonania badań. Byłoby to straszne i dramatyczne w kontekście profilaktyki HIV/AIDS.

W każdej dyscyplinie naukowej, a więc i w epidemiologii, są tacy, którzy idą z duchem czasu i są tacy, którzy stoją w miejscu. W polskiej epidemiologii znajdziemy przedstawicieli zarówno jednego jak i drugiego nurtu. Problem tkwi w tym, że nie zawsze najwięcej do powiedzenia ma nurt idący z duchem czasu i chociażby prawami Unii Europejskiej.

Warto zasignalizować, że być może przyjdzie moment, w którym trzeba będzie dość jasno, precyzyjnie i szybko podjąć stosowne interwencje, aby nie zaprzepaścić tego, co do tej pory udało się uzyskać. Anonimowość badań i anonimowość osób żyjących z HIV jest sprawą szalenie ważną.

Zakusy na zniesienie owej anonimowości są tłumaczone względami epidemiologicznymi i tzw. dobrem społecznym. Z zasad etyki doskonale wiemy, że dobro indywidualne jest ponad dobrem społecznym – poza bardzo wyjątkowymi sytuacjami. Tworzenie rejestrów czy jakichkolwiek form zgłaszalności zakażeń, które mogłyby doprowadzać do najmniejszej nawet identyfikacji personalnej, byłoby wielkim zagrożeniem dla prewencji HIV w Polsce. Ta sprawa leży w interesie zarówno ludzi żyjących z HIV jak i ludzi zdrowych.

Jednym z ważnych problemów etycznych ludzi żyjących z HIV jest to, jak sobie poradzić z tym nowym problemem w swoim życiu, z problemem, który powoduje ogromny dyskomfort psychiczny. Mimo że mija 18 lat obecności problemu HIV/AIDS w polskiej rzeczywistości, to jednak nadal jest to choroba traktowana w kategoriach choroby napiętnowanej społecznie – zwłaszcza przez tych, którzy popełniają takie same błędy jak ci, którzy ulegli zakażeniom, o ile w ogóle można mówić o błędach i jakiegokolwiek winie.

Bardzo ważne jest zrozumienie tego, jak wielkim problemem jest życie ze świadomością potwierdzonego zakażenia oraz borykanie się z decyzją, jak, kiedy a przede wszystkim komu mówić, że jest się osobą żyjącą z HIV. Zasady etyczne bardzo jasno wskazują, komu należy a komu nie należy o tym mówić. Byłoby dobrze, gdyby w myśl tych zasad etycznych te kwestie bardzo precyzyjnie regulowały przepisy prawne.

W kontaktach pomiędzy osobami żyjącymi z HIV i tymi, którzy służą im pomocą, pojawia się problem obowiązku etycznego i prawnego informowania pracowników służby zdrowia o fakcie swojego zakażenia. Zaznaczam, że nie zgadzam się z panem rzecznikiem, który powiedział, że w Polsce nie ma już sytuacji, w których nie świadczy się pomocy ujawniającym ten fakt osobom zakażonym.

Stoimy na stanowisku, że nie ma podstaw prawnych ani etycznych do tego, by osoba żyjąca z HIV musiała informować o fakcie swojego zakażenia. To twierdzenie jest bardzo zasadne w polskiej rzeczywistości, gdyż osoba żyjąca z HIV zaczyna mieć problemy dopiero wtedy, gdy przyznaje się do faktu zakażenia. Taka osoba za swoją uczciwość otrzymuje w zamian duży dyskomfort i w najlepszym razie odesłanie

do innego lekarza. Oczywiście, nie są to bardzo częste praktyki, ale jednak zdarzają się i to wcale nie tak rzadko.

W zasadzie tylko jedna kwestia nie jest zgodna z zasadami etyki i prawa. Powinniśmy zastanowić się nad tym, czy zasadne jest wymaganie świadomej zgody na wykonanie badania na obecność wirusa HIV u osoby, która jest źródłem ekspozycji zawodowej dla pracownika służby zdrowia. Polskie przepisy prawne stanowią, że nawet w takim wypadku lekarz lub pielęgniarka musi od osoby zainteresowanej uzyskać zgodę na wykonanie stosownego badania.

Zasady etyczne wskazywałyby na to, że w tym konkretnym wypadku należałoby odstąpić od uzyskania takiej zgody. Gdyby lekarz (lub pielęgniarka) odstąpił od tej zasady, to sądzę, że etyka stałaby po jego stronie, ale nie obowiązujące w Polsce prawo.

Jedną z ważnych kwestii etycznych dotyczących przekazywania informacji jest sprawa partnera seksualnego. Wielokrotnie słyszałem pytania na temat tego, jak jest a jak być powinno. Myślę, że Polska jest krajem, który dobrze poradził sobie z rozwiązaniem tego problemu. Lekarz stwierdzający zakażenie wirusem HIV u danej osoby, nie ma prawnego obowiązku poinformowania partnera seksualnego o fakcie zakażenia. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i z kodeksem etyki lekarskiej ma takie prawo i może to zrobić, jeśli uzna to za właściwe. Jednak przede wszystkim lekarz powinien przekonać osobę zainteresowaną o tym, że to właśnie na niej spoczywa etyczny i prawny obowiązek przekazania informacji partnerowi seksualnemu o fakcie swego zakażenia. Jest to jeden z największych problemów, z którymi muszą się spotkać w życiu ludzie żyjący HIV.

Myślę, że trudno jest partnerowi bądź partnerom seksualnym ujawniać fakt zakażenia, mając świadomość, iż to może skutkować tym, że nie dojdzie do kontaktów seksualnych. Jest to jednak niekwestionowany obowiązek etyczny i prawny, o którym nie możemy zapomnieć.

Gdy mówimy o zasadach i dylematach etycznych, to myślę, iż jedną z najważniejszych kwestii jest to, że osoby żyjące z HIV są w pełni świadome tego, że nie są w stanie przekazać życia nie naraża-

jąc innej osoby na fakt zakażenia. Wymusza to bardzo określone zachowania. Rygoryści w tej dziedzinie twierdzą, że mają to być zachowania łącznie z absolutną wstrzeźliwością seksualną.

Można powiedzieć, że jest to rzeczywiście bardzo rygorystyczne postawienie sprawy. Są również inne podpowiedzi funkcjonowania w nowej rzeczywistości. Jednak stanowią one bardzo duże obciążenie psychiczne dla ludzi żyjących z HIV. Zawsze łatwo jest uprawiać teorię, natomiast o wiele trudniej jest ją wdrażać w życie – szczególnie w tak bardzo delikatnej kwestii.

Chciałbym wzmocnić wypowiedź pana prof. Wiktora Osiatyńskiego. Uczestniczyłem w tworzeniu przepisów zmieniających ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku wraz z późniejszymi zmianami w artykułach dotyczących penalizacji i doskonale wiem, jakie było pierwotne stanowisko ówczesnego rządu w tej sprawie. Niestety, ostatecznie to stanowisko zostało zmienione, a parlamentarzyści uchwalili ustawę bardzo nieetyczną w tym przepisie.

Traktujemy narkomanię jako chorobę, a ta ustawa dokładnie to potwierdza. Potwierdza również to, że specyfiką tej choroby jest wytworzenie się przymusu fizycznego i psychicznego wzięcia narkotyku. Jest to więc dość specyficzna choroba, na którą chorują ludzie, którzy w danym momencie muszą zażywać środki uzależniające i to tak długo, dopóki nie podejmą stosownej próby leczenia. Wiemy, że podjęcie takiej próby nie jest rzeczą prostą.

Kilka stron dalej ta sama ustawa stwierdza, że w zasadzie na równi sytuujemy tego, kto produkuje i handluje narkotykami i tego, kto przez tę samą ustawę jest określany mianem człowieka chorującego na bardzo specyficzną chorobę, jaką jest narkomania.

Skoro przyznajmy prawo do uznania narkomanii za chorobę, której specyfiką jest wytworzenie się przymusu, to logiczne jest to, że osoba cierpiąca na tę chorobę do pewnego momentu swojego życia musi przyjmować narkotyki. Musi więc posiadać narkotyk i zgodnie z obowiązującym prawem popełnia przestępstwo. Jest to wybitnie nieetyczny zapis ustawy.

Byłoby rzeczą wskazaną ponownie rozpocząć dyskusję na ten temat, szeroko tłumacząc społeczeństwu, w czym tkwi istota sprawy. Zmiany przepisów prawnych w tym artykule nastąpiły jakoby na skutek oczekiwań społecznych. Tak usłyszeliśmy w Sejmie, gdy pracowaliśmy nad zmianami tej ustawy. Jeśli rzeczywiście takie były oczekiwania społeczne, to najprawdopodobniej to społeczeństwo posiada duże luki w wiedzy, a naszym zadaniem byłoby wytłumaczyć, o co tak naprawdę chodzi i dlaczego sprzeciwiamy się temu, by ludzi uzależnionych od narkotyków nie karać za sam fakt posiadania narkotyku na własny użytek – oczywiście przy założeniu, że będzie to narkotyk z grupy, od których dana osoba jest uzależniona.

Chodzi o wykluczenie sytuacji, w której posiadany narkotyk będzie służył np. do handlu lub do innych przestępstw.

Równie ważną kwestią jest podjęcie szerokiej edukacji dotyczącej wytłumaczenia, na czym tak naprawdę polega pojęcie redukcji szkód i dlaczego nie jest rzeczą niemoralną stosowanie leczenia substytucyjnego w gronie ludzi uzależnionych od opiatów i będących na wolności, a także w środowisku ludzi uzależnionych przebywających w więzieniach. Nasze społeczeństwo ciągle jeszcze żyje w świecie określonych schematów i stereotypów, które wytworzyliśmy sobie na użytek codziennego funkcjonowania. Żyjąc w takim stereotypie trudno jest nam zrozumieć to, że narkomania jest chorobą i że można ją leczyć podając leki z grupy leków narkotycznych.

Trudno jest również zrozumieć, że wymiana igieł i strzykawek nie oznacza ich rozdawnictwa, lecz służy bardzo konkretnemu celowi, m.in. ograniczeniu rozprzestrzeniania się zakażeń HIV.

Myślę, że wielkie zadanie jest nie tylko po stronie tych, którzy stanowią o kształcie profilaktyki w Polsce w aspekcie przeciwdziałania narkomanii i zapobiegania HIV/AIDS. Są to ludzie dobrze przygotowani merytorycznie do swojej pracy i mają pewną koncepcję. Jednak często spotykają się z trudnościami po stronie legislacyjnej. Jeżeli mury tego dostojnego gmachu chciałyby chociaż trochę zapamiętać dzisiejszą konferencję i dać temu wyraz w określonych zapisach aktów prawnych, to wszyscy bylibyśmy zadowoleni, gdyż z dzisiejszego spotkania wyniknęłoby coś konkretnego. Oczywiście, deklaramy goto-

wość merytorycznej pomocy i myślę, że wspólnymi siłami uda nam się doprowadzić do zmian pewnych przepisów prawa bądź do stworzenie nowych.

Przez wiele lat byłem przeciwnikiem ustawy o przeciwdziałaniu HIV/AIDS. Coraz częściej zdaję sobie sprawę z tego, że gdyby taka ustawa powstała parę lat temu, to w tej chwili mielibyśmy o wiele mniej problemów. Dzisiaj nie musielibyśmy tracić czasu i martwić się o to, czy w ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach nie zaprzepaścimy np. anonimowości badań. Być może jest czas na to, by poddać pod dyskusję pytanie: czy jest zasadne stworzenie ustawy o przeciwdziałaniu HIV/AIDS na wzór ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii?

Katarzyna Piekarska: W programie konferencji mamy w tej chwili dyskusję. Ponieważ mamy już opóźnienie, to bardzo proszę o zachowanie dyscypliny czasowej wypowiedzi.

Prezes Stowarzyszenia Kuratorów Sądowych Andrzej Martuszewicz: Bardzo dobrze, że w konferencji uczestniczy pani posłanka Katarzyna Piekarska, pan prof. Wiktor Osiatyński oraz kierownictwo resortu sprawiedliwości i więziennictwa, które rozumie problematykę, będącą przedmiotem dzisiejszej konferencji. Wydaje mi się, że cykl konferencji, który zainicjowała Komisja Sprawiedliwości i Praw Człowieka i osobiście pani przewodnicząca Katarzyna Piekarska, jest nie do przecenienia.

Pragnę nawiązać do wypowiedzi pana prof. Wiktora Osiatyńskiego. Musi nastąpić rozpropagowanie pewnego sposobu postępowania w sprawach uzależnień w momencie, gdy wkracza już prawo karne. Chodzi o orzeczenia dające wybór: podjęcie leczenia albo izolacja od społeczeństwa. Jest to pewnego rodzaju dobrowolność, gdyż takie postępowanie opiera się na wyborze, wymuszonym trochę orzeczeniem sądu. Taki wybór prowadzi do bardzo pozytywnych skutków.

W tej chwili kuratorzy sądowi nadzorują lub dozorują 90% różnych zachowań ludzkich, wynikających z prawa karnego i stosowania

kar nieizolacyjnych. Kuratorów sądowych nadal w Polsce jest za mało. Teraz inwestujemy w siebie, gdyż chodzi o to, by kurator był świetnie przeszkolony i rozumiejący zachodzące obecnie bardzo złożone procesy. Teoretycznie kurator powinien mieć ukończone studia psychologiczne, pedagogiczne lub prawnicze. Jednak ta wiedza jest bardzo niewystarczająca.

Katarzyna Piekarska: Pan prezes nieco przesadził mówiąc o obecności kierownictwa resortu sprawiedliwości. Cieszę się, że jest z nami zastępca dyrektora Biura Legislacyjnego. Myślę, że pilnie notuje wszystkie wnioski i być może trzeba będzie zastanowić się nad ustawą, o której mówił ks. Arkadiusz Nowak.

Instytut Psychiatrii i Neurologii – Karina Chmielewska: Słucham państwa z zainteresowaniem i chwilami niepokoi mnie nie tyle bagatelizowanie problemu, co zbytnie teoretyzowanie. W każdym wystąpieniu było używane słowo „leczenie”. Chociaż człowiek ma prawo do leczenia, to niestety tak nie jest. Leczenie jest zbyt mało dostępne i chyba właśnie to jest fundamentalną sprawą. Państwo proponujecie leczenie jako rozwiązanie problemu. Nie jestem pewna, czy państwo wiecie, że większość ośrodków i oddziałów pobiera dodatkowe pieniądze. Brakuje miejsc na detoksykację. Leczenie nie jest rozwiązaniem, gdyż nie jest dostępne.

Katarzyna Piekarska: Myślę, że to jednak jest rozwiązanie, ale leczenie powinno być bardziej dostępne.

Czy są kolejne zgłoszenia do dyskusji? Nie widzę zgłoszeń, ale przypominam państwu, że dyskusja będzie jeszcze po następnych wystąpieniach.

O zabranie głosu proszę panią Annę Marzec-Bogusławską – dyrektorkę Krajowego Centrum ds. AIDS, która wygłosi referat pt. „Związek pomiędzy nadużywaniem narkotyków a rozprzestrzenianiem się HIV. Polska i region”.

Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS Anna Marzec-Bogusławska: Rozpocznę od krótkiego rysu historycznego, gdyż moim zadaniem jest przedstawienie współzależności pomiędzy stosowaniem narkotyków drogą dożylną a zakażeniami HIV.

Polska jest jednym z nielicznych krajów regionu Europy Środkowej i Wschodniej, w których już od roku 1986 rozpoczęto badania w kierunku zakażeń HIV. W początkowym etapie wykrywano je głównie wśród osób stosujących narkotyki drogą dożylną.

Na początku lat dziewięćdziesiątych pogłębił się kryzys krajów byłego Związku Radzieckiego. W tym czasie Afganistan staje się głównym producentem opium na świecie. W związku z tym zmieniają się także drogi przemytu narkotyków. Biegną głównie poprzez Azję Środkową, Europę Wschodnią. Powoduje to oczywiście zwiększenie rynku narkotykowego także w regionie Europy Środkowej i Wschodniej.

Proszę zwrócić uwagę na to, że jeszcze w roku 1994 liczba wszystkich przypadków zakażeń HIV odnotowanych w Europie Środkowej i Wschodniej nie przekraczała 30 tysięcy. Wówczas w Europie Zachodniej było ponad 15 razy więcej zakażeń, a w Afryce podzwrotnikowej ponad 400 razy więcej osób żyło z wirusem HIV.

To był czas, w którym należało rozpocząć działania profilaktyczne. Europa Północna i Środkowowschodnia była wtedy białą plamą. Nie badano i nie wykonywano testów w kierunku zakażeń HIV. Kraje znajdujące się za naszymi wschodnimi granicami niestety uważały, że jest to problem i choroba imperialistycznej części świata.

W 1996 roku w Kaliningradzie odnotowano pierwsze ognisko zwiększenia liczby zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki drogą dożylną. W trzydziestu miastach Federacji Rosyjskiej stwierdzono obecność zakażeń, których liczba zaczęła gwałtownie rosnąć. 81 na 89 regionów zgłaszały zakażenia wirusem HIV.

Do roku 1995 na Ukrainie uważano, że nie ma tam problemu zakażeń HIV. Przed rokiem 1995 podawano jako liczbę zakażeń zupełnie wirtualne zero. Nagle liczba przypadków zakażeń zaczęła bardzo

szybko rosnać – w 80% wśród osób stosujących narkotyki drogą dożylną. Na przestrzeni ostatnich 10 lat bardzo szybko zwiększyła się również liczba kobiet wśród ogółu zakażonych – z 12 do 25%.

Jaką sytuację mamy dzisiaj? Dane cytuję za czasopismem „The Lancet”, które publikowało różnego rodzaju badania. Na prezentowanej planszy przy nazwie kraju podany jest rok badań, a poniżej zamieszczone są przykładowe dane. Choć na Białorusi średni odsetek osób zakażonych HIV wśród ogółu osób stosujących narkotyki drogą dożylną jest niski, to jednak są miejsca, gdzie ten odsetek wynosi 66% a nawet więcej. Na Ukrainie w 2000 roku ten odsetek wynosił 10%. Są jednak takie miejsca jak np. Odessa, gdzie blisko 65% osób stosujących narkotyki drogą dożylną to osoby zakażone HIV. Dramatyczna sytuacja jest w Federacji Rosyjskiej. Są tam takie właśnie miejsca jak Kaliningrad, a także miasta w głębi kraju, gdzie ten odsetek wynosi prawie 90%. Na Łotwie ten poziom wynosi średnio 15%, a w Mołdawii – ponad 84%.

W Polsce w zależności od roku badań ten odsetek kształtuje się różnie. W 1993 roku było 3%. Według badań z roku 2000 11% osób stosujących narkotyki drogą dożylną jest zakażonych HIV.

W pozostałych krajach Europy Środkowej kształtuje to się średnio na poziomie 2%.

Proszę zwrócić uwagę na prawą kolumnę prezentowanego materiału. W Europie Środkowej notuje się różne drogi zakażenia, natomiast w Europie Wschodniej ta droga jest dosyć jednoznaczna. W większości krajów tego regionu dominującą drogą zakażenia HIV jest stosowanie narkotyków drogą dożylną.

Jak wygląda ogólna sytuacja zakażeń HIV w liczbach bezwzględnych? Prezentuje to wykres zawarty w czasopiśmie „The Lancet”. Na koniec roku 2002 szacowano, że w Rosji żyje między 1 a 2 miliony osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS. Sytuacja tego kraju jest o tyle dramatyczna, że jest tam bardzo ograniczony dostęp do leczenia antyretrowirusowego, które jest absolutną podstawą opieki nad osobami żyjącymi z wirusem HIV. Główną drogą zakażeń jest dożylnie stosowanie narkotyków. Bardzo wiele ostatnich doniesień medycz-

nych mówi o tym, że epidemia wychodzi z kręgu narkomanów do ich partnerów seksualnych. Jedną z wiodących dróg staje się droga zakażeń heteroseksualnych.

Podobnie dramatyczna sytuacja ma miejsce na Ukrainie, gdzie jest około 0,5 mln osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. W tym kraju do niedawna był ograniczony dostęp do leczenia. Dzięki pomocy z globalnego funduszu Ukraina rozpoczyna leczenie, ale trzeba również pamiętać o problemach społecznych, rodzinnych. Zarówno na Ukrainie jak i w Federacji Rosyjskiej pojawia się problem, który do tej pory kojarzył nam się z zupełnie inną częścią świata. Chodzi o problem dzieci ulicy. Uzależnienie rodziców lub związana z HIV/AIDS śmierć rodziców powoduje, że dzieci trafiają na ulicę. System opieki nad sierotami nie jest wydolny i ponad 100 tysięcy dzieci w tym regionie to dzieci ulicy.

Chciałabym zwrócić uwagę państwa na mającą 1,5 mln mieszkańców Estonię, która w bardzo krótkim czasie wykryła u siebie ponad 2 tysiące zakażeń. Estonia jest więc krajem, który ma największą dynamikę zakażeń w regionie Europy Środkowej i Wschodniej.

Ze względów oczywistych bliższe są nam regiony za naszymi granicami. Region Kaliningradu ma wskaźniki porównywalne z krajami najbardziej dotkniętymi problemem HIV, czyli krajami Afryki podzwrotnikowej.

Chciałabym pokazać państwu, jak wyglądała dynamika epidemii w latach 1996-2001. Choć w krajach Afryki podzwrotnikowej żyje bardzo wiele osób zakażonych HIV, to jednak miały przyrost na poziomie 30%, natomiast w regionie Europy Środkowej i Wschodniej (wraz z krajami środkowej Azji) przyrost liczby zakażeń HIV wynosi ponad 1300%.

Główną drogą zakażeń jest dożylne stosowanie narkotyków. Proszę zwrócić uwagę na niebieską linię na prezentowanej planszy. Są to nieznanne czynniki ryzyka. Jeżeli czynnik ryzyka jest nieznan, to najczęściej osoba zakażyła się przez kontakty heteroseksualne. Według utartych stereotypów pyta się taką osobę o to, czy stosuje narkotyki, prostytuuje się i o orientację homoseksualną. Przeczące odpowiedzi

oznaczają nieznaną czynnik ryzyka, a najczęściej są to zakażenia drogą kontaktów heteroseksualnych.

Zwracam uwagę, że podawane wskaźniki zakażeń nie są liczbami bezwzględnyymi. Prezentowane są zakażenia w wybranych krajach regionu Europy Wschodniej w relacji do 1 miliona mieszkańców. Stąd właśnie tak bardzo niepokojąca sytuacja w Estonii.

W krajach Europy Środkowej na czoło zdecydowanie wysuwa się ów nieznaną czynnik ryzyka. Możemy podejrzewać, że w znacznej większości wypadków są to właśnie kontakty heteroseksualne. Dopiero na drugim miejscu pojawia się stosowanie narkotyków drogą dożylną. Prezentowana w tej chwili plansza przedstawia poziom zakażeń HIV na milion mieszkańców.

Pierwszy przypadek zakażenia HIV w Polsce odnotowano w roku 1985 i praktycznie ten moment uznaje się za początek epidemii HIV. Od tego czasu wykryliśmy ponad 8430 zakażeń. Według danych z całego 18-letniego okresu epidemii główną drogą zakażeń jest dożylne stosowanie narkotyków.

Proszę zwrócić uwagę na to, jak ta sytuacja przedstawia się w ostatnich latach – zwłaszcza od roku 2000. Zakażeniami wiodącymi są zakażenia inną drogą, co faktycznie oznacza zakażenia związane z kontaktami heteroseksualnymi. Potwierdzają to dane za pierwsze półrocze roku 2003. Zakażenia HIV spowodowane dożylnym stosowaniem narkotyków stanowią 1/3 ogólnej liczby zakażeń. 73% wszystkich zakażeń stanowią inne drogi zakażenia, w tym dominujące zakażenia na skutek kontaktów heteroseksualnych.

Niezależnie od tego, że wykryliśmy ponad 8430 zakażeń, to jak w każdym kraju mamy tu do czynienia z pewnym obliczeniem szacunkowym. Nie chodzi przecież o dane oficjalne lub nieoficjalne. Do danych oficjalnych należą wykryte zakażenia, ale także i szacunki, które sporządza się na podstawie badań. W naszym przypadku zostały one sporządzone na podstawie badań według metodologii Światowej Organizacji Zdrowia. Mamy prawo sądzić, że w Polsce żyje 2 do 3 razy więcej osób zakażonych niż mówi o tym liczba wykrytych zakażeń.

Pragnę zwrócić uwagę na jeszcze jedno, dosyć niepokojące zjawisko, tzn. na zwiększający się odsetek kobiet wśród ogółu zakażonych. W pierwszych latach epidemii była to jedna kobieta na 16-17 mężczyzn, w tej chwili kobiety stanowią prawie 30% wszystkich zakażonych. To również może świadczyć o dominującej drodze zakażeń, tzn. na skutek kontaktów heteroseksualnych.

Możemy powiedzieć, że sytuacja w Polsce jest dosyć stabilna. W każdym roku wykrywamy 550-600 zakażeń. Niepokoją nas również grupy wiekowe. Na koniec 2002 roku 44% osób zakażonych stanowiły osoby między 20 a 29 rokiem życia. Proszę zwrócić uwagę na grupę ludzi bardzo młodych, które w momencie zakażenia były poniżej 20 roku życia.

Myślę, że zainteresuje państwa liczba zakażeń wykrytych w poszczególnych województwach. Prezentowana w tej chwili plansza zawiera dane z 2002 roku. Niestety, najwyższa kolumna mówi o braku danych. Wynika to z kilku czynników. Często są to osoby bezdomne, które po prostu nie mogą podać miejsca zamieszkania. Powodem jest również jakość zbierania danych lub kwestia zaistnienia innych przyczyn. Tabela podaje liczby bezwzględne, a za chwilę pokażę państwu wskaźniki w odniesieniu do 100 tysięcy mieszkańców.

Zarówno w liczbach bezwzględnych jak i we wskaźnikach dominuje woj. dolnośląskie, potem mazowieckie i łódzkie. Proszę zwrócić uwagę na woj. warmińsko-mazurskie, które po woj. dolnośląskim ma najwyższe w całym kraju wskaźniki zakażeń HIV. Zapewne na ten wskaźnik przekłada się bliskość regionu kaliningradzkiego oraz to, że ciągle niewystarczające są środki i zakres działań profilaktycznych.

Chciałabym wrócić do tego, o czym mówił ks. Arkadiusz Nowak, tzn. o punktach anonimowego i bezpłatnego testowania. W tej chwili w Polsce działa 14 takich punktów. Właśnie dzisiaj rozpoczyna się akcja: „Nie żyj w niepewności, wykonaj test na HIV”. Chociaż każdego roku podwaja się liczba osób, chcących anonimowo i bezpłatnie zrobić test, to jednak uważamy że jeszcze ciągle mamy za mały potencjał i zbyt mało możemy zaoferować tym osobom. Po prostu zbyt mała jest liczba punktów, w których po wykonaniu testu można również otrzymać profesjonalne poradnictwo przed- i potestowe.

W kontekście epidemiologii HIV/AIDS niezwykle ważna jest również dostępność leczenia antyretrowirusowego. W Polsce leczymy autyretrowirusowo 2100 osób. Mamy jednak pewne problemy i obawy na przyszłość. Tylko w tym roku włączyliśmy do leczenia ponad 460 pacjentów. Oznacza to wzrost liczby osób wymagających leczenia o blisko 23% w stosunku do początku tego roku. Nie wiem, jak poradzimy sobie z kontynuacją leczenia osób, którego jak wiadomo nie wolno przerywać z przyczyn merytorycznych.

Chociaż w budżecie jest tak duże przesunięcie środków w stronę leczenia, to jednak wiemy o tym, że ta alokacja środków nie jest właściwa. Z jednej strony chcemy dążyć do tego, aby zapewniać leczenie wszystkim potrzebującym, zaś z drugiej strony bardzo trudno się przebić z przesłanką, iż profilaktyka zaprocentuje w przyszłości.

Pragnę zwrócić się do pani posłanki Katarzyny Piekarskiej o przekazanie właśnie tego przesłania. W profilaktykę warto inwestować. Programy profilaktyczne, np. dystrybucja prezerwatyw, programy redukcji szkód, programy anonimowego i bezpłatnego testowania połączonego z poradnictwem, są wielokrotnie tańsze niż późniejsze leczenie antyretrowirusowe.

Katarzyna Piekarska: Być może nie byłby to zły pomysł, gdybym w swoim biurze poselskim zaczęła za darmo rozdawać prezerwatywy.

W tej chwili z przyjemnością oddaję głos panu Piotrowi Jabłońskiemu, dyrektorowi Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Ministerstwie Zdrowia, który wygłosi referat pt. „Polityka Rządu RP względem osób używających narkotyki”.

Bardzo mile wspominam pracę z panem dyrektorem wówczas, gdy był dyrektorem w szpitalu neuropsychiatrycznym w Zagórzcu. Przez jedną kadencję miałam przyjemność być przewodniczącą Rady Społecznej tego szpitala.

Dyrektor Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Ministerstwie Zdrowia Piotr Jabłoński: Trzeba podkreślić, że w Polsce do-

minującym podejściem do problemu narkomanii we wszystkich aktach prawnych i praktyce jest podejście związane z ochroną zdrowia publicznego. W takim podejściu nadaje się priorytet rozwiązaniom związanym z profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją, z przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu.

Taka jest intencja, natomiast praktyka ostatnich lat pokazuje, że bardzo istotne są ciągoty w kierunku podejścia związanego z represją. Ks. Arkadiusz Nowak powiedział, że ma to pewien negatywny wydźwięk, jeśli chodzi o skuteczność naszych oddziaływań związanych z osobami uzależnionymi, zwłaszcza od twardych narkotyków. W stosunku do takich osób prowadzimy programy redukcji szkód.

Staramy się realizować zapisane w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii tzw. zrównoważone podejście. W takim podejściu równą wagę przywiązuje się zarówno do ograniczania podaży jak i do ograniczania popytu na narkotyki. Jest to podejście racjonalne, wynikające z doświadczenia i z wielu badań naukowych, które mówią o tym, że te dwa sektory wzajemnie na siebie wpływają. Jakakolwiek interwencja w środowisko osób np. używających twarde narkotyki i popełniających przestępstwa natychmiast wpływa na to, jak działa system prawny i system ścigania.

Nie bez powodu wspominam o narodowej strategii na lata 2002-2005. Określiła ona bardzo jasno zadania wszystkich instytucji – publicznych i niepublicznych, rządowych, samorządowych i organizacji pozarządowych w kwestii przeciwdziałania uzależnieniom. Ta strategia kieruje się przede wszystkim zasadą realizmu, który musi się opierać na dwóch przesłankach.

Po pierwsze – chodzi o ograniczone zasoby finansowe i ludzkie. Można tworzyć różnego typu idealne programy. Jeśli jednak nie ma narzędzi do zrealizowania zadania, to taki program z góry jest skazany na niepowodzenie. Po drugie – musimy przyjąć cele, które jesteśmy w stanie zrealizować. Jeśli przyjmujemy cel wyeliminowania narkomanii z życia społecznego, to od razu jesteśmy skazani na przegraną.

Zmiany prawne sprzyjają realizowaniu strategii przeciwdziałania narkomanii a zarazem także zagrożeniom HIV. W ustawie udało się

wprowadzić zapis mówiący o tym, że ograniczenie szkód zdrowotnych jest takim samym elementem przeciwdziałania narkomanii jak profilaktyka, terapia, badania, aktualizowanie danych, ograniczanie popytu itd.

Przyjęta strategia uwzględnia również kontekst innych substancji chemicznych. Nie można mówić o środkach nielegalnych bez odnośzenia ich do środków legalnych, jakim jest tytoń a przede wszystkim alkohol. Mówiąc o profilaktyce, o pewnym podejściu do ochrony zdrowia publicznego nie można skupiać się wyłącznie na części problemu.

Mówiąc o narkomanii nie możemy skupiać się jedynie na osobach uzależnionych. Szacuje się, że liczba tych osób waha się między 30 a 70 tysięcy. Możemy jedynie przypuszczać, ile jest osób używających narkotyki, które generują problemy zarówno dla własnego zdrowia jak i zdrowia publicznego. Te osoby nie są uzależnione i rozwiązaniem dla nich nie jest leczenie *sensu stricto*, tzn. pobyt w szpitalu lub w placówce. Trzeba szukać innych rozwiązań prawnych i organizacyjnych, aby pomóc tym osobom.

Ostatnio polityka państwa zajmowała się przygotowaniem akcesji do Unii Europejskiej. Do głównych zadań, do których zobowiązywał nas proces akcesyjny, należało przede wszystkim powołanie interministerialnej Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii. To ciało będzie wpływało na rozwiązania prawne i organizacyjne związane z przeciwdziałaniem narkomanii. Pragnę podkreślić, że taka rada jest standardem we wszystkich krajach Unii Europejskiej i została już powołana w Polsce przez premiera.

Drugą instytucją, wymaganą przez Unię Europejską, jest Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Ma ono zbierać dane zarówno z obszaru ograniczania popytu jak i ograniczania podaży oraz uczestniczyć w europejskim „krwiobiegu” wymiany i analizowania danych na temat narkomanii.

Wydaje mi się, że w przyszłości znaczący wpływ na jakość świadczeń związanych z terapią i leczeniem będzie miało uruchomienie

w ostatnich latach certyfikowanego przez ministra systemu szkoleń, dotyczącego terapii i rehabilitacji osób uzależnionych.

Z perspektywy Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wydaje mi się, że największym sojusznikiem w dziedzinie przeciwdziałania narkomanii w Polsce są organizacje pozarządowe oraz samorządy. Uważam, że część naszych sukcesów zawdzięczamy dobrej współpracy przede wszystkim z organizacjami pozarządowymi oraz polepszającej się współpracy z samorządami.

Jesteśmy przyzwyczajeni do tego, że Polacy są narodem konserwatywnym, rygorystycznym. Najlepiej lubią kogoś karać. Na przedstawionej planszy prezentowane są wyniki naszych badań na temat postulowanych sposobów postępowania z narkomanami, z osobami uzależnionymi. Badania te były przeprowadzone w zeszłym roku. Prawie 100% naszego społeczeństwa uważa, że narkomanów należy przede wszystkim leczyć. Słowo „izolować” oznacza tu dawanie narkomanom szansy pobytu w izolowanych miejscach leczenia. 21% badanych uważało, że narkomanów należy karać, 90% mówi, że należy się nimi opiekować, a tylko 5% opowiada się za pozostawieniem narkomanów samym sobie. W przeprowadzanych badaniach można było wybrać kilka odpowiedzi.

Myśląc o polityce państwa w tej dziedzinie warto wiedzieć, jakie jest nastawienie społeczeństwa, jakie jest przyzwolenie społeczne. Myślę, że jest przyzwolenie społeczne na podejście związane z ochroną zdrowia publicznego a nie z karaniem. Jest to również bardzo racjonalne, gdyż np. badania amerykańskie mówią o tym, że najdroższą strategią społeczną jest pozostawianie narkomanów samym sobie. Wtedy generują największe koszty.

Kolejna plansza przedstawia identyfikację osób uzależnionych. Przyzwyczajeni jesteśmy do poglądu, że narkomania dotyczy ludzi młodych. Oczywiście, grupa osób w wieku 16-24 lata jest dominująca, ale widzimy, że grupa osób w wieku 25-34 lata jest już również znacząca populacją ludzi. Są to młodzi dorośli, którzy zakończyli leczenie, ci, którzy próbują swoich karier zawodowych. Jest potrzeba rozpoczęcia profilaktyki i działań ochronnych w środowiskach ludzi dorosłych i w miejscach pracy.

Proszę spojrzeć na najbardziej istotne współczynniki epidemiologiczne. Rok 1990 został uznany za 100%. Wydaje mi się, że w tych danych znajduje potwierdzenie to, o czym mówiła pani doktor Karina Chmielewska. Mamy coraz większą grupę tzw. pacjentów pierwszorazowych, którzy szukają leczenia. Przede wszystkim dla tych osób brak jest miejsc w różnego rodzaju placówkach. Myślę przede wszystkim o placówkach ambulatoryjnych. Wielkim problemem jest również brak dostępności do leczenia substytucyjnego.

Od połowy lat dziewięćdziesiątych dynamika wzrostu tzw. pacjentów pierwszorazowych jest znacznie wyższa od wzrostu liczby pacjentów, zgłaszających się po raz drugi i kolejny. Oznacza to, że coraz większe grupy ludzi zaczynają odczuwać różnego rodzaju potrzeby, dyskomfort lub trudności, które zmuszają ich do zwrócenia się do placówki pomocowej. Z myślą o tych ludziach trzeba organizować pomoc w postaci leczenia, dla innych w postaci innych form, chroniących przed skutkami narkomanii i jednocześnie dającymi szansę społeczeństwu na wpływanie na ich zachowania.

Dwa najbardziej groźne współczynniki to zakażenia wśród narkomanów i zgody z przedawkowania. Od wielu lat są one w Polsce bardzo niskie i dosyć stabilne. W sposób pośredni na pewno świadczą o pewnej skuteczności programów ograniczania szkód.

Kolejna plansza prezentuje dynamikę zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki. Można porównać dane dotyczące zakażonych narkomanów i zakażonych nienarkomanów. Wśród osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną i uczestniczących w programie wymiany igieł i strzykawek jedynie 2% uległo zakażeniu HIV. W grupie kontrolnej nie uczestniczącej w programie wymiany igieł i strzykawek zaraziło się 33% osób.

Następna plansza przedstawia sytuację w Polsce na tle Unii Europejskiej. Konopie są narkotykami najczęściej używanym w grupie wiekowej 16-34 lata. Polska nie należy tutaj do czołówki europejskiej, choć jest to u nas najbardziej dynamicznie rozwijające się uzależnienie. Proszę spojrzeć na dane związane ze znacznie groźniejszym narkotykiem syntetycznym, jakim jest amfetamina. Widzimy, że Polska jest tutaj jednym z dominujących krajów. To również jest asumpt do

polityki państwa. Nie należy lekceważyć faktu, że jest to prawdopodobnie związane z podażą i z niską ceną. Polska jest jednym z największych producentów amfetaminy na rynek skandynawski i niemiecki. Nadwyżki są prawdopodobnie bardzo tanio sprzedawane na rynku polskim.

Kolejna plansza pokazuje rozpowszechnienie narkomanii przed naszym wejściem do Unii Europejskiej. W Polsce jest około 180 osób uzależnionych na 100 tysięcy mieszkańców. Taki współczynnik jest jednym z najniższych w Europie. Powinniśmy zrobić wszystko, aby w najbliższych latach utrzymać taki współczynnik. Byłoby to naprawdę sporym sukcesem. Warunki, w jakich działamy, nie są specjalnie dobre. Udało nam się przetrwać kasy chorych, ale nie wiadomo, czy uda nam się przetrwać Narodowy Fundusz Zdrowia.

Narkomania nie zna pustki i cały czas tworzy nowe problemy społeczne i nowe problemy dla polityki państwa. Pragnę zasygnalizować jeden, wychwycony ostatnio problem. Co osiemdziesiąta osoba kierująca samochodem lub innym pojazdem przynajmniej raz w roku zasiada za kierownicą po użyciu substancji psychoaktywnej innej niż alkohol. To również jest duże wyzwanie zarówno dla zdrowia jak i dla bezpieczeństwa publicznego.

Katarzyna Piekarska: Bardzo proszę o zabranie głosu pana prof. Krzysztofa Krajewskiego, który wygłosi referat pt. „Prawa człowieka osób żyjących z HIV i używających narkotyki – potrzeba zmian prawnych”.

Prof. Krzysztof Krajewski Uniwersytet Jagielloński: Jestem w pewnym kłopotcie, gdyż właściwie zostało już powiedziane to, o czym ja chciałem mówić. Postaram się odnieść do kilku podniesionych kwestii i poruszyć parę innych.

Szczególnie ważne było dla mnie stwierdzenie, sformułowane przez pana Colina Glennie. Od tego, jak będziemy traktować użytkowników narkotyków zależy to, jak będzie się rozprzestrzeniał wirus HIV. Jest to dla mnie niezwykle ważne stwierdzenie. Dlatego mój

dość gwałtowny wewnętrzny sprzeciw wzbudziło stwierdzenie pana dra Jerzego Świątkiewicza, który powiedział, że nie chciałby łączyć problemu nosicieli wirusa HIV z problemem używania narkotyków, gdyż mogłoby to prowadzić do stygmatyzacji nosicieli wirusa HIV, tzn. czymś niewłaściwym byłoby połączenie nosicielstwa ze strasznym zjawiskiem narkomanii.

Takie stwierdzenie nieco mnie zszokowało, zwłaszcza że z wypowiedzi pani dyr. Anny Marzec-Bogusławskiej wynika, iż związek między dożywlnym używaniem narkotyków a nosicielstwem jest niezwykle jednoznaczny. Wydaje się, że w Polsce w ostatnich latach ta zależność nieco się zmniejsza.

Anna Marzec-Bogusławska: Przepraszam panie profesorze, ale chodzi nie tylko o narkotyki przyjmowane dożylnie. Wśród osób, które zakażają się drogą kontaktów heteroseksualnych, są osoby, które stosują inne narkotyki niż dożylnie – często z jednoczesnym zażywaniem alkoholu. Prowadzi to do zupełnie niekontrolowanych zachowań seksualnych, niosących ze sobą ogromne ryzyko zakażenia. Chodzi więc także o inne narkotyki.

Krzysztof Krajewski: Przed konferencją przedłożono nam dokument, deklarację warszawską, dotyczącą ram efektywnych działań wobec AIDS. Pragnę zwrócić uwagę na niezwykle istotny pkt 9, w którym zawarte jest wyraźne stwierdzenie, że ustawodawstwo dotyczące narkotyków powinno być konstruowane w taki sposób, aby nie utrudniać prewencji rozprzestrzeniania się wirusa HIV.

Nie ulega wątpliwości, że ten dokument jest sponsorowany przez agendę ONZ a równocześnie nie ulega dla mnie wątpliwości, że szereg konwencji ONZ dotyczących narkotyków zawiera właśnie takie postanowienia, które w wielu wypadkach utrudniają efektywną walkę z rozprzestrzenianiem się wirusa HIV.

Jest to związane z pewną zasadniczą kwestią, tzn. rolą i miejscem represji w zapobieganiu, przeciwdziałaniu czy oddziaływaniu na problem narkotyków i narkomanii. Podaż narkotyków jest zjawiskiem,

które w uzasadniony sposób powinno być traktowane jako przedmiot polityki kryminalnej, jako problem kryminalno-polityczny. Czymś zupełnie innym jest kwestia popytu na narkotyki. Przede wszystkim wymaga ona podejścia metodami i środkami polityki społecznej i zdrowotnej.

W bardzo wielu programach próbuje się doprowadzić do równowagi tych dwóch podejść. Niestety, bardzo często problem sprowadza się do tego, że rzeczywistość jest zupełnie inna. W wielu krajach w praktyce okazuje się, że represja zaczyna dominować, przeważać i utrudniać racjonalne podejście do narkotyków oraz do problemu HIV/AIDS.

Przyczyny są jasne i oczywiste, jeśli do użytkowników narkotyków podchodzimy przede wszystkim za pomocą środków o charakterze represyjnym. W gruncie rzeczy wywołujemy dwa rodzaje negatywnych konsekwencji ubocznych. Pierwsza to schodzenie narkomanów do głębokiego podziemia, w którym zaczynają się szerzyć sposoby używania narkotyków pogłębiające negatywne konsekwencje ich używania. Narkotyki same z siebie są substancjami szkodliwymi i niebezpiecznymi. Jeśli są używane w niebezpieczny sposób, to potęgowane są wszystkie negatywne konsekwencje.

Klasycznym przykładem są mechanizmy transmisji wirusa HIV w populacji użytkowników narkotyków. Jeśli spychamy użytkowników narkotyków do głębokiego podziemia, to utrudniamy dostęp służb socjalnych i medycznych do podkultury i powodujemy, że zaczynają gwałtownie maleć szanse na sensowne, efektywne udzielenie pomocy tym osobom.

Oryginalna wersja ustawy z 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii tworzyła całkiem sensowne i niezłe ramy prawne do prowadzenia zdrowo-roz sądkowej polityki wobec zjawiska narkomanii, a tym samym również wobec HIV/AIDS. Niestety, zmiany dokonane w 2000 roku należy ocenić w sposób jednoznacznie negatywny. Spowodowały one szereg bardzo złych konsekwencji. Wydaje mi się, że nadszedł czas, by rozpocząć poważną dyskusję na temat zainicjowania pewnych zmian w tej ustawie. Niekoniecznie muszą to być głębokie i rewolucyjne zmiany.

Pierwszą sprawą jest oczywiście kwestia niebezpiecznego art. 48 ust. 4, który przewidywał depenalizację drobnego posiadania narkotyków. Praktyka ostatnich 3 lat jednoznacznie pokazała, że zupełnie inne są konsekwencje nowelizacji, która miała ułatwić walkę z podażą, z dealerami narkotyków. Konsekwencje tej nowelizacji ponoszą osoby, które w ogóle nie powinny znajdować się w „polu rażenia” organów ścigania. Każdy z państwa zdaje sobie sprawę z tego, że w ciągu ostatnich 3 lat liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych w Polsce wzrosła w sposób drastyczny. To eksplozja rozmiarów przestępczości narkotykowej.

Bardziej wnikliwa lektura statystyk policyjnych wykazałaby, że 90% tego wzrostu stanowią przestępstwa z art. 48, polegające na posiadaniu środków odurzających lub substancji psychotropowych. Nie mamy dokładnych badań ani danych na ten temat, ponieważ bardzo często zainteresowanie tego typu kwestiami jest minimalne.

Z dużą dozą prawdopodobieństwa możemy zakładać, że olbrzymia większość przestępstw, polegających na posiadaniu narkotyków to nie są przypadki ujawnionych przestępstw dealerskich, a przynajmniej poważnych przestępstw tego rodzaju. Są to przestępstwa czysto konsumpcyjne, stosunkowo łatwe do wykrycia albo takie przestępstwa dealerskie, o których w swoim wystąpieniu wspominała Kasia Malinowska-Sempruch.

Chodzi o przypadki, w których osoby uzależnione popełniają przestępstwa, które mają jakiś związek z podażą narkotyków. Na pewno nie są to przestępstwa baronów narkotykowych, którzy decydują o rozmiarach podaży środków odurzających na rynku. Represjonowanie osób, o których mówię, prowadzi wyłącznie do wielu negatywnych dla nich konsekwencji.

Należy w poważny sposób zastanowić się przynajmniej nad możliwością powrotu do regulacji sprzed grudnia 2000 roku. Być może należy zastanowić się nad wprowadzeniem dokładniejszych regulacji, które uwzględniłyby problem narkomanów, dopuszczających do czynów karalnych związanych z podażą narkotyków. W wielu krajach Europy Zachodniej próbuje się wprowadzać pewne rozwiązania prawne, które w stosunku do takich osób mogłyby złagodzić ostrze represji

karnych. To na pewno nie te osoby są głównym źródłem podaży narkotyków na czarnym rynku.

Z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii związane są jeszcze inne problemy. Choć nie wymaga to głębokiej nowelizacji, to jednak należałoby dopracować pewne kwestie. Pierwsza sprawa to skala wykorzystywania w Polsce możliwości stosowania alternatywnych środków leczniczych w stosunku do osób uzależnionych. Nawet przy obecnej regulacji i braku odpowiednika art. 48 ust. 4 uważam, że można by uniknąć szeregu negatywnych konsekwencji, gdyby organy ścigania (przede wszystkim prokuratura) pamiętały o kilku istniejących w ustawie przepisach.

Swojego czasu robiłem wśród prokuratorów nieformalną sondę, która oczywiście nie posiada żadnej reprezentatywności, ale stwierdziła, że większość prokuratorów w Polsce w ogóle nie wie o istnieniu art. 57 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który daje możliwość zawieszenia postępowania już na etapie postępowania przygotowawczego pod warunkiem poddania się przez osobę uzależnioną leczeniu. O ten przepis toczyła się w parlamencie (przed 1977 rokiem) dość ostra walka, a dzisiaj właściwie w ogóle nie funkcjonuje on w praktyce. Większość prokuratorów w ogóle nie wie o jego istnieniu.

To samo w znacznym stopniu odnosi się do zakresu, w jakim sądy odwołują się do możliwości stwarzanych przez art. 56 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, tzn. stosowania zawieszanej kary pozbawienia wolności – pod warunkiem poddania się leczeniu przez osobę uzależnioną.

Takie możliwości już dzisiaj istnieją w ustawie. W trakcie przygotowywania ustawy z 1997 roku wiele osób w Ministerstwie Zdrowia i Ministerstwie Sprawiedliwości, m.in. pod wpływem pewnej koncepcji, którą starała się rozpropagować w Polsce grupa Pompidou, było niezwykle zwolennikami rozbudowywania alternatywnych środków. Niestety, bardzo często kończyło się na popieraniu takich działań.

Warto zastanowić się nad kwestią sposobu uregulowania w ustawie leczenia substytucyjnego. Trzeba odpowiedzieć na pytanie, czy

w tej chwili wystarczające są zapisy art. 15 ustawy oraz rozporządzenie z 1999 roku, regulujące szczegółowe kwestie substytucji. Zapisy te tworzono 4 – 5 lat temu i były wystarczające na początku wprowadzania substytucji w Polsce. Dzisiaj mogą budzić pewne zastrzeżenia – zwłaszcza z jednego powodu. Można zadać pytanie: czy te dokumenty nie są zbyt rygorystyczne i sztywno podchodzące do pewnych kwestii?

W swej wypowiedzi nie chcę niczego przesądzać, wysuwam jedynie dyskusyjne problemy, gdyż od osób zajmujących się substytucją docierają do mnie różne sygnały. Czy jest np. uzasadnione utrzymywanie zasady, iż tylko publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą prowadzić leczenie substytucyjne? Czy dzisiaj nie powinny być do tego dopuszczone inne podmioty? Rozumiem, że kilka lat temu ustawodawca był ostrożny w tej kwestii, ale dzisiaj mamy już pewne doświadczenia i być może należałoby zrezygnować z tego rygoru.

Rozporządzenie w sposób niezwykle rygorystyczny, drobiazgowy i szczegółowy reguluje przebieg leczenia substytucyjnego. W wielu wypadkach są to sprawy, które powinny być rozstrzygane na poziomie decyzji lekarskich a nie na poziomie rozporządzenia ministra zdrowia. Problematyczne jest wskazywanie lekarzowi wykonania ilości pozytywnych prób, warunków, jakie musi spełnić dana osoba itd.

Pewne kontrowersje budziła kwestia dostępności leczenia substytucyjnego w zakładach karnych – bez względu na to, czy jest to zakład karny sensu stricte czy też areszt śledczy. W Polsce toczyła się na ten temat bardzo poważna dyskusja i do dzisiaj sprawa ta jest przedmiotem poważnych kontrowersji. W tej chwili w polskim ustawodawstwie nie widzę niczego, co stałoby na przeszkodzie szerokiemu wprowadzeniu terapii substytucyjnej do zakładów karnych. Wiem, że jednak były problemy w tym zakresie i w związku z tym być może należałoby jasno, *expressis verbis*, uregulować tę kwestię w ustawie lub rozporządzeniu. Chodzi o to, by w przyszłości uniknąć wątpliwości interpretacyjnych.

Niezwykle ważną sprawą jest kwestia statusu prawnego programów wymiany igieł i strzykawek. Nowelizacja z 2000 roku zmieniła przepis art. 45 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w taki nieszcze-

śliwy sposób, że powstały wątpliwości co do legalności wymiany igieł i strzykawek w Polsce. Nigdy nie byłem w stanie dowiedzieć się, czy był taki zamysł parlamentarzystów czy po prostu przypadek. Chociaż nie zamknięto żadnego programu wymiany igieł i strzykawek, to jednak miały one olbrzymie problemy, a policja częstokroć zachowywała się w sposób skandaliczny i urągający elementarnym zasadom zdrowego rozsądku.

Bardzo pożyteczna nowelizacja ustawy z 2001 roku została zainicjowana m.in. przez Biuro ds. Narkomanii. Wprowadzony pkt 6 w art. 1 stwierdza, że jednym z celów polityki państwa wobec narkotyków jest redukcja szkód. W pewnym sensie dokonało to relegalizacji programów wymiany igieł i strzykawek.

Proszę jednak nie zapominać, że treść art. 45 nie została zmieniona. Wcześniej mówiła o tym, że ułatwianie używania narkotyków było karalne wyłącznie pod warunkiem działania w celu odniesienia korzyści majątkowych lub osobistych. W tej chwili każda forma ułatwiania używania narkotyków jest karalna, co może doprowadzić do tego, że na szczeblu lokalnym będą miały miejsce różne dziwne rzeczy. Zapis art. 1 pkt 6 może nie wystarczać do tego, aby doprowadzić do przyjaznej redukcji szkód, zgodnej z interpretacją art. 45 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Uważam, że jest to szczególnie pilna kwestia i powinno się podjąć inicjatywę jednoznacznego uregulowania statusu nie tylko programu wymiany igieł i strzykawek, ale w ogóle statusu programów redukcji szkód. Powinno to również dotyczyć metody, która w wielu krajach jest stosowana coraz powszechniej, tzn. pomieszczeń higienicznych. Bez względu na to, czy dzisiaj istnieje na to przyzwolenie i chęć wprowadzenia tego typu instytucji, to jednak należałoby ustawowo uregulować ich dopuszczalność.

Bardzo dobrym przykładem może być sposób rozwiązania tej kwestii w Niemczech. Ustawa federalna dopuszcza prowadzenie takich instytucji. To, czy będą istnieć, jest już kwestią decyzji władz lokalnych. Wydaje mi się, że w Polsce powinno się dopuścić tego rodzaju metodę. Jeżeli jakaś instytucja bądź organizacja będzie chciała

realizować tego typu programy, to po prostu będzie istniała taka możliwość prawna.

W Polsce na szczeblu lokalnym bardzo często z głębokim niezrozumieniem i ze sprzeciwem spotykają się pewne inicjatywy, które w naszym gronie traktowane są jako oczywistość. Takie reakcje spowodowane są niewiedzą lub efektami demonizowania narkotyków i związanych z tym problemów. Jeśli te kwestie będą w ustawie uregulowane jasno i *explicite*, to przynajmniej z tego punktu widzenia sytuacja będzie klarowna, co ułatwi ludziom ewentualne podejmowanie takich inicjatyw na szczeblu lokalnym.

Zastanawiam się nad tym, czy w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii nie należałoby rozbudować w jasny i precyzyjny sposób przepisy, regulujące strategię redukcji szkód. Przede wszystkim chodzi o stworzenie podstaw prawnych dla możliwości prowadzenia tego typu programów. Nie jestem zwolennikiem szczegółowego regulowania tych kwestii w ustawie, ale wydaje mi się, że nadszedł czas, by móc wprowadzić do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jasne i precyzyjne podstawy prawne programu redukcji szkód, tzn. zakotwiczyć te programy w polskim ustawodawstwie.

Nie potrafię powiedzieć, czy w tej chwili naprawdę istnieje atmosfera polityczna sprzyjająca tego typu działaniom. Gdy uchwalano ustawę z 1997 roku, to Sejm był bardzo podzielony w kwestii pewnych rozwiązań. Jednak większość poparła sensowne rozwiązania, ale był bardzo duży podział. Nie możemy zapominać o tym, że w 2000 roku owa nieszczęsna nowelizacja była przyjęta niemal jednogłośnie. Było niewiele głosów przeciwnych – zarówno ze strony ówczesnej opozycji jak i koalicji. Niestety, świadczy to o pewnym bardzo niesprzyjającym stanie świadomości w sprawach związanych z problemem narkomanii – nie tylko świadomości społecznej, ale przede wszystkim poselskiej. Nie jestem pewien, czy jest sprzyjający moment do tego, aby móc uzyskać odpowiednie rezultaty. Mam wrażenie, że jednak należy spróbować podjąć jakieś działania.

Profesor Wiktor Osiatyński: W latach 1999-2002 liczba przestępstw posiadania narkotyków wzrosła o 631%, podczas gdy w tym samym czasie liczba przestępstw polegających na wprowadzeniu do obrotu środków odurzających, czyli handlu narkotykami, wzrosła o 13%. Jest to właśnie pokłosie przyjętej ustawy.

Katarzyna Piekarska: Widzę dalsze zgłoszenia do dyskusji. Proponuję jej kontynuowanie po przerwie na lunch, na który państwa serdecznie zapraszam.

/po przerwie:/

Katarzyna Piekarska: Przystępujemy do kontynuowania dyskusji. Przypominam państwu, że w planie konferencji mamy jeszcze dłuższą, podsumowującą debatę.

Przedstawiciel Krajowej Rady ds. Narkomanii Andrzej Niwielski: Pełnię funkcję zastępcy dyrektora Departamentu Legislacyjno-Prawnego i zgodnie z zaleceniem pani posłanki Katarzyny Piekarskiej notowałem niektóre uwagi dotyczące ustawy i procesu legislacyjnego. Z przykrością muszę powiedzieć, że mogę je wykorzystać wyłącznie w celu poznawczym i być może dla przyszłej, formalnej, legislacyjnej dyskusji, o ile dojdzie do nowelizacji ustawy.

To nie minister sprawiedliwości jest gospodarzem tej ustawy i nie on jest autorem projektu ustawy ani poprzednich ustaw. Ustawa o zapobieganiu narkomanii i późniejsza ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii były oparte o model profilaktyczno-leczniczy a nie represyjny. Gospodarzem legislacyjnym tej ustawy jest minister zdrowia. To właśnie on będzie ewentualnie zgłaszał jakiekolwiek nowelizacje i poprawki do tej ustawy. Nie możemy się odnosić do ustawy – zwłaszcza do jej części represyjnej, która także ma istotny wpływ na zapobieganie narkomanii.

Uczestniczę w różnych spotkaniach (krajowych i międzynarodowych) związanych z problemem narkotyków, narkomanią. W zależno-

ści od tego, kto jest organizatorem, dominuje określony typ poglądów. Dzisiaj spotkałem się z bardzo ciekawymi uwagami. Na wszystkich konferencjach, w których uczestniczyłem do tej pory, wszyscy twierdzili, że mamy wspaniałą, jedną z najnowocześniejszych w Europie, ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii. Dzisiaj natomiast dominuje krytyka tej ustawy, zwłaszcza jej części represyjnej.

Pamiętam, jak organizacje międzynarodowe chwaliły nas za rozwiązania prawa karnego w tej ustawie, za to, że w 1997 roku wprowadziliśmy penalizację posiadania narkotyków. Odnotowano to z wielkim zadowoleniem. Stwierdzono, że Polska wpisała się w ogólnoświatową walkę z narkomanią. W 2000 roku wprowadzaliśmy do ustawy zapis mówiący o kryminalizacji posiadania narkotyków we wszelkiej formie i ilości.

Poprzedni zapis mówił o dekryminalizacji posiadania narkotyków na własny użytek. Wprowadzona przez nas zmiana była odnotowana jako pewien sukces polskiej legalizacji.

Dzisiaj dowiaduję się, że obecnie nie jest to sukcesem. Ja również uważam, że jest to problem poważny, wymagający dyskusji i być może krytyki. Jeżeli co 2-3 lata będziemy zmieniać kolejną ustawę, to nigdy nie dopracujemy się stabilnego prawa, którego obywatele będą chcieli przestrzegać.

W wyniku trzyletnich doświadczeń stosowania ustawy z 1997 roku stwierdzono, że właśnie dekryminalizacja posiadania narkotyków na własny użytek spowodowała rozprzestrzenienie się tzw. dealerki narkotykowej. Wszyscy dealerzy zawsze twierdzili, że posiadają narkotyki na własny użytek. Działający w środowisku młodzieżowym dealer nigdy nie ma więcej niż 2-3 działki i zawsze twierdzi, że są to narkotyki na własny użytek. Oczywiście, najważniejsi są dla nas bossowie narkobiznesu, a nie drobne płotki, czyli dealerzy. Jeśli jednak nie złapiemy dealera, to być może nie dojdziemy do bossa. Taki model ścigania preferowany jest nie tylko w Polsce – z większymi lub mniejszymi sukcesami.

Uważam, że skuteczność działania naszej policji jest bardzo dobra. Trzeba przecież wziąć pod uwagę również środki finansowe

i kadrowe, jakimi dysponuje nasza policja. W Wielkiej Brytanii w jedną z akcji antynarkotykowych była zaangażowana grupa 200 policjantów, a dodatkowo 2 satelity obserwowały przepływ, przeladunki narkotyków z Nigerii do Wielkiej Brytanii. W wyniku tej akcji zostali złapani tylko dealerzy a nie bossowie. Uważam, że sukcesy naszej policji są większe niż niektórych krajów zachodnich.

Wydaje mi się, że totalna krytyka ścigania narkotyków jest zbyt przesadzona. Trzeba zobaczyć te działania od wewnątrz i posłuchać doświadczeń policjantów, którzy twierdzą, że ten model ustawy umożliwi im ściganie tego typu przestępstw. Nie twierdzę, że ten model jest idealny. Jestem zwolennikiem tego, by sąd odstępował od karania. Umożliwiają to inne przepisy kodeksu postępowania karnego oraz np. ustawa o świadku koronnym, jeśli dealer jest członkiem grupy przestępczej i będzie chciał współpracować z organami ścigania.

Ściganie dealerów jest bardzo ważnym elementem ścigania w ogóle. Nie tak dawno byłem w szkole mojej córki na spotkaniu rodziców z psychologiem, który jest wieloletnim działaczem Monaru, organizacji katolickiej Agape i od wielu lat prowadzi z młodzieżą akcje terapeutyczne.

Ów psycholog stwierdził, że on również był zwolennikiem tego, aby może nawet na wzór holenderski wprowadzić legalizację tzw. narkotyków miękkich. W wyniku ponad 12-letniej pracy z młodzieżą w tej chwili twierdzi, że należy karać od samego początku i za wszystko. Potwierdza to, że każdy model może przynieść negatywne wyniki. Od przedstawicieli policji holenderskiej mogliśmy się dowiedzieć, że pomału myśli się tam o odejściu od legalizacji tzw. narkotyków miękkich, czyli przechodzi się na bardziej represyjny model.

Nigdy nie znajdziemy złotego środka. Narkomania jest i będzie, a możemy ją jedynie minimalizować. Inne patologiczne zjawiska w życiu społecznym również nie zostaną ostatecznie wyeliminowane. Trzeba jednak podejmować skuteczne działania, aby je minimalizować lub ograniczać do najmniej groźnej społecznie skali. Resort sprawiedliwości jest otwarty na dyskusję na temat modelu postępowania. W tej chwili oczywiście nie jest prowadzone coś takiego jak polityka karna. Była to domena właściwa dla okresu sprzed zmiany ustroju.

Obecnie jest tylko polityka karania przez sądy. Oczywiście, nie możemy jej kształtować, gdyż sądy są niezależne.

Odnotowałem to, co powiedział pan profesor Krzysztof Krajewski o niezajomości przepisu przez prokuratorów. Być może pan profesor miał do czynienia tylko z takimi prokuratorami. Wcześniej pracowałem w Biurze ds. Przestępczości Zorganizowanej i byłem odpowiedzialny m.in. za monitorowanie wielu spraw antynarkotykowych prowadzonych przez policję.

Muszę powiedzieć, że w wielu sprawach znalazłem wyraźne zastosowanie tego przepisu przez prokuratorów. Są więc prokuratorzy, którzy nie znają tej regulacji, ale są też tacy, którzy znają. Są lekarze nie znający nowoczesnych metod leczenia a są lekarze, którzy je znają. Zwrócimy uwagę na tę sprawę przy okazji działań szkoleniowych w resorcie. Uważam, że moglibyśmy nawet zrobić badania odnośnie tego, jak przepisy art. 57 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii są stosowane przez prokuratorów.

Katarzyna Piekarska: Widzę kilka zgłoszeń do dyskusji. Bardzo proszę o syntetyczne wypowiedzi, gdyż w programie konferencji mamy jeszcze dwa punkty, w których będzie jeszcze możliwość zabrania głosu w swobodnej dyskusji.

Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii Jerzy Fijałkiewicz: Miałem przyjemność brać udział w opracowywaniu obydwu ustaw. Nie bardzo zgadzam się z wypowiedzianymi wnioskami i propozycjami. Uważam, że bzdurą jest nieustanne zmienianie prawa, trzeba natomiast powtórnie przeszkolić sędziów i prokuratorów. Tak robiliśmy w latach 80-tych i 90-tych. Były przygotowane odpowiednie materiały a prokuratorów i sędziów informowało się o tym, że wyłącznie im i społeczeństwu szkodzą martwe artykuły ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Trzeba o tym pamiętać, gdyż zmiana ustawy nie przyniesie wiele dobrego, a depenalizacja posiadania narkotyków jeszcze bardziej rozprzestrzeni w kraju środki odurzające. Znajdująca się obecnie na ryn-

ku ilość narkotyków wręcz przekracza nasze wyobrażenia. Niestety, tak to wygląda.

Warto zastanowić się nad tym, w jaki sposób przypomnieć sędziom i prokuratorom o istnieniu tych dwóch artykułów i o tym, że można z nich korzystać. Muszę jednak powiedzieć, że sądy traktują ustawę lekceważąco. Gdy pacjent podjął leczenie w ośrodku, to po sześciomiesięcznym w nim pobycie przyjeżdża policja i go zabiera, ponieważ akurat zwolniło się miejsce w więzieniu. To jest kolejna bzdura, gdyż wszystko jest robione pod kątem tylko i wyłącznie papierków, a nie człowieka. Z takimi przypadkami spotykamy się dość często i sądzę, że organizacje mające takie ośrodki również zetknęły się z takimi doświadczeniami.

Przedstawicielka Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Anna Lubońska-Rutkiewicz: Pragnę się ustosunkować do tego, co powiedział pan profesor Krzysztof Krajewski. Pan profesor zdziwił się, że zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich zrezygnował z omawiania problemu osób uzależnionych od narkotyków i stwierdził, że nietrafne jest łączenie problematyki nosicieli wirusa HIV z problematyką narkomanii.

Do 7 listopada br. tematem konferencji w pierwszej kolejności była sprawa nosicieli wirusa HIV a w drugiej kolejności osób używających narkotyki. Dzisiaj jedynie ks. Arkadiusz Nowak odniósł się do problemu osób zakażonych HIV jako pacjentów i wiążących się z tym problemów. Cały dzień był poświęcony problemowi narkomanii, walce z narkomanią i zmianie przepisów dotyczących narkomanii.

W tej sytuacji problem osób zakażonych HIV i chorych na AIDS wypadł z tematu konferencji. Z prezentowanych dzisiaj danych statystycznych wynika, że odsetek zakażeń wirusem HIV przez osoby zażywające narkotyki wykazuje tendencję spadkową. Głównym źródłem zakażeń są kontakty heteroseksualne. Nie bardzo więc rozumiem zdziwienie pana profesora Krzysztofa Krajewskiego.

Przedstawicielka Ośrodka Terapii Uzależnień w Otwocku
Elżbieta Gabkowiak: Pracuję w Ośrodku Terapii Uzależnień w Otwocku i zajmuję się młodzieżą w wieku 15-18 lat.

Pragnę krótko wypowiedzieć się na temat profilaktyki. Przedstawione dzisiaj wykresy i plansze podawały dane odnoszące się do grup wiekowych od 16 roku życia. Pragnę powiedzieć, że 90% moich pacjentów zetknęło się z narkotykami w 13 roku życia. Zaczyna się od alkoholu, konopi a potem od amfetaminy. Dopiero później dochodzi cała kolekcja narkotyków.

Powinny funkcjonować bardzo ważne programy profilaktyczne. Jeden z nich powinien być adresowany do dzieci i być obecny w szkole, w środowisku dziecka.

Taki program powinien informować o tym, dlaczego dziecko sięga po narkotyki i jak tego unikać. Dziecko sięga po narkotyki z dwóch powodów: z ciekawości i na skutek stresu. W zasadzie te programy powinny być nakierowane na pracę nad tymi zagadnieniami.

Bardzo ważna jest również sprawa edukacji seksualnej. Stwierdzam, że to, co w tej chwili oferuje się dzieciom, nie zawsze odpowiada poziomowi naszej wiedzy. Rozumiem i wyznaję wartości chrześcijańskie. Jeśli jednak mamy uniknąć zagrożeń w postaci HIV i niepożądanych ciąży 13 latków, to musimy zacząć mówić o tym otwarcie. Nie każdy to potrafi robić, powinny się tym zająć odpowiednio przygotowane osoby. Niestety, jeszcze nie spotkałam takich osób.

Nie miałam do czynienia z przypadkiem zabierania pacjenta do więzienia po półrocznym pobycie w ośrodku. Pacjenci, którzy weszli w kolizję z prawem i znajdują się w moim ośrodku, w większości przypadków byli badani przez biegłych psychiatrów albo są badani w trakcie pobytu. Nie zdarzyło się przerwanie leczenia. Być może nasi pacjenci nie popełnili aż tak ciężkiego przestępstwa. O ile wiem, po wyjściu z ośrodka pacjenci nie są aresztowani, ponieważ przez kolejne pół roku uczestniczą w programie ambulatoryjnym. Jeśli w nim uczestniczą, to za zaszłe wykroczenia czy przestępstwa mają złagodzony wymiar kary.

Katarzyna Piekarska: Proszę panią Joanne Csete o przedstawienie tematu „Strategie przeciwdziałania HIV w różnych państwach – potrzeby zmian”.

Dyrektor Programu Praw Człowieka i HIV/AIDS Joanne Csete: Chciałabym powiedzieć tylko o jednej kwestii, gdyż państwo na co dzień macie do czynienia ze sprawami dotyczącymi praw człowieka.

To, co usłyszałam dzisiaj, wyraźnie świadczy o tym, że stygmat ludzi z HIV jest jeszcze większy niż stygmat narkomanów. Nie jest to kwestia nietolerancji, lecz po prostu strachu, co jest związane z brakiem odpowiedniej edukacji.

Wydaje mi się, że najważniejszą sprawą jest informacja na temat obszaru nadużyć praw człowieka w kontekście HIV/AIDS.

Najbardziej szokującym dla mnie dokumentem był raport UNDP z Polski, dotyczący postaw wobec ludzi z HIV/AIDS w miejscu pracy. Polecam lekturę tego dokumentu. Wydaje mi się, że jest dostępny w internecie na stronie UNDP.

Bardzo duża grupa społeczeństwa (około 20%) sądzi, że wirusem HIV może się zarazić w toalecie i przez wspólne jedzenie. Jest to problem fundamentalny. Wydaje mi się, że możemy wiele nauczyć się z doświadczeń krajów, które mają do czynienia z epidemią HIV/AIDS od dłuższego czasu niż Polska.

Korzystając z doświadczeń całego świata wiemy, jak można zajmować się nietolerancją. Ze zmianą takiej mentalności można poradzić sobie dwoma sposobami. Jednym z nich jest dobrze finansowana kampania na rzecz uświadamiania młodych i dorosłych osób, ludzi ze wsi. Chodzi o szerszą, przystępną informację, przekazywaną językiem tych ludzi. Drugi, najczęstszy sposób, wiąże się z tym, że z problemem HIV/AIDS ma do czynienia każdy obszar, każda wioska i rodzina. Właściwie każdy z nas ma do czynienia z osobą zakażoną HIV lub zna kogoś, kto umarł na AIDS. Te fakty często zmieniają mentalność ludzi. Oczywiście, można ją także zmienić pokazując zarażonych.

Wiele krajów zainwestowało w intensywne kampanie uświadamiające na temat HIV/AIDS. Później, niestety, takie programy zniknęły, a powinny intensywnie się rozwijać i trafiać do szkół.

Dzisiaj mówiliśmy o prawie do anonimowego wykonywania testów itd. Wydaje mi się, że podstawową sprawą jest prawo do informacji, gdyż właśnie to leży u podstaw nadużyć praw człowieka.

Katarzyna Piekarska: W programie konferencji w tym miejscu mamy zapisany punkt „Osoba zakażona HIV (nazwisko poufne)”. Bardzo proszę tę osobę o zabranie głosu.

Osoba zakażona HIV (nazwisko poufne): Nie mam zamiaru ukrywać swojego nazwiska. Nazywam się Wojciech Jerzy Tomczyński, jestem z Warszawy i na co dzień jakoś sobie radzę z życiem z wirusem HIV. Na szczęście udało mi się już przekroczyć tę barierę, do czego namawiamy inne osoby żyjące z HIV. Bardzo dużo zdrowia, nerwów, depresji, stresów kosztowało mnie osiągnięcie świadomości, że jednak można żyć z wirusem HIV. Udało mi się to dzięki ludziom, zajmującym się pomocą osobom seropozytywnym. Z wirusem HIV żyję już 17 lat, czego specjalnie po mnie nie widać, a to właśnie dzięki przejmowanym od 1995 roku lekom dzięki polityce kraju i dzięki moim wspaniałym lekarzom. Mam nadzieję, że takich osób jak ja będzie znaczenie więcej.

W tym roku budżet Ministerstwa Zdrowia zatwierdził leki dla 2150 osób, ale nie wiadomo, jak będzie w przyszłym roku. Dla osób seropozytywnych i działaczy organizacji pozarządowych, zajmujących się pomocą tym osobom, dostęp do leków jest sprawą najważniejszą. Dzięki przyjmowanym lekom możemy pracować i włączać się w takie działania, jak np. dzisiejsza konferencja. To właśnie dzięki lekom człowiek może nadal pracować, być aktywnym i być członkiem społeczeństwa.

Uczestnicząc w zagranicznych konferencjach poświęconych problematyce HIV/AIDS zawsze podkreślam, że cieszę się, iż żyję w Polsce z wirusem HIV. Jestem dumny z tego powodu i świecę

przykładem dla osób, które np. mieszkają za naszą wschodnią granicą na Ukrainie, na Białorusi. Na Białorusi nie ma w ogóle żadnego dostępu do leków, nie ma ustawy i chyba nie ma żadnego komitetu narodowego do spraw HIV/AIDS. Po prostu został zlikwidowany na czyjeś polecenie.

W Polsce mamy różne instytucje, ale nie mamy ustawy o chorobach zakaźnych, w której również byłaby zapisana choroba HIV/AIDS i gwarantowano by prawo do jej leczenia. Przecież konstytucja gwarantuje prawo do leczenia, niezależnie od choroby: prostaty, bólu zęba lub nowotworu. Trudno by nam było płacić za leczenie, gdyż leki kosztują około tysiąca dolarów miesięcznie na osobę.

Większość osób zakażonych HIV nie ma lub nie miała żadnej pracy. Są wśród nich renciści lub ludzie, którzy nie są w stanie pracować i zarabiać. Dodam, że koszt pozostałych leków pokrywamy z własnej kieszeni. Mówię o sytuacjach, gdy np. leczymy się na grypę lub na inne choroby, które wymagają kuracji antybiotykowej. Ogromną zasługą władz, naszych działaczy i Krajowego Centrum ds. AIDS jest to, że leki antyretrowirusowe otrzymujemy bezpłatnie.

Jest jednak grupa osób, która nie dostaje leków antyretrowirusowych, mimo, że ci ludzie powinni je otrzymywać. Chodzi o czynnych narkomanów. Kiedyś ta grupa osób otrzymywała te leki. Kilka razy przebywałem na kuracji w szpitalu na Wolskiej i pamiętam, że leki antyretrowirusowe dostawali także narkomani, Chciałbym w tym miejscu wspomnieć postać śp. Jureczka, który wówczas fantastycznie wydobrzył. Dzięki dostępnym wtedy lekom (przed rokiem 1996) ten człowiek żył. Później, niestety narkotyki zrobiły swoje.

Uważam, że narkomania jest jedną z najcięższych, niewyleczalnych chorób. Można ją jedynie zaleczyć. Osoby uzależnione nie powinny być jednak pozbawione leczenia antyretrowirusowego. Niektórzy lekarze twierdzą, że nie warto ich leczyć, gdyż są to zmarnowane pieniądze. Często te osoby nie chcą przyjmować tych leków. Do organizacji pozarządowych należy zadanie przekonania tych ludzi o tym, że dzięki takim lekom mogą dalej żyć, a nawet mogą przestać brać narkotyki. W tym miejscu warto wspomnieć o kuracji metadonowej.

Mimo sprzeciwu wielu kręgów wprowadzono programy metadonowe – najpierw na południu Polski, a potem w Warszawie. Okazało się, że znaleźli się chętni, którzy dzięki temu do tej pory funkcjonują. Moi koledzy, którzy odbywają kurację metadonową, fantastycznie pracują, zajmują się działalnością artystyczną. Ten substytut narkotyku wcale im nie przeszkadza w prowadzeniu normalnego życia. Uważam, że województwa, które do tej pory nie wprowadziły programów metadonowych, powinny jak najszybciej wziąć przykład z Warszawy i południowej Polski. Uczestniczący w posiedzeniu pan dr Beniowski ma największe doświadczenia, jeżeli chodzi o prowadzenie pacjentów przy zastosowaniu kuracji metadonowej.

Osoby zakażone, które brały narkotyki, a przekonały się, że dzięki odpowiednim lekom można dalej żyć, podejmują próby leczenia. Osiem lat mieszkałem z narkomanami w Konstancinie przy ul. Granicznej 30 w domu dla osób seropozytywnych. Pierwszych narkomanów poznałem dopiero w wieku 43 lat, gdy z braku miejsca na innym oddziale znalazłem się na oddziale detoksykacyjnym u pani Kariny Chmielewskiej. Tam poznałem smak narkomanii w takim sensie, że zobaczyłem, jak wygląda narkoman, jak rozmawia itd. Na początku bardzo bałem się tych ludzi, teraz po prostu bardzo im współczuję i staram się im pomagać na co dzień, by oni również mogli czerpać korzyści z życia.

Ostatnio największą satysfakcję sprawiło mi to, gdy na naszym Salonie Akceptacji (prowadzonym raz w miesiącu dla osób, które dowiedziały się, że są seropozytywne) długoletnia narkomanka powiedziała mi, że po raz pierwszy wie, jak wyglądają zielone drzewa w parku. Stało się to dzięki temu, że rozpoczęła kurację metadonową, że zaczęła brać leki i funkcjonować. Wielu moich znajomych dzięki lekom i pozytywnym nastawieniu środowiska ukończyło różne szkoły, a nawet studia, a były to osoby, które wcześniej nie miały możliwości nauki. Wyciągnięto do nich rękę z pomocą i dzisiaj niektóre z tych osób mają nawet własne firmy.

Uważam, że narkomanię należy leczyć. Naprawdę jest to bardzo ciężka choroba. Na szczęście, udało mi się przed nią ochronić moją

trójkę dzieci, gdyż w dużej mierze zależy to od rodziców. Mnie to się udało, mimo że jestem po rozwodzie.

Pragnę zauważyć, że w społecznym rankingu niepopularności narkoman zajmuje chyba drugie miejsce od dołu, na samym końcu są geje, czyli osoby homoseksualne. Nie wspomnę już o „klasyfikacji” osób seropozytywnych. Mnie się na szczęście udaje. Nie zdarzyło mi się, by ktoś mnie nie tolerował. Jeśli ktoś mnie nie toleruje, to staram się postępować w taki sam sposób. Po prostu nie ma innego wyjścia.

Uważam, że ustawienie ludzi w ogromny sposób zmienia wiedza. Dzisiaj wspominam o nastawieniu służb porządkowych, policjantów. Ostatnio ogromną satysfakcję sprawiło mi zaproszenie na szkolenia do Komendy Stołecznej w Warszawie. Osoby, które na początku siedziały od nas bardzo daleko, później zaczęły normalnie rozmawiać i dodatkowo pytać. Na pewno owych czteru przeszkolonych policjantów będzie stosować w życiu pozyskaną na szkoleniu wiedzę. Nie dojdzie do szarpania narkomana i do ostracyzmów, o których dzisiaj mieliśmy okazję usłyszeć. Najważniejszą sprawą jest więc wiedza.

Myślę, że na sali są również osoby seropozytywne, które na pewno zechcą zabrać głos. My naprawdę nie mamy nic do ukrycia, a mamy o co walczyć. W imieniu społeczności osób seropozytywnych dziękuję za państwa zaangażowanie. Wiem, że w te sprawy angażują się ludzie, którzy zetknęli się z tym problemem w rodzinie lub wśród bliskich sobie osób. Właśnie wtedy chcą coś zrobić i pomóc. Jeśli kogoś nie dotyka ten problem, to nie zna i nie rozumie, tak jak ja przez 43 lata nie wiedziałem, czym jest narkomania.

Katarzyna Piekarska: Bardzo serdecznie dziękuję panu za tę interesującą wypowiedź i za przyjęcie naszego zaproszenia. Mówił pan o tym, kto i jakie miejsce zajmuje w owym rankingu niepopularności. Kilka lat temu przeprowadzono badanie, w którym zapytano, z kimś nie chciałbyś siedzieć w szkolnej ławce. Najniżej były klasyfikowane osoby zarażone wirusem HIV i osoby chore psychicznie. Jestem ciekawa, jak dzisiaj przedstawiałyby się te badania. Rzeczywiście, trzeba wziąć pod uwagę to, że dzieci prezentują poglądy rodziców.

Proszę panią komisarz Lidię Woć o przedstawienie referatu pt. „Prawo polskie – przestępstwa pod wpływem narkotyków, efektywność działań, dane liczbowe”.

Przedstawiciel Komendy Głównej Policji komisarz Lidia Woć:
Oдноśnie tolerancji pragnę powiedzieć, że znam Wojtka, na „dzień dobry” zawsze się całujemy i wcale się tego nie boję. Wiem również, że komary też nic mi nie mogą zrobić.

Wypowiedziano wiele słów pod adresem policji. Rzeczywiście jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia. Proszę jednak pamiętać, że państwo bardzo dużo wiecie na temat narkomanii, HIV/AIDS a policjantów po prostu trzeba nauczyć. Od wielu lat prowadzimy szkolenia policjant w zakresie narkomanii oraz HIV/AIDS. Bierze w nich udział wiele osób uczestniczących w dzisiejszej konferencji, gdyż sami nie byliśmy w stanie dostarczyć tak dobrej wiedzy. Od 2 lat odbywają się również szkolenia służb ruchu drogowego, ponieważ coraz więcej osób przyznaje się do prowadzenia samochodu pod wpływem narkotyków.

Pragnęłabym, aby polska policja bardzo dobrze traktowała osoby uzależnione i miała na to możliwości. Jeżeli policjanci nie są wyposażeni w jednorazowe rękawiczki, a w pogotowiu powypadkowym często muszą się zetknąć z krwią, to trudno wymagać, by wiedzieli, jak traktować narkomana zatrzymanego z powodu dokonania przestępstwa. Tylko w jednym przypadku policja interesuje się osobami zażywającymi narkotyki. Dotyczy to osób nieletnich, gdyż ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich w art. 4 wyraźnie określa, że zażywanie środków odurzających jest demoralizacją.

Ponieważ jesteśmy powołani również do tego, by takiej demoralizacji przeciwdziałać, to jesteśmy zainteresowani osobami nieletnimi. W odniesieniu do osób dorosłych policja ściga przestępstwa narkotykowe. Jeśli ktoś je popełnia, to znajduje się w obszarze zainteresowania policji.

Chciałabym przedstawić materiał, który bardzo wyraźnie skupia się na osobach nieletnich. Część z państwa otrzymała już wydawany

co roku raport Komendy Głównej Policji, natomiast ja chciałabym państwa poinformować o tym, co w nim się znajduje.

Materiał jest sporządzony na podstawie statystyk i informacji napływających z całej Polski, tzn. z komisariatów, z komend powiatowych, miejskich i wojewódzkich. Chciałabym przedstawić zawarte w nim wnioski, odnoszące się do roku ubiegłego.

Zjawisko narkomanii wiąże się z wieloma problemami społecznymi, takimi jak: ubóstwo, bezrobocie, prostytutka, bezdomność. Koszty społeczne narkomanii są ogromne. Istnieje też poważne ryzyko dla zdrowia publicznego.

O skali zagrożenia świadczą chociażby znaczne ilości zabezpieczonych co roku narkotyków oraz zlikwidowanie w 2002 roku aż 15 fabryk amfetaminy. W samym woj. lubelskim odnotowano 21 przypadków zatrucia w wyniku użycia środków odurzających, w tym 5 śmiertelnych. W 2002 roku stwierdzono 36.178 przestępstw narkotykowych, przy czym czyny dokonane przez nieletnich stanowiły 7358 przestępstw.

Analizując powyższe dane należy pamiętać o tym, że mamy tu pewną „ciemną” liczbę. Wynika to m.in. z faktu, iż specyfiką polskiej przestępczości narkotykowej jest brak klasycznych sprawców i ofiar. Bardzo rzadko dochodzi do zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa. W celu rozpoznania i zwalczania tego zjawiska policja prowadzi systemowe i ofensywne działania operacyjno-rozpoznawcze. Rozpoznanie zjawiska narkomanii jest niestety coraz trudniejsze, również z uwagi na nowocześniejsze formy przeprowadzania transakcji handlowych – przez telefon komórkowy, internet itp.

Poza tym na rynek wchodzi narkotyki najnowszej generacji i niełatwo jest rozpoznać osobę będącą pod ich wpływem. Często agencje ochrony robią przed szkołami tzw. „zasieki”, gdyż wyobrażamy sobie, że jest to bardzo dobra forma przeciwdziałania. Okazuje się, że w jednym długopisie można wnieść około 40 karteczek nasączonych kwasem LSD i ochroniarz nie jest w stanie tego wychwycić.

Do trudności w zwalczaniu zjawiska narkomanii zalicza się także hermetyczność środowiska, niechęć do składania zeznań obciążają-

cych osobę handlującą narkotykami, m.in. z obawy przed zemstą. Do kształtowania takiego wizerunku przyczyniają się media. Trudności te występują zarówno w przypadku handlu hurtowego jak i ulicznego.

W odniesieniu do osób nieletnich, będących w początkowej fazie uzależnienia, brak jest współpracy ze strony ich opiekunów prawnych.

Należy stwierdzić, że przestępczość narkotykowa najczęściej występuje w dużych aglomeracjach miejskich. Trzeba mieć jednak świadomość obecności narkotyków w każdej mniejszej miejscowości oraz na słabiej zaludnionych terenach wiejskich.

Najbardziej wstrząsającym dla nas faktem jest to, że po narkotyki sięga coraz większa liczba młodzieży i popełnia przestępstwa narkotykowe. Przyczyną szybko rosnącego popytu na narkotyki wśród młodych ludzi, szczególnie dotkniętych kryzysem transformacji, jest m.in. upadek dotychczasowych wartości, brak perspektyw po ukończeniu szkoły oraz postępujące bezrobocie.

Reklama farmaceutyków, oferująca leki na wszystkie problemy życiowe: ból, stres, starość, bezsenność, brak energii życiowej, urodę, wzmacnia tolerancję na sięganie po środki narkotykowe i psychotropowe a także zwiększa przyzwolenie i tolerancję społeczną na ich używanie.

Niepokojące jest również coraz agresywniejsze przedstawianie przez media stylu życia, w którym młodzież musi się wyszumieć. Podawane są przykłady popularnych osób z życia artystycznego i publicznego, które niegdyś brały narkotyki, a obecnie mają rodzinę i nie są uzależnione. Niejednokrotnie takie publikacje pozbawione są przesłania bądź komentarza negującego branie narkotyków i zniechęcającego do sięgania po środki odurzające.

W wielu środowiskach młodzieżowych panuje swoista moda, lansująca narkotyki jako sposób na spędzanie wolnego czasu, na dobrą zabawę i jako sposób na łatwiejszy kontakt z rówieśnikami. Młodzi ludzie zbyt późno uświadamiają sobie, że moda na „odlot” to śmiertelna pułapka, zastawiona przez bezwzględnych dealerów. W środowisku rówieśniczym współczesny narkoman nie ukrywa swoich skłonności, nawet je demonstruje. Zwykle jest to dobrze ubrany mło-

dy biznesmen, student, uczeń szkoły średniej lub gimnazjum, a nawet podstawówki.

Dostęp do środków odurzających jest stosunkowo łatwy. Nadal zaczyna się od inhalatorów – klejów, rozpuszczalników, farb, gazu z zapalniczek itp. Wszystkie jednostki policji potwierdzają, że wśród młodzieży najpopularniejszym narkotykiem są pochodne konopi indyjskich. Ponadto popularna jest amfetamina, tabletki extasy oraz coraz częściej grzyby halucynogenne i bieluń dziedzierzawa. Młodzież sięga także po LSD, anaboliki i sterydy. Starsza młodzież sięga po braun sugar.

Nową modą wśród nieletnich w wieku 13-15 lat jest zażywanie tabaki mieszanej z różnymi środkami odurzającymi. Jednostki terenowe policji sygnalizują coraz większe zainteresowanie bielunem dziedzierzawą, którego nasiona można zamówić poprzez stronę internetową.

Zaobserwowano wzrost popularności łatwo dostępnych grzybów halucynogennych. W miejsca, gdzie następuje wysyp, zjeżdżają się amatorzy z całego kraju.

Zarejestrowano również branie dożylniej rozpuszczalnej i podgrzanej amfetaminy. Dziewczeta mieszają marihuanę z tabletkami uspokajającymi a chłopcy łączą ją z alkoholem.

W ubiegłym roku w wielu województwach zanotowano również fakt palenia marihuany poprzez zastosowanie tzw. wanga, czyli urządzenia dzięki któremu jedną działkę pali kilka osób.

Zdarza się, że dealer sprzedaje substancje odurzające w cenie zakupu od hurtownika. Zysk powstaje z dodawania różnych domieszek do zakupionego towaru, przez co zwiększa się jego objętość i waga.

Zaczynający brać narkotyki nieletni zdobywa pieniądze na ich zakup przez popełnienie czynów karalnych. Środki pochodzące z kradzieży, włamań, rozbojów i wymuszeń przeznaczają na zakup narkotyków. Tworzy się więc błędne koło. Część przestępstw, zwłaszcza bójki pobicia, ma charakter dyscyplinowania osób, które biorą narkotyki na tzw. „krechę”. Zdarza się, że nieletni zalegają dealerom na kwotę 2-3 tys. zł.

Nieletni sprawcy, naruszający przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, stanowią aż 21% wszystkich nieletnich sprawców innych czynów karalnych, tzn. włamań, kradzieży, pobić.

Najczęstszym przestępstwem narkotykowym w 2002 roku nie było na szczęście tzw. posiadanie, o którym tak często się mówi, lecz udzielenie środków odurzających w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, czyli handel. Liczba takich przestępstw wyniosła 12.486. Posiadanie środków odurzających jest na drugim miejscu – 11.960 przestępstw, udzielanie, ułatwanie i nakłanianie do użycia środków odurzających – 7996 przestępstw.

Jeżeli w polskim prawie nie będzie zapisu o karalność posiadania środków odurzających, to policja nie będzie tego ściagać. Jesteśmy powołani do reprezentowania przepisów prawa, określonych przez państwo. Jeżeli państwo każe karać za posiadanie narkotyków, to my musimy ściagać takie przypadki.

Statystyki policyjne zanotowały 13.461 zatrzymań osób, w tym 1107 kobiet, podejrzanych o dokonanie przestępstw narkotykowych. Nawet dzieci do 13 roku życia popełniają tego rodzaj przestępstwa i nie jest to posiadanie narkotyków. Jest to nakłanianie do użycia, ułatwanie użycia i udzielanie do użycia. Zanotowano 13 takich osób. Pomiędzy 13 a 16 rokiem życia było ponad 2000 osób, w tym 232 dziewcząt. Między 17 a 20 rokiem życia – 4900 osób, w tym 236 kobiet. W przedziale wieku 21-24 lata było 3319 osób, w tym 171 kobiet. Między 25 a 29 rokiem życia było 1540 osób, w tym 117 kobiet, w przedziale wieku 30-49 lat było 1350 osób, w tym 205 kobiet. W przedziale wieku: 50 lat i więcej było 308 osób w tym 146 kobiet.

Sprawcy, będący pod wpływem środków odurzających, popełniają różne przestępstwa. Najczęściej przestępstwa narkotykowe zostały dokonane w takich miejscach jak: ulica, droga, szosa. Na drugim miejscu jest mieszkanie, na trzecim – szkoła, internat, co zaprzecza stereotypowi mówiącemu, że w szkole nie ma narkotyków. Mówią o tym badania i statystyki. Na kolejnych miejscach są: bar, bufet, restauracja, park, las, samochód, teren kolei, obiekt handlowy, przystanek komunikacji, metro, parking, postój taksówek.

Dealerzy narkotykowi działają wszędzie tam, gdzie gromadzi się młodzież. Zaobserwowano, że w przeciwieństwie do szkół podstawowych i gimnazjalnych zażywający narkotyki uczniowie szkół średnich pochodzą z rodzin dobrze sytuowanych, pełnych, niezagrażonych bezrobociem i ubóstwem. Narkobiznes staje się w Polsce wielkim, niezwykle dochodowym przedsięwzięciem o zasięgu międzynarodowym.

Poza działaniami związanymi ze ściganiem sprawców przestępstw narkotykowych policja co roku realizuje również wiele programów profilaktycznych. Jako partner uczestniczymy na terenie szkół w zajęciach, prowadzimy tam szkolenia głównie dla rad pedagogicznych i rodziców. To właśnie oni zdobytą wiedzę mają umiejętnie przekazać dzieciom i młodzieży.

Na spotkaniach z młodzieżą policjanci przekazują wiedzę z zakresu edukacji prawnej i wiktymologicznej. Zajęcia te dotyczą aktualnie obowiązujących przepisów prawa, odpowiedzialności karnej dzieci i młodzieży, zagrożeń, umiętnego reagowania na sytuacje niebezpieczne, np. na namowy dealerów narkotykowych. Nieznajomość prawa wśród młodzieży i dorosłego społeczeństwa jest tak duża, że na tym zagadnieniu skupiamy nasze działania edukacyjne.

Policjanci nawiązali stałą współpracę z placówkami oświatowymi, klubami młodzieżowymi w celu wspólnego rozpoznania zagrożenia i miejsc szczególnie zagrożonych, tzn. okolic placówek oświatowych, miejsc gromadzenia się narkomanów, miejsc często odwiedzanych przez młodzież, dworców, bazarów, skwerów i parków. Współpraca ta pozwala policjantom na realizowanie zadań związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieci i młodzieży.

Chciałabym podać kilka przykładów, nadesłanych do Komendy Głównej Policji z jednostek terenowych. Przykłady te wskazują na to, jak należałoby skupić działania profilaktyczne w odniesieniu do dzieci, które już mają kontakt ze środkami odurzającymi. W jednym przypadku policjanci zatrzymali nieletnich sprawców kradzieży telefonów komórkowych. W czasie rozmowy ze sprawcami umieszczonymi w Izbie Dziecka uzyskano informacje, które pozwoliły na zatrzymanie grupy dealerskiej, składającej się z osób dorosłych, rozprawdzają-

cych narkotyki. Podczas zatrzymania zabezpieczono ponad 300 porcji marihuany oraz grzyby halucynogenne, a także amunicję kaliber 5,9 mm oraz telefony komórkowe.

Zanotowano również następujące zdarzenie. Szpital miejski powiadomił policję o przywiezieniu dwunastoletniego ucznia szkoły podstawowej z objawami silnego zatrucia. W wyniku badań stwierdzono we krwi obecność THC. Okazało się, że na boisku szkolnym inni dwunastoletni chłopcy z tej samej szkoły pod groźbą pobicia dali małodletniemu marihuanę.

W jednej z komend policji rozpatrywano sprawę siedemnastolatki, która w ciągu 2 lat wprowadziła do obrotu narkotyki wartości 12.250 zł.

W mieście powiatowym odnotowano przypadek zamarznięcia 14-letniego chłopca. Przyczyną było spożycie dużej ilości alkoholu i środków odurzających.

Komenda policji została powiadomiona o dowiezieniu do szpitala 7-letniego chłopca z objawami zatrucia. Badania krwi ujawniły obecność amfetaminy i substancji świadczącej o zażyciu tabletki extasy.

W innym wypadku powiadomiono policję o tym, że 17-letni chłopiec groził swojej matce poderżnięciem gardła w przypadku wyrzucenia należących do niego środków odurzających.

W pobliżu szkoły 12-letni uczeń razem z 10-letnim bratem i pięcioma kolegami wspólnie palili marihuanę. Jeden z objawami zatrucia znalazł się w szpitalu.

16-letni uczeń gimnazjum w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (a więc handlu) sprzedał 13-letniemu uczniowi zapakowaną w torebkę foliową herbatę owocową twierdząc, że jest to marihuana. Takich przykładów mamy co roku kilkadziesiąt. Młodzi ludzie chcą się identyfikować z osobami, mającymi kontakt z narkotykami. Jest to dla nich nobilitujące.

Do komendy powiatowej zgłosiła się 17-letnia dziewczyna, której grożono pobiciem, zgwałceniem i zmuszeniem do uprawiania nierządu, gdyż nie oddała pieniędzy za wcześniej dostarczone narkotyki.

Na koniec przykład – ciekawostka. W pomieszczeniach społecznych domu dziecka 15-letni wychowanek uprawiał sadzonki konopi indyjskich.

Przytoczyłam te przykłady, by pokazać państwu, że policja ma trudne zadanie. Od bardzo dawna szkolimy policjantów i mówimy, że narkomania jest chorobą. Jednocześnie ci sami policjanci idą do szkół, muszą realizować odpowiedni program i nadal są policjantami, a ustawa bardzo wyraźnie określa to, jakie przestępstwa mają ścigać.

Jeszcze raz pragnę podkreślić, że jesteśmy powołani do ścigania przestępczości. Jeśli będzie inna ustawa, to na pewno będziemy postępować zgodnie z prawem.

Katarzyna Piekarska: Proszę pana dyrektora Kajetana Dubiela o przedstawienie referatu na temat: „Sytuacja polskich więzień w kontekście aktualnej polityki państwa wobec narkomanii”.

Dyrektor Działu Penitencjarnego Centralnego Zarządu Służby Więziennej w Warszawie Kajetan Dubiel: O sytuacji polskich więzień można powiedzieć tak, jak w dowcipie: jest dobra i zła. Zależy to od punktu widzenia.

Sytuacja jest dobra, jeśli spojrzymy na polskie więzienia na tle tego, co dzieje się w więzieniach w tej części Europy. Jest dobra, jeśli uznamy, że w świecie osłów muł jest koniem. My właśnie jesteśmy takim mułem w otoczeniu osłów.

Sytuacja jest zła, jeżeli spojrzymy na problemy więziennictwa choćby w kontekście narkomanii. Z problemem narkomanii zaczęliśmy się borykać w połowie lat osiemdziesiątych. W 1983 roku powstał pierwszy oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od środków odurzających i psychotropowych. W połowie lat dziewięćdziesiątych mieliśmy 9 takich oddziałów i można powiedzieć, że radziliśmy sobie z tym problemem. Badania, przeprowadzone przez instytut wymiaru sprawiedliwości, w 1996 roku na próbie ponad 1000 skazanych, mówiły, że 6% skazanych ma kontakty z narkotykami podczas odbywania kary, przy czym 1% to osoby kwalifikujące się do

leczenia, czyli uzależnieni. W odniesieniu do ogólnej liczby osadzonych było to około 500 osób.

Gdy w 2000 roku rozpoczęły się dyskusje nad zmianą ustawy, my byliśmy zdecydowanymi przeciwnikami penalizacji posiadania narkotyków. Obawialiśmy się, że wpłynie to na populację więzienną. Poza tym w 2000 roku dość mocno zmieniła się polityka państwa w odniesieniu do stosowania tymczasowego aresztowania i egzekwowania represyjności prawa. W latach 2000-2002 liczba więźniów zwiększyła się z 65.000 do 82.000. Trzeba zaznaczyć, że jest około 69.000 miejsc, a więc mamy ponad 120% „obłożenia”. Jest to jeden z wyższych wskaźników w Europie – do granicy na Bugu.

Zdaliśmy sobie sprawę z tego, że problem jest coraz większy i nasze działania chcieliśmy zacząć od diagnozy zjawiska. Z Komitetu Badań Naukowych udało nam się pozyskać środki i w latach 2001-2002 Instytut Psychiatrii i Neurologii przeprowadził obszerne badania na temat szacowania zjawiska narkomanii w zakładach karnych. Wyniki badań mówiły o tym, że 46% osadzonych miało na wolności kontakt z narkotykami. 23% więźniów przyznało się do używania narkotyków podczas odbywania kary, 3% więźniów (a więc około 2500 osób) przyznało się do przyjmowania narkotyków drogą iniekcji. Wzrósł także odsetek skazanych, którzy kwalifikują się do odbywania kary w oddziałach terapeutycznych.

Mamy 10 takich oddziałów. Choć jest w nich 361 miejsc, to przebywa tam 400 osadzonych. Aby zwiększyć możliwości tych oddziałów, rygorystycznie ustaliliśmy, że pobyt w nich może trwać tylko 6 miesięcy, czyli w skali roku może przez nie przejść około 800 osadzonych. Dodam, że około roku trwa oczekiwanie na wolne miejsce. Zdajemy sobie sprawę z tego, że przynajmniej dwukrotnie jest większa liczba skazanych, którzy powinni znaleźć się w tych oddziałach.

Mieliśmy również inne obawy związane z penalizacją posiadania narkotyków. Przytoczę państwu notatkę, którą w 1999 roku przygotowałem dla posłów. Została ona zresztą wykorzystana przez ówczesnego prezesa Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii – posła Ryszarda Ulickiego. Oto treść notatki: „Nawet niewielkie zwiększenie liczby narkomanów w więzieniach spowoduje: niewydolność wię-

ziennej służby zdrowia w zapewnieniu detoksykacji i leczenia narkomanów przebywających w więzieniach; uniemożliwienie objęcia oddziaływaniem terapeutycznym więźniów chcących poddać się takiemu oddziaływaniu; drastyczne zwiększenie się liczby więźniów żyjących z HIV – już obecnie (czyli w roku 2000) przebywa ich w zakładach karnych około 1000 rocznie; zwiększenie się przemytu środków odurzających do więzień i ich produkcji wewnątrz.

Tak jak w Stanach Zjednoczonych obok istniejących struktur nieformalnych powstaną struktury narkomańskie oraz zwiększy się upowszechnianie wśród reszty więźniów wiedzy na temat narkotyków, ich działania, produkcji i zysków z tego płynących”. Można powiedzieć, że „słowo stało się ciałem”, gdyż mamy do czynienia z tymi, zresztą mało odkrywczymi, wnioskami.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że nie jesteśmy w stanie zmienić tej sytuacji oraz z tego, że narkomania jest niejako wpisana w charakter funkcjonowania zakładów karnych. Z narkotykami mają problem więziennictwa na całym świecie. Jeszcze kilka lat temu nasi koledzy ze Wschodu twierdzili, że u nich nie ma narkotyków. W tej chwili przyznają, że jest taki problem. W całej Europie Zachodniej w zakładach karnych przebywa około 350.000 ludzi, w tym od 20 do 80% stanowią osoby biorące narkotyki. 20% to wskaźnik na północy Europy. Im bardziej na południe, tym wskaźnik jest wyższy.

Jakie są nasze działania? Z jednej strony koncentrujemy się na typowych działaniach, czyli uszczelnianiu więzień, niedopuszczaniu do przemytu narkotyków na teren więzień. Chociaż zdajemy sobie sprawę z tego, że narkotyki zawsze będą przenikały do zakładów karnych, to trzeba również wziąć pod uwagę np. wyposażenie służby w odpowiedni sprzęt uniemożliwiający przemyt.

Tak się składa, że więziennictwo jest zawsze na końcu kolejki potrzebujących. Środki finansowe dostaje policja, straż graniczna itd., a nam się mówi, byśmy sami sobie kupili to, co jest nam potrzebne. Wynika to ze spojrzenia społecznego na problemy więziennictwa. Uważa się, że problem dla społeczeństwa kończy się wtedy, gdy człowiek trafia do więzienia. Jeden z dyrektorów więziennictwa taki sposób rozumowania nazwał „myśleniem klozetowym”. Ludzie uwa-

zają, że załatwią potrzebę w toalecie i wyjdą, a to co zrobili, leci w kosmos. Tymczasem wpada to do rzeki, z której piją wodę. Tak samo jest z więzieniem. Każdy więzień kiedyś wyjdzie na wolność. Nawet osoba odbywająca karę dożywocia również ma szansę wyjść na wolność. Niestety, często uważa się, że zamknięcie człowieka w więzieniu oznacza rozwiązanie problemu.

Gdy w 2000 roku dyskutowana była penalizacja posiadania narkotyków, to był tylko jeden, przemawiający do mnie argument. Zgłaszali go rodzice narkomanów, którzy wolą mieć dziecko w więzieniu niż na cmentarzu. Na organizowanym (w 2000 r.) spotkaniu pani minister Barbara Labuda powiedziała, że policja otrzyma maczugę do walki z narkomanią. A przecież maczuga jest bronią, którą wali się na oślep i można uszkodzić niekoniecznie tego, kogo się powinno.

Uważamy, że trzeba utrzymać oddziały terapeutyczne, które niewątpliwie są naszym sukcesem i dość niespotykanym rozwiązaniem w więziennictwie europejskim. Jednak coraz bardziej jesteśmy przekonani o tym, że powinniśmy pójść drogą redukcji szkód. Zaczęliśmy prowadzić bardzo szeroką działalność oświatową wśród kadry. Bardzo nam w tym pomogło Krajowe Centrum ds. AIDS, które od wielu lat kształci naszą kadre – często zupełnie nieodpłatnie.

Być może jest to zasługa ks. Arkadiusza Nowaka. Zupełnie inaczej to się przedstawia np. w wypadku Państwowego Instytutu Rozwiązywania Problemów Alkoholizmu, który za szkolenie naszej kadry każe sobie płacić olbrzymie pieniądze. Bardzo nam również pomaga agenda UNDP, która już w 1995 roku zaczęła szkolić naszą kadre.

Śmiem twierdzić, że więźniowie mają jeden z najwyższych poziomów wiedzy na temat uzależnień i wirusa HIV. W tej chwili nie ma już takich sytuacji, jakie miały miejsce 10 lat temu. Gdy wśród więźniów rozniosła się wiadomość, że jest jeden osadzony z wirusem HIV, to wszyscy odmawiali przyjmowania posiłków. Obecnie więźniowie są razem osadzani, wspólnie odbywają różnego rodzaju zajęcia i razem chodzą do szkoły. Taki efekt osiągnęliśmy przede wszystkim przez edukację – często prowadzoną przez organizacje pozarządowe.

Rozpoczęliśmy starania o uruchamianie w więzieniach programów metadonowych. Trwało to ponad 2 lata i w tej chwili nie chcę mówić o wysuwanych absurdalnych problemach. Bardzo szacowne instytuty i szacowni profesorowie twierdzili, że wysoce dyskusyjnym problemem jest to, czy więźniom należy dawać metadon. Według mnie, podawałem argument niepodważalny.

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia mówią wprost, że człowiek, który był w programie metadonowym i znalazł się w więzieniu, musi mieć możliwość jego kontynuowania. W skali roku do więzień trafia około 50 takich ludzi i jest ich coraz więcej. Oddzielną konferencję można by poświęcić temu, jakie podejmujemy działania – często pozaprawne, by takiej osobie dostarczyć metadon. Czasem nam to się nie udaje.

Na początku tego roku na szczęście ruszył w Krakowie pierwszy program metadonowy. Nie udało nam się uruchomić takiego programu w Warszawie. Program w Krakowie objął siedmioro osadzonych. Mamy nadzieję, że ta oferta będzie coraz szersza.

Mamy do czynienia z 3 grupami osób związanych z narkotykami. Pierwsza grupa to osoby uzależnione, których na pewno nie należy osadzać w więzieniu, lecz trzeba leczyć. Druga – to ogromna grupa ludzi zagrożonych, biorących narkotyki „na sportowo”. Takie osoby trzeba edukować i oczywiście nie wsadzać do więzienia. Trzecia grupa – to ludzie czerpiący dochody z handlu narkotykami i trzeba z nimi bezwzględnie walczyć – maczugą, ogniem, żelazem, wszystkim, czym się da.

W chwili obecnej w polskich więzieniach przebywa ponad 1800 przedstawicieli tzw. przestępczości zorganizowanej – skazanych i tymczasowo aresztowanych. Prawie 500 z nich ma postawione zarzuty wynikające również z ustawy o zapobieganiu narkomanii i to wcale nie za posiadanie narkotyków. Należy pochwalić policję za tropienie ludzi czerpiących zyski z narkomanii.

Mógłbym przytoczyć zupełnie odwrotne wnioski i przykłady krajów, na które powoływał się pan Andrzej Niewielski, ale nie o to chodzi, byśmy upierali się przy swoich racjach. Wydaje mi się, że powin-

niśmy wyjść od pewnego ogólnego założenia, od tego, co chcemy osiągnąć w przeciwdziałaniu narkomanii, do jakiego efektu chcemy dojść. Chyba nie chcemy dojść do karania ludzi, którzy biorą narkotyki. Chcemy doprowadzić do tego, by ci ludzie w miarę normalnie funkcjonowali w społeczeństwie, by wyrządzali jak najmniej szkód sobie i innym, by wypełniali role społeczne. To jest podstawowy cel, który powinien przyświecać wszystkim.

Jestem z wykształcenia socjologiem i wiem, w jaki sposób można przygotować wyniki badań, aby nam pasowały. Sam to kiedyś robiłem w odniesieniu do opinii konsumentów na temat masła. Proszę spojrzeć na opinię społeczną odnośnie kary śmierci. 76% społeczeństwa opowiada się za utrzymaniem kary śmierci. Czy w związku z tym należy ją przywrócić? Nie zrobimy tego, ponieważ bierzemy pod uwagę także inne względy. Myślę, że podobnie powinniśmy spojrzeć na narkomanie. Każdy może wypowiadać się na ten temat, ale nie powinniśmy powoływać się na tzw. opinię publiczną. Większość społeczeństwa i niestety także duża część przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości swoją wizję narkomanii kształtuje na podstawie amerykańskich filmów, a Stany Zjednoczone w ogóle nie mogą być dla nas punktem odniesienia w tej sprawie.

Katarzyna Piekarska: Ogłaszam krótką przerwę.

[Po przerwie:]

Katarzyna Piekarska: W tej chwili oddaję głos pani Jagodzie Włodoń, która poprowadzi dyskusję panelową na temat: „Działania na rzecz zakażonych HIV i używających narkotyki – prawa człowieka w praktyce”.

Wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Monar Jagoda Włodoń: Czuję się niezwykle zaszczycona powierzeniem mi prowadzenia drugiej części konferencji, w której mamy rozmawiać o roli organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz osób uzależnionych i zakażonych wirusem HIV.

W tej części dominują wystąpienia osób ze stowarzyszenia Monar, a ja chciałabym powiedzieć, że działania na rzecz osób zakażonych wirusem HIV, na rzecz uzależnionych od narkotyków nie miałyby tak znakomitego wymiaru, gdyby tak wiele dobrego nie uczyniły organizacje pozarządowe. Pragnę wspomnieć o wspaniałej roli takich organizacji, jak: Wolontariusze wobec AIDS „Bądź z nami”. W dzisiejszym spotkaniu uczestniczy Wojtek Tomczyński, Danusia Wiewióra. Wymieniam te osoby, gdyż z reguły organizacje pozarządowe są bezimiennie. Społeczność zna nasze działania, ale nie zna nas. Pragnę również wspomnieć o Społecznym Komitecie ds. AIDS, o pani Grażynie Budce, pani doktor Marii Dziedzic. Należałoby także powiedzieć o wielce zasłużonej organizacji Tade, o wielu ludziach, którzy rzeczywiście zmienili jakość życia naszych podopiecznych. Chciałabym także wymienić Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii.

Serdecznie zapraszam państwa do udziału w dyskusji, do podzielenia się swoimi doświadczeniami. Jeśli pominęłam jakąś organizację, to bardzo przepraszam. Nerwy, emocje i ranga spotkania sprawia, że mogło to mi się zdarzyć. Do dyskusji chciałabym również zaprosić panią Mariolę Tatarską, reprezentującą Fundację Maraton.

Pragnę podzielić się z państwem kilkoma uwagami. Bulwersująca jest dla mnie owa nieszczęsna ustawa, z której skutkami musimy borykać się na co dzień – *dura lex sed lex*. Obawiam się, że przy ustalaniu zapisu tego prawa mocno były brane pod uwagę interesy spektakularne. W moim odczuciu jest to zapis populistyczny. Był to czas przedwyborczy i obawiam się, że doszło do „wylania dziecka z kąpielą”.

Konsekwencje społeczne i ekonomiczne tego zapisu są odczuwane przez policję, więziennictwo, a przede wszystkim przez organizacje pozarządowe. To my stramy się wpłynąć na osoby, które egzekwują to prawo, by doprowadzić w Polsce do rozwijania systemu probacji. Tego systemu nie ma albo nie wykorzystuje się bazy do probacji. Wszyscy wiemy, że kara nie jest najlepszym sposobem w przypadku przeciwdziałania chorobom, a niewątpliwie narkomania jest chorobą.

Pamiętam, pod jakim wrażeniem byłam podczas spektaklu „Rozmowy z katem” Leszka Moczarskiego. Sprawca i ofiara spotkali się w

jednej celi. Myślę, że druga część „Rozmów z katem” mogłaby być znakomitym oddaniem sytuacji, w jakiej znajduje się wielu naszych podopiecznych. Zawsze będę występowała z pozycji terapeuty, czyli pozycji osoby, dla której człowieka chory na narkomanię jest absolutnym podmiotem wszelkich działań. Być może dlatego tak mocno próbuję wczuć się w sytuację tych osób.

Proponuję podjąć dyskusję lub wręcz utworzyć lobby na rzecz rozwijania systemu probacji w tej dziedzinie albo podjęcia próby zmiany ustawy w tym punkcie. Wydaje mi się, że niemoralne jest ustalanie prawa decydującego o czyimś życiu w kontekście interesów politycznych poszczególnych obozów. To jest moje własne zdanie, opinia osoby, która na co dzień boryka się z problemami ludzi uzależnionych, których usiłuje się wyciągnąć z więzienia, bądź próbuje im pomóc w więzieniu.

Wspólnie z więzieniem na Służewcu Stowarzyszenie Monar prowadzi program, którego twórcami byli m.in. Kajetan Dubiel, Adam Nyk, Marek Zygałdo. Program ten polega na skróceniu odbywania kary pozbawienia wolności przez osoby uzależnione od narkotyków, na doprowadzeniu do orzeczenia przedterminowego zwolnienia i podjęcia przez te osoby leczenia w ośrodkach Monaru bądź innych. W tej chwili program jest na etapie pilotażu. Dotyczy on osób, które uczestniczą w sześciomiesięcznej terapii w więzieniu.

Jeśli opinia terapeutów jest pozytywna, to te osoby przechodzą (w normalnym trybie) procedurę orzeczenia warunkowego przedterminowego zwolnienia i podejmują leczenie w ośrodku Monaru w Lipiance. Od początku roku takie leczenie podjęło już 19 osób. Myślę, że jest to właściwa droga. Zapewne w pozostałych 10 oddziałach również dopracujemy się takich partnerskich ośrodków, które będą prowadziły grupy terapeutyczne dla osób przebywających na przedterminowym warunkowym zwolnieniu.

Ta sprawa jest dla mnie ważna, gdyż interesuje mnie to, co mogę zaoferować moim pacjentom. Interesuje mnie pozytywna zmiana jakości ich życia.

Ograniczanie szkód naturalnym trybem weszło do Stowarzyszenia Monar, ponieważ jest to najniższy szczebel drabiny motywacyjnej, który może stać się początkiem drogi do abstynencji.

Proszę o zabranie głosu pana Marka Zygadło, który jest szefem oddziału Monar w Krakowie, a jednocześnie jest aktywnym działaczem krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionym. Jest to osoba, która w naszym Stowarzyszeniu zrobiła najwięcej dla ograniczania szkód w środowisku osób uzależnionych od narkotyków.

Katarzyna Piekarska: Przepraszam, ale chciałabym przekazać komunikat. Jeśli ktoś z państwa chce, aby jego wypowiedź znalazła się w naszej publikacji materiałów z konferencji, a dzisiaj z różnych przyczyn nie zdążył zabrać głosu, to bardzo proszę o przesłanie jej na piśmie w ciągu 2 tygodni do Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka.

Proszę pana Marka Zygadło o przedstawienie tematu: „Filozofia redukcji szkód”.

Przedstawiciel Monaru Marek Zygadło: Mam przyjemność krótko opowiedzieć państwu o filozofii redukcji szkód, a właściwie o tym, jak bardzo ta filozofia pozwala na to, by realnie podchodzić do problemów osób uzależnionych.

Z danych Komendy Głównej Policji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że w roku 1996 z powodu przedawkowania narkotyków zmarło 157 osób, a z powodu śmiertelnych wypadków na drogach 6359 osób. W 1998 r. w wyniku wypadków śmiertelnych na drogach zmarło ponad 7 tysięcy osób, a z powodu przedawkowania narkotyków 179 osób. Dane te świadczą o naszej narkofobii. Na razie nikt nie zamyka dróg ani fabryk produkujących samochody, a wręcz je doskonalą.

Produkujemy samochody, budujemy drogi, wydajemy prawa jazdy. W samochodach montujemy poduszki powietrzne, ABS, doskonalimy nawierzchnie dróg, ustawiamy znaki drogowe i obmyślamy strategię redukcji szkód, związaną z przemysłem samochodowym, z jeź-

dzeniem samochodami, z drogami i wypadkami. Rozwijamy naukę i technikę. Doskonalimy umiejętności a także opracowujemy odpowiednie prawo, np. Kodeks drogowy, aby ludzie nadal mogli jeździć samochodami.

Redukcja szkód jawi się jako naturalna aktywność społeczna w bardzo wielu dziedzinach życia. Można by powiedzieć, że od chwili grzechu pierworodnego w tym, co cokolwiek czynimy, zawarte są pożytki i szkody. Trzeba o tym nie zapominać, gdyż tak po prostu jest.

Redukcja szkód to wszelkie działania, podjęte w celu zmniejszania szkód lub ich ryzyka u osób przyjmujących narkotyki, ich rodzin i społeczności. Redukcja szkód nie dotyczy tylko osoby chorej na narkomanię. Dotyczy całego otoczenia tej osoby i społeczności lokalnej.

Warto pamiętać o 6 pryncypiach redukcji szkód, o ile w ogóle chcemy podejmować ten sposób rozwiązywania problemów osób uzależnionych. Pierwszym założeniem redukcji szkód jest to, że abstynencja narkotykowa nie zawsze jest najważniejszym i najbardziej odpowiednim sposobem pomocy osobom uzależnionym. Redukcja szkód jest podstawą do tego, aby później dokonywać zmian w motywacji lub w decyzjach o tym, jak chcę żyć. W którymś momencie można np. zrezygnować z redukcji szkód i wybrać życie bez środków psychotropowych, jeżeli już będzie się do tego przysposobionym i gotowym.

Druga zasada redukcji szkód mówi, że takim podejściem pomagamy w takiej sytuacji, w jakiej aktualnie znajduje się dana osoba. Często mamy głowę pełną znakomitych pomysłów oraz wyobrażeń na temat tego, jak powinno być i najlepiej wiemy, co jest dobre dla drugiego człowieka. Nie pytamy go nawet o to, czy ma ochotę cokolwiek zmienić w swoim życiu. Jeśli nie zadamy mu pytania o potrzebę zmian, to nie dojdzie do żadnego dialogu. Nie usłyszymy żadnej odpowiedzi, a nasze informacje i wypowiedzi będą dla niego brzmiały jak szum os i nic z tego nie wyniknie. Będziemy uprawiać rodzaj kafkonii wokół człowieka chorego, który nie został zaproszony do dialogu i współpracy.

Redukcja szkód zakłada, że osoby przyjmujące narkotyki są w stanie kierować zachowaniem i zmianą zachowań. Osobom uzależnionym odmawiamy odpowiedzialności za nich samych. Często pacjent mówi: skoro wszyscy uważają, że jestem nieodpowiedzialnym ćpunem, to właściwie mogę takim być, gdyż tak jest wygodniej. Wcale mi nie zależy na tym, by być odpowiedzialnym.

Odpowiedzialność nie ma nic wspólnego z tą chorobą. Oczywiście determinuje ona pewne zachowania, natomiast można odwoływać się do świadomości, odpowiedzialności, inteligencji i wrażliwości osoby uzależnionej. Nieprawdą jest twierdzenie, że narkomania natychmiast niszczy sferę wyższych, subtelnych doznań. Taki problem jest wtedy, gdy człowiek nie rozwinie tych umiejętności w czasie dzieciństwa, a nawet w okresie prenatalnym.

Kolejna zasada redukcji szkód zakłada, że niektóre sposoby przyjmowania narkotyków są bezpieczniejsze niż inne. Ta bardzo ważna zasada raczej nie budzi wątpliwości. Wszyscy wiemy, że najbardziej niebezpiecznym sposobem przyjmowania środków psychoaktywnych jest droga iniekcji dożylnych. Tą drogą można w sposób bardzo łatwy, prosty i skuteczny przekazać infekcję HIV lub wirus C żółtaczką. Warto, by w ramach redukcji szkód osoby chore mogły zacząć zmieniać swoje zachowania na mniej ryzykowne. Właśnie temu ma służyć edukacja, która pozwala osobie uzależnionej lepiej rozumieć swoje położenie i sytuację.

W piątym pryncypium redukcja szkód włącza osoby przyjmujące narkotyki w tworzenie strategii i sposobów pomocy tym osobom. Bardzo ważne jest to, aby na takich spotkaniach jak dzisiejsze również występowały osoby, które są uzależnione, biorą narkotyki i chcą powiedzieć, jak to jest.

Podam przykład z Ukrainy, o którym opowiadał wykładowca akademii policyjnej w Kijowie. W jednym z miast zrobiono znakomity program redukcji szkód – wymiana igieł i strzykawek. Było mnóstwo sterylnej sprzątu i każdy mógł go dostać. Policja nie przeszkadzała, program się rozwijał, ale z różnych badań wynikało, iż w całym miasteczku jest coraz więcej nowych zakażeń HIV – nie tylko w środowi-

sku osób przyjmujących narkotyki. Zaczęto sprawdzać przyczynę tej sytuacji.

Dodam, że nikt nie planował projektu we współpracy z pacjentami. Gdy zwrócono się do nich o pomoc w prześledzeniu drogi igły i strzykawki oraz narkotyku, to okazało się, że po produkcji (domowym sposobem) narkotyki podobnego do polskiego „kompotu” w celu poprawienia jego jakości dodawano 2-3 cm krwi od kogoś, kto był na miejscu. W środowisku rozwodnionego narkotyku wirus HIV jest w stanie przetrwać kilka a nawet kilkanaście godzin. Był zdolny do replikacji po wprowadzeniu do układu krwionośnego. Bez wspólnej strategii z pacjentami czyste igły i strzykawki nie zabezpieczyły dostatecznie tego środowiska.

Jest wiele innych drobnych, ale istotnych szczegółów dotyczących problemów osób uzależnionych. Bez nich nic nie zrobimy, możemy tylko wzmocnić szkody zamiast je zredukować. Nie wolno o tym zapominać. Należy podjąć takie starania, aby pomóc osobom uzależnionym organizować się w różnego rodzaju grupy, organizacje pozarządowe. Chodzi o to, by te osoby również mogły występować we własnym imieniu. Temu właśnie służy piąta zasada redukcji szkód.

Ostatnia z zasad redukcji szkód mówi, że by działać efektywnie należy wziąć pod uwagę środowisko i warunki, w jakich znajduje się osoba przyjmująca narkotyki. Traktujemy daną osobę w kontekście warunków, w jakich się znajduje, aby pomóc utrwalić zmiany, które ta osoba zechce wprowadzić w swoim życiu.

Redukcja szkód respektuje prawa i potrzeby klienta. Warto go zapytać o te prawa i potrzeby, jeśli chcemy stanować prawa dla tych osób. Redukcja szkód również chroni nas od zachowań i postaw mających znamiona narkofobii.

Wszyscy w różnym stopniu jesteśmy narkofobami, a nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest efektem największej, najbardziej nieodpowiedzialnej i bardzo populistycznej narkofobii, jaka zdarzyła się w Europie Środkowej. Jestem głęboko przekonany o tym, że dzięki tej zmianie, tzn. karania za posiadanie minimalnej ilości środków psychoaktywnych, ogromna liczba ludzi została skazana na

to, by być kryminalistami, by być wykluczonym i społecznie, by być na marginesie. Ta decyzja została podjęta z jakiegoś powodu i można ją zdefiniować jako postawę narkofobów.

Kończąc, chciałbym życzyć państwu, abyście nigdy nie musieli być narkofobami, byście realnie podeszli do problemu osób uzależnionych.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Władoń: Dziękuję za bardzo interesujące wystąpienie. Chciałabym prosić o zabranie głosu panią Marię Dziedzic, gdyż jest to osoba ogromnie zasłużona dla wszystkiego, co wydarzyło się na scenie pomocy osobom żyjącym z HIV. Wielką stratą byłoby dla nas to, gdybyśmy nie usłyszeli tej wypowiedzi i nie poznali punktu widzenia pani Marii Dziedzic.

Przedstawicielka Społecznego Komitetu ds. AIDS Maria Dziedzic: Działam w tym ruchu od 1986 roku. Ze smutkiem stwierdzam, że ciągle rozmawiamy o tych samych problemach, mniej więcej w tym samym stylu i wciąż mniej więcej tego samego chcemy. Co najważniejsze, rozmawiamy także w tym samym gronie.

Myślenie, działanie i efekty działania to jakby trzy osobne byty. Wprowadzamy jakieś ustawy, mamy jakieś pomysły i realizujemy programy. Może immanentną częścią takiego działania jest to, że wierzymy w dobro, które robimy, ale wcale nie wiemy, czy rzeczywiście jest to dobro. Nie wiemy, jak obliczać efekty naszych działań. Popatrzmy, co spotkało ustawę o zapobieganiu narkomanii. Sądzę, że osoby, które walczyły o poprzednią ustawę, były przekonane o jej zasadności, o dobru, które przyniesie. Popatrzmy na osoby, które walczyły o nowelizację tej ustawy. Okazuje się, że niektórzy mówią, iż zmiana zupełnie nie miała sensu i spowodowała wręcz inne skutki niż się spodziewano.

Musimy rozmawiać i naradzać się. Musimy zastanawiać się nad tym, jak działać. Jednak zawsze musimy mieć na uwadze efekty. Trzeba sprawdzać, próbować ważyć argumenty i nie oddawać się ideologii niezależnie od tego, czego by to dotyczyło.

W odniesieniu do redukcji szkód trzeba obliczać, w jakim stopniu rzeczywiście zmniejszamy te szkody i co zyskujemy. Myślę, że za mało uwagi poświęca się badaniu skutków naszych działań. Mamy jedynie mocną wiarę w to, że nasze działania służą dobru. Czy tak jest naprawdę?

Od początku swego działania Społeczny Komitet ds. AIDS miał w programie zadanie edukacyjne. Jednak nie pozwolono nam edukować młodzieży, o co mam żal do naszych decydentów, ustawodawców, zarządców szkół. Chodzi mi o kilkugodzinny program warsztatów prowadzonych z dziećmi: „Jak unikać zagrożeń dorastania”. Program ten został usunięty ze szkół i w jego miejsce weszły inne. Nie wiadomo, czy są lepsze czy gorsze od naszego. W tej chwili edukujemy lekarzy, służbę zdrowia.

Przed nami stoi zadanie oceny skutków naszych działań. Myślę, że warto zrobić takie badania u naszych klientów. Dowiedzielibyśmy się, jak traktują nasze usługi, jak je odbierają i jakie są skutki naszych rozmów.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Władoń: Chciałabym prosić o zabranie głosu przedstawicielkę drugiej, bardzo ważnej organizacji, działającej na scenie pomocy osobom żyjącym z HIV. Wolontariusze wobec AIDS „Bądź z nami” zrobili bardzo dużo dla walki o prawa ludzi żyjących z HIV. Myślę, że dzisiaj możemy od nich usłyszeć wiele nowego, a przynajmniej utwierdzić się w przekonaniu, że postępujemy słusznie.

Przedstawicielka Stowarzyszenia Wolontariusze wobec AIDS „Bądź z nami” Kinga Brendler: W naszym stowarzyszeniu pracuję z osobami zakażonymi HIV, a także z młodzieżą uzależnioną od narkotyków.

Przeraża mnie łączenie problematyki HIV/AIDS wyłącznie z narkotykami. Nasz ośrodek jest krótkoterminowy. Zdarzają się pacjenci przyjmujący narkotyki dożylnie, ale głównie mamy młode osoby, które zażywają narkotyki w inny sposób. Gdy rozmawiam z nimi na

temat HIV/AIDS, to widzę, że te osoby czują się zupełnie bezpiecznie. Twierdzą, że jeśli nie „wałą po kablach”, to nie ma żadnego problemu. W ogóle nie mają pojęcia o sposobach przenoszenia się wirusa HIV.

Mają świadomość, że zagrożeni są jedynie narkomanii biorący narkotyki dożylnie. Jest to przerażające. Widzę ich zdumione reakcje, gdy zaczynam o tym mówić. Przy okazji bardzo chętnie opowiadają sobie o prowadzonym bujnym życiu seksualnym.

Wojtek Tomczyński powiedział, że jest dumny z tego, że żyje w Polsce, gdyż osoby zakażone wirusem HIV mają tu zapewnione duże możliwości. Zastanawiałam się nad tym, czy dobrze jest porównywać się z tymi, którzy mają gorzej. Myślę, że należałoby bardziej wybiegać naprzód, tzn. co zrobić, by było jeszcze lepiej.

Moje wieloletnie obserwacje wykazują, że w tej chwili w Polsce jest lepiej. Myślę o poziomie życia osób zakażonych, czy chorych na AIDS. Należy jednak zastanowić się nad tym, czy jest to wyłącznie efektem tego, że społeczeństwo zaczyna być bardziej uświadomione i tolerancyjne, że rząd tak bardzo włącza się w różne działania. Wydaje mi się, że bardzo duże znaczenie ma tu praca organizacji pozarządowych. Nasze Stowarzyszenie skupia osoby zakażone, które wzajemnie się edukują i wspierają.

To, że jest lepiej, w dużym stopniu jest zasługą tego, że przez lata osoby zakażone nauczyły się, jak uchronić się przed nietolerancją społeczeństwa i jak uchronić się przed łamaniem ich praw. Nie oznacza to, że te prawa nie są łamane. Jednak te osoby wzajemnie siebie uczą, jak zachować się w konkretnej sytuacji.

Zastanawiam się nad tym, czy to do końca rozwiązuje problem. Ostatnio szkoliłam pracowników socjalnych i przekonałam się, że wcale nie jest tak dobrze i pięknie i nie wszyscy są tak bardzo otwarci i chętni do pomocy.

Życzyłabym sobie tego, aby w końcu móc przestać robić wielką sprawę z problemem HIV/AIDS. Chciałabym, aby HIV/AIDS był sprawą naturalną, o której ma się wiedzę, a osoby z HIV/AIDS żyją normalnie i wszyscy wiedzą, co robić, by żyć z tymi osobami, by nie

dopuszczać do rozprzestrzeniania zakażenia. Byłoby wtedy pięknie i cudownie, jednak ciągle dzieje się tak, jak się dzieje. Stale rozmawiamy, dyskutujemy i nadal ten problem wzbudza tak dużo kontrowersji. Dlatego zastanawiam się nad tym, czy rzeczywiście jest tak bardzo dobrze i tak dużo lepiej.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Włodź: Ostatnie wydarzenia związane z podejmowaniem przez Stowarzyszenie Monar próby poszerzania obszaru działań uczą nas pokory, gdyż znowu mieliśmy powtórkę z historii, czyli Żelazno. Podjęta akcja edukacyjna, mądre decyzje władz Stowarzyszenia spowodowały, że ostatecznie ten ośrodek został zaakceptowany. Taka jest najświeższa informacja. Tych z państwa, którzy nie wiedzą o tej sprawie, poinformuję, że chodzi o nowy ośrodek w Żelaznie.

Okazało się, że tak naprawdę chodziło o opór władz lokalnych a nie społeczności. Ten opór był tak duży, że mieliśmy próbkę powtórki z historii. Była to także lekcja pokory i zastanowienia się nad tym, jak rzeczywiście wygląda wiedza na temat skali zagrożenia HIV i jaka jest naprawdę tolerancja naszego społeczeństwa.

Myślę, że powinno być jak najwięcej takich spotkań jak dzisiejsze, ale również z udziałem przedstawicieli różnych grup zawodowych, decydentów, posłów. Mam nadzieję, że następne spotkania odbędą się z szerokim udziałem parlamentu.

Po wystąpieniu przedstawiciela Stowarzyszenia Monar z Krakowa rozpoczniemy dyskusję.

Proszę Grzegorza Wodowskiego o przedstawienie tematu „Funkcjonowanie usług dla osób używających narkotyki w kontekście praw człowieka w Polsce”.

Przedstawiciel Stowarzyszenia Monar-Kraków Grzegorz Wodowski: Od 10 lat pracuję z osobami używającymi narkotyki i spotykam zarówno osoby uzależnione, jak również leczące się osoby uzależnione, czyli utrzymujące abstynencję.

W tych dwóch przypadkach prawa osób uzależnionych znacznie się różnią. Prawa osób leczących się są dużo większe niż osób, które nadal biorą narkotyki. Mogę nawet stwierdzić, że w warunkach polskich prawa człowieka dla osób uzależnionych zaczynają się w tym momencie, kiedy ktoś podejmie decyzję o leczeniu, o rozpoczęciu życia w abstinencji.

W Polsce tradycja leczenia osób uzależnionych jest dość długa, Dysponujemy ogromną bazą zarówno poradni, jak i ośrodków dla osób uzależnionych. Jako społeczeństwo jesteśmy dobrze wyedukowani w tym względzie. Jeśli osoba uzależniona podejmuje decyzję o leczeniu, to dajemy jej szansę na powrót do społeczeństwa na pełnych prawach.

Sytuacja przedstawia się trochę inaczej w przypadku osób, które nie rezygnują z używania narkotyków. Nie rezygnują dlatego, że nie chcą, bądź nie są w stanie. Do takich osób odnosimy się zupełnie inaczej.

W dzisiejszych wypowiedziach pojawiły się stwierdzenia, że bardzo trudny jest dostęp do programów leczniczych, że na detoksy czeka się w długich kolejkach. Nie zauważyłem takich sytuacji. Osoby, które podejmują decyzję o leczeniu, mają dostęp (być może nie z dnia na dzień) do detoksów, do ośrodków, do ambulatoryjnych form leczenia, które w ostatnim czasie bardzo szybko się rozwija. Trzeba zaznaczyć, że ambulatoryjne formy obniżają koszty leczenia osób uzależnionych.

Na tym tle wyjątek stanowią programy metadonowe. Rzeczywiście, czas oczekiwania jest tu dość długi. Poza tym nie są one obecne nawet we wszystkich dużych miastach. Na przykład nie ma możliwości brania udziału w programie metadonowym we Wrocławiu.

Pan Krzysztof Krajewski mówił o zbyt wysokim progu wymaganym do podjęcia leczenia w programie metadonowym. Chodzi mi także o kryteria, jak ukończone 21 lat, 3 lata uzależnienia itd. Moim zdaniem, te kryteria uniemożliwiają uczestniczenie w programie osobom, które powinny korzystać z tej formy.

Pozostaje problem osób uzależnionych, które na razie nie chcą podejmować leczenia. Takie osoby są narażone na szereg niebezpieczeństw, związanych z braniem narkotyków i mimo wszystko dalej to robią. W związku z tym większość z nas twierdzi, że takie osoby robią to na własne życzenie i my im w niczym nie pomożemy, a nawet nie powinniśmy pomagać. Jeśli zaczniemy im pomagać rozwiązywać jakieś ich problemy, to wtedy doprowadzimy do sytuacji, w której te osoby zrezygnują z potencjalnej myśli o zaprzestaniu brania narkotyków. Właśnie to bardzo często nas blokuje przed decyzją o włączeniu takich osób w programy. W społeczeństwie brak jest przekonania o potrzebie pomocy osobom biorącym narkotyki.

W ostatnich latach można zauważyć pewną transformację. Opinia publiczna nieco inaczej podchodzi do tych spraw. Od kilku lat prowadzi w Krakowie program wymiany igieł i strzykawek. Pamiętam czasy, gdy pytano, dlaczego dajemy igły i strzykawki za darmo, skoro brakuje ich w szpitalu itd. W tej chwili nie spotykamy się z takimi opiniami.

Samorządy lokalne również dostrzegają ten problem, a niektóre z nich nawet chcą go jakoś rozwiązywać, np. dofinansowując programy wymiany igieł i strzykawek. Robi to także Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem Biura ds. Narkomanii.

Większość programów wymiany igieł i strzykawek egzystuje dzięki funduszom zdobywanym z różnych organizacji międzynarodowych. Tego typu programy wspiera UNDP i jeśli przestanie je finansować, to upadną albo będą funkcjonować w bardzo minimalnym, ograniczonym zakresie. W kraju nie można zdobyć środków wystarczających na tego typu programy.

Ośrodki i poradnie właściwie mają zapewnione finansowanie. NFZ w dużym stopniu rozumie tę sytuację i finansowo wspiera placówki lecznicze dla osób uzależnionych. Powstają nawet nowe ośrodki. Jagoda Władoń przed chwilą mówiła o takiej inicjatywie. Ogromne trudności przeżywają natomiast programy redukcji szkód, szczególnie programy wymiany igieł i strzykawek.

Ogromną rolę i wpływ na politykę w tym zakresie mają tzw. specjaliści, tzn. ludzie, którzy mówią, że w naszym kraju powinniśmy dla ludzi uzależnionych organizować przede wszystkim leczenie i restrykcyjne prawo. Wtedy będziemy mieli zdrowe społeczeństwo, gdyż je wyleczymy, zaś za pośrednictwem restrykcyjnego prawa stworzymy barierę, której nie przebrnie żaden nastolatek, żaden młody człowiek żądny brania narkotyków, gdyż bardzo będzie się bał złamać prawo. Okazuje się, że narkotyki zalewają nasz kraj o czym mówiła pani komisarz Lidia Woć. Taki jest efekt m.in. restrykcyjnego prawa. To jest owoc, którego chcieliśmy w grudniu 2000 roku.

Dzisiaj ktoś z państwa powiedział, że nie można ciągle zmieniać prawa. Ustawa z 1997 r. w swej części zasadniczej, czyli w zakresie posiadania narkotyków, została zmieniona bardzo szybko – już po 3 latach. Minęły kolejne 3 lata i być może rzeczywiście należałoby się zastanowić nad tym, czy obowiązujące w tym zakresie prawo powinno funkcjonować.

Niska wyleczalność w programach nastawionych na abstynencję jest również sygnałem mówiącym, że w ten sposób nie rozwiążemy tego problemu. Nawet alternatywne kary nie spowodują rozwiązania problemu uzależnień.

Kolejnym problemem jest to, jak obowiązujące w naszym kraju restrykcyjne prawo wpływa na poczucie zagrożenia osób uzależnionych. Prowadzimy program wymiany igieł i strzykawek w środowisku uzależnionych – na Plantach w Krakowie, gdzie działa tzw. bajzel. W tej chwili funkcjonuje on w bardziej szczątkowej wersji, ponieważ od 2000 roku handel narkotykami bardzo się zmienił i ulepszył. Do użycia weszły telefony komórkowe i wszystko jest dużo lepiej zorganizowane aniżeli wtedy, gdy prawo było nieco mniej restrykcyjne.

Osoby korzystające z programu wymiany igieł i strzykawek w środowisku należą do tych, którzy rzeczywiście zasługują na miano osób odważnych. Przychodzą do parku, wymieniają sprzęt, często będąc obserwowanymi przez policję, często są przez nią legitymowane – w trakcie bądź po wymianie sprzętu iniekcyjnego. Czują się niezmiernie zagrożone. W niektórych przypadkach lęk przed policjantem

jest o wiele silniejszy niż lęk przed zakażeniem się wirusem HIV. Takie osoby rezygnują z korzystania z tego typu programów.

Poprzez trudności związane ze zdobywaniem narkotyków nowelizacja ustawy miała rozwiązać problem przynajmniej części osób uzależnionych. Przeprowadzone badania wykazały, że z naszego programu wcale nie korzysta mniej osób, po prostu korzystają rzadziej. O połowę spadła ilość kontaktów z tymi osobami. O połowę spadła również ilość wydawanego sprzętu iniekcyjnego. Łatwo się domyślić, jak bardzo wzrosły ryzykowne zachowania związane z używaniem narkotyków. Potwierdzają to dane statystyczne dotyczące zakażeń HIV/AIDS.

Wspomniałem już o szkodliwych działaniach policji. Oczywiście, działa ona w dobrej wierze. Aresztuje osoby nawet z małą dawką narkotyku, bo takie jest prawo. Być może czasami trafi się jakiś dealer, wtedy działania policji będą jeszcze bardziej skuteczne. Chociaż z krakowską policją ustaliliśmy, że nie wchodzi na nasz teren, to i tak pojedynczy policjanci podejmują takie działania. Szkodzą one niezmiernie rozwojowi programów redukcji szkód. Nie chcę mówić o takich banalnych i szkodliwych dla naszych klientów działaniach jak niszczenie czystych igieł i strzykawek. Jest to w dodatku niszczenie dobra wspólnego.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Włodoń: Dużo mówimy o redukcji szkód w kręgu osób używających narkotyki dożylnie. Wielkim zagrożeniem dla zdrowia i życia młodych ludzi jest używanie narkotyków syntetycznych. Jest to ogromna moda. Jednym z nurtów redukcji szkód jest działanie w kręgu młodzieży skupionej w podkulturze młodzieżowej, nazywanej clubingiem. Chociaż chodzi o sposób spędzania wolnego czasu, to jednak identyfikowanie się z tą podkulturą mocno wiąże się z używaniem narkotyków syntetycznych.

W Stowarzyszeniu Monar prowadzimy działania nazywane partyworking. Polegają one na tym, że ludzie przygotowani do udzielania pierwszej pomocy medycznej, do rozpoznawania systemów przedawkowania dyżurują w miejscach, o których wiemy, że są tam narkotyki.

W Warszawie są dwa takie miejsca – dwa kluby techno, w których aż roi się od narkotyków syntetycznych.

Ten problem tylko pozornie nie wiąże się z HIV/AIDS. Swoboda seksualna w tym środowisku jest ogromna, a w dodatku wiąże się to z dosypywaniem do napojów różnych środków, powodujących utratę świadomości i z wykorzystywaniem osób uczestniczących w tych zabawach – nawet do sesji pornograficznych zdjęć lub filmów. Podjęliśmy działania w tym obszarze, gdyż wychodzimy z założenia, że nie możemy sobie pozwolić na żadną niepotrzebną śmierć w kręgu młodych ludzi, o czym dzisiaj mówił profesor Wiktor Osiatyński. W naszym przypadku grzech zaniechania jest najcięższym grzechem.

Proszę Mariolę Tatarską o przedstawienie referatu na temat „Przestrzeganie praw młodzieży w kontekście używania narkotyków”.

Szefowa warszawskiego oddziału Fundacji Monar Mariola Tatarska: Aby starczyło nam czasu na dyskusję, skupię się na wątkach nieprzestrzegania istniejących praw. Zauważyłam trzy główne kategorie ich nieprzestrzegania.

Pierwsza kategoria dotyczy małych miejscowości, oddalonych od dużych aglomeracji miejskich. Chodzi o zbyt małą dostępność do miejsc służących pomocą (głównie psychologiczną) osobom z problemem narkotykowym, a więc niekoniecznie uzależnionym. W tej właśnie grupie dominują owe 15-17 latki, niezdiagnozowane jako uzależnione, ale już nadużywające substancji narkotykowych. Przez brak dostępności do miejsc pomocy tak naprawdę odbierzemy ich podstawowe prawo do leczenia siebie i swojej rodziny.

Dostępność leczenia jest bardzo ważna właśnie w przypadku nieletnich i ich rodzin. Mimo ogromnego wysiłku tych dzieci i ogromnego nakładu finansowego wszystkich, którzy partycypują w kosztach pomocy, nie będzie ona skuteczna, jeśli opieką nie zostanie objęta cała rodzina. Owa pierwsza kategoria to nieprzestrzeganie, bądź wręcz łamanie praw dotyczących dostępności do leczenia osób jeszcze nie uzależnionych, ale już mających problem narkotyczny.

Druga kategoria to nieprzestrzeżenie prawa do zachowania tajemnicy naszych pacjentów. Tego prawa w dużej mierze nie przestrzegamy my sami, czyli osoby zajmujące się pomocą. Zatrważający jest fakt, że co najmniej zdziwienie pedagoga szkolnego, psychologa z poradni, bądź kuratora rodzinnego budzi moja odmowa udzielenia informacji o tym, czy dana osoba korzysta z pomocy. Jeśli mówię, w jaki sposób ktoś może uzyskać te informacje, to spotykam się ze zdziwieniem, ze stwierdzeniem, że piętrzę jakieś kłopoty i problemy. Przecież wszyscy mamy bardzo trudną pracę, a ja ją jeszcze utrudniam.

Ja jednak mam wrażenie, że po prostu zapominamy o niezbywalnym prawie młodego człowieka do tego, by jego tajemnica była zachowana. W dodatku odbieramy ich rodzicom przysługujące im na mocy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego prawo do decydowania o tym, co może a co nie może być ujawnione. Mówię o różnych służbach pracujących na rzecz pomocy. Apeluję o to, byśmy sami zajęli się podnoszeniem świadomości prawa w naszym środowisku. Myślę, że sytuacje, o których mówię, często wynikają z niewiedzy lub z potrzeby osiągnięcia ogromnych spektakularnych efektów. Ta droga „na skróty” może być dla wielu ludzi bardzo przykra.

Trzecia kategoria przykładów świadczących o łamaniu praw człowieka, pacjenta, chorego, wiąże się z przyznawaniem dotacji organizacjom pozarządowym. Jesteśmy zobligowani do bardzo rzetelnego rozliczenia się z tych dotacji. Jest to dla mnie oczywiste, gdyż dysponujemy środkami publicznymi. Jednak to rzetelne rozliczenie łączy się z tym, że musimy przedstawić listy obecności, karty pacjentów. Rozumiem, że za numerem PESEL idą wszystkie dane, ale są one znacznie bardziej ustawowo chronione, niż dane, które przekazujemy urzędnikowi w gminie.

Rozumiem konieczność i obowiązek rzetelnego rozliczania się, ale ten obowiązek nie może mnie zmuszać do łamania podstawowych praw człowieka i pacjenta. Tym stwierdzeniem chciałabym zachęcić państwa do dyskusji.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Władoń: W tej chwili miałam przedstawić problem nadużyć praw człowieka w kontekście doświadczeń klientów Monar. Postanowiłam jednak przeczytać krótki tekst w imieniu osoby żyjącej z narkomanią i HIV, osoby, która opowiedziała o własnym życiu. Jest to cytat z książki, wydanej ostatnio przez UNDP. Myślę, że cytowana wypowiedź jest podsumowaniem tego, o czym mówiliśmy. Przez chwilę spróbujmy się poczuć tak jak ludzie, o których rozmawiamy: „Mam 28 lat. Od dwunastu lat biorę narkotyki z dwuletnią przerwą. Skończyłem szkołę zawodową, ale nigdy nie pracowałem na stałe.

Chwytałem się prac dorywczych po to, żeby mieć na kolejną działkę. Żyłem z dnia na dzień. Doświadczyłem wszystkiego – głodów narkotykowych, konfliktów z policją, zerwania z rodziną, dna ulicy. Kilkakrotnie podejmowałem próby leczenia, ale bez efektu, aż udało się. Przetrwiałem leczenie w ośrodku, wróciłem do swojego miasta i nagle wszystko się zmieniło. Znalazłem pracę w dobrej spółce, poznałem dziewczynę, która mnie zaakceptowała – byłego narkomana z HIV. Bała się, ale zdecydowała się zamieszkać ze mną. Byłem szczęśliwy, aż do momentu, kiedyś ktoś z mojej brygady przyniósł informację, że jestem narkomanem.

Nikt mi tego nie powiedział wprost, że mnie nie chcą, ale atmosfera wokół mnie zagęszczała się. Kiedy szedłem do szatni, ktoś dyskretnie mnie obserwował. Wiadomo, narkoman kradnie albo daje sobie w żyłę. Przestano mi powierzać odpowiedzialne prace, byłem wyraźnie izolowany. Pewnego dnia obudziłem się i więcej tam nie poszedłem. Nie mam pracy, nie mam domu, nie mam dziewczyny. Jestem znów na ulicy. I jeszcze jedno.

Ostatnio jestem w kiepskim nastroju. Jakbym miał wyłącznik, to bym się wyłączył. Czuję się skrzywdzony i oszukany. Miewam myśli samobójcze. Nie wiem, jak to będzie dalej. Sknociłem całe swoje życie. Nie wiem, jak je naprawić. Czasami czuję w sobie straszną wściekłość. Chodzę zły, na wszystkich warczę, szukam zaczepki do zadymy. Wkurzam się na siebie, na swoje życie, na chorobę. Myślę, dlaczego akurat ja zaraziłem się. To mnie hamuje w jakichkolwiek kon-

taktach z innymi ludźmi. Boję się, że jeśli ktoś znajomy dowie się, to mnie odrzuci”.

Mniej więcej to czują nasi podopieczni. Myślę, że musimy im w tym towarzyszyć i każdymi sposobami zmieniać jakość ich życia, pomagać w tym, by przetrwali momenty krytyczne i by umieli znaleźć się w życiu na nowo jako pełnowartościowi ludzie, którzy mają jeszcze wiele do zrobienia.

Zachęcam państwa do wzięcia udziału w dyskusji.

Przedstawiciel wydawcy „Problemów HIV/AIDS” Piotr Dobosz: Gdy kilka miesięcy temu spotkałem się z panią Aleksandrą Dudą i rozmawialiśmy o planach tej konferencji, to pomyślałem, że będzie to doskonałe miejsce i czas, by rozmawiać o sprawach, na które mają wpływ parlamentarzyści.

Rozmawiamy o naszej codziennej pracy z osobami zakażonymi HIV, o pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków. Jako obywatel i człowiek zaangażowany w te sprawy oczekiwałbym, aby również w tym gmachu podejmowano decyzje i wygłaszano słowa, które będą wpływały na prawo. Mówił o tym pan Kajetan Dubiel i pani komisarz Lidia Woć.

Wydaje mi się, że wątek, który na początku swojego wystąpienia poruszył pan Jan Świątkiewicz, koresponduje z wypowiedzią pana dra Ryszarda Zelwiańskiego.

Podam przykład dyskryminacji osoby zakażonej HIV. Być może pan rzecznik rzeczywiście nie spotkał się z sytuacjami dyskryminacji osób zakażonych HIV. Cieszę się z deklaracji pana rzecznika. Z dużą uwagą będę obserwował determinację pana rzecznika w tym zakresie. Podam jednak przykład, nad którym sam pracuję już od prawie półtora roku.

W ubiegłym roku przypadkowo wpadł mi w ręce dokument, którym później zainteresował się pan rzecznik. Każdy z nas zapewne spotkał się z taką firmą jak rozmaitego typu ubezpieczenia. Któregoś dnia zapoznałem się z warunkami ubezpieczeń i pomyślałem, że jako

obywatel mam pytanie do ustawodawcy i do Komisji Nadzoru Ubezpieczeń, czyli służącego nam organu administracji państwowej.

W piśmie obywatelskim do Rzecznika Praw Obywatelskich zapytałem, co myśli o następującej sytuacji, w której postanawiającej się ubezpieczyć osoby nie doczytają ważnego passusu zawartego w każdej umowie ubezpieczeniowej. Zadałem sobie trud zapoznania się praktycznie ze wszystkimi warunkami ubezpieczeń na życie. Okazuje się, że wszyscy jesteście potencjalnie dyskryminowani.

Mówimy o dyskryminacji w miejscu pracy, o dyskryminacji w zakładach opieki zdrowotnej, a jest również dyskryminacja, która dotyczy nas wszystkich. Podejmując decyzję o ubezpieczeniu się każdy z nas naraża się na to, że zakład ubezpieczeń stwierdzi, iż tak naprawdę nie interesuje go, jaki jest nasz status serologiczny w momencie zawarcia umowy.

Trzeba dodać, że o to pyta. Jeśli jako uposażonego wskażemy osobę tej samej płci, która nie jest z nami w bezpośrednim związku krwi, to oczywiście zakład ubezpieczeń zasugeruje nam, że jesteśmy osobami innej orientacji seksualnej, co sprawi, że zostaniemy uznani za tzw. grupę ryzyka i zakład ubezpieczeń nie zawrze z nami umowy.

Zakład ubezpieczeń stawia następujący warunek. Jeśli w chwili zgonu okaże się, że dana osoba była seropozytywna, to zakład ubezpieczeń uprzejmie podziękuje za 40 lub 50 lat finansowania jego działalności i budowy kolejnego czterdziestopiętrowego wieżowca w centrum Warszawy. Dlaczego Sejm, Urząd Rzecznika Praw Obywatelskich, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń nie patrzy na stanowione prawo? Myślę, że celem konferencji jest m.in. obserwowanie tego, jak realizowane jest prawo obywateli do tego, aby chronić nasze prawo do uczciwego traktowania. Jesteśmy mierzeni taką miarą, jaką mierzą siebie firmy ubezpieczeniowe. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że jest to biznes.

Pan rzecznik zapewne pamięta konkluzję pisma prof. Montkiewicza, który stwierdził, że jeśli Urząd Rzecznika Praw Obywatelskich uważa, że coś jest nie w porządku, to można przecież zwrócić się do sądu.

W imieniu swoim i pana dra Ryszarda Zelwiańskiego chciałbym powiedzieć, że jeśli ktokolwiek z państwa spotkał się z dyskryminacją jakiejś osoby w tym zakresie, to bardzo proszę o kontakt z Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich lub ze mną. Chcielibyśmy tę sprawę doprowadzić do końca. Cieszę się, że po siedmiu miesiącach powstał jakiś dokument, gdyż naruszane są nasze prawa obywatelskie. Art. 32 ust. 2 Konstytucji daje nam prawo do tego, abyśmy nie byli dyskryminowani w żadnym zakresie. W tych okolicznościach jesteśmy potencjalnie dyskryminowani w każdym zakresie.

Liczę na to, że ten gmach i nasze spotkanie będzie służyło nie tylko wymianie poglądów na temat naszych kłopotów i skutków naszej działalności. Starajmy się również wyegzekwować prawo, które pozwoli nam skuteczniej i efektywniej pracować.

Przedstawiciel wydawcy „Problemów HIV/AIDS” oraz Stowarzyszenia „Lambda” – Warszawa Adam Koleśnik: Chciałbym odnieść się do sprawy dyskryminacji w służbie zdrowia. Myślę, że tego problemu nie zwalczymy dopóty, dopóki np. ordynatorzy oddziałów nie zabronią paniom pielęgniarkom wpisywania na kartkach wielkich czerwonych liter: HIV+, HBS+, HVC+ itd. Poza tym po wpisaniu tych literek panie pielęgniarki mimo wszystko powinny podchodzić do pacjentów w rękawiczkach. Chodzi więc o problem szeroko pojętej edukacji, która u nas cały czas kuleje.

Podczas kursów dla lekarzy w ramach stażu dyplomowego mówi się wyraźnie, że bezpłatne testowanie jest działaniem zupełnie bezsensownym, gdyż nic nie daje wynik bez nazwiska. Oczywiście, dla lekarza wynik bez nazwiska nie ma żadnego znaczenia, natomiast dla naszego działania w zakresie redukcji szkód absolutnie podstawową sprawą jest możliwość bezpłatnego i dostępnego dla wszystkich testowania.

Pragnę powiedzieć o problemie, z którym Stowarzyszenie Lambda-Warszawa spotkało się na początku tego roku przy okazji załatwiania dotacji na swoją działalność z m.st. Warszawy. Gdy zapadają decyzje w tej kwestii, bardzo często wysuwa się zupełnie pozameryto-

ryczne argumenty. Komisja zajmująca się opiniowaniem wniosków o dotacje wysunęła w tym przypadku argument mówiący o tym, że osoba homoseksualna w żaden sposób nie może pomagać innym osobom, które są potencjalnie zagrożone ze względu na wysoką ilość zachowań ryzykownych. Komisja uznała, że jedynym celem takiej organizacji jest promowanie homoseksualizmu jako zjawiska społecznego.

Myślę, że problem jest bardzo szeroki. Bardzo istotna jest tu edukacja i mówienie o tym problemie w sposób poważny i kształtujący jakieś pozytywne rozwiązania.

Pragnę podziękować za wypowiedź pani Kindze Brender. Problem HIV/AIDS powinien w końcu stać się zupełnie normalną sprawą. Powinniśmy traktować tę chorobę jak inną chorobę przewlekłą i tak o niej mówić. Mimo znacznego zmniejszenia ilości wykonywanych badań w kierunku kiły cały czas ilość stwierdzanych przypadków tej choroby pozostaje na tym samym poziomie.

Nie jest to więc kwestia mówienia wyłącznie o HIV/AIDS. Chodzi o szeroko pojętą edukację seksualną, która powinna być kierowana nie tylko do szczególnie narażonych środowisk, ale po prostu do wszystkich. Właśnie to powinno być naszym celem i do tego powinniśmy dążyć.

Przedstawicielka Krajowego Centrum ds. AIDS Elżbieta Przelawska: Cieszę się z dzisiejszego spotkania, ale znów łączy się dwa problemy w jeden wzmacniając niedobry stereotyp mówiący o tym, że zakażenia HIV na pewno wiążą się z problemem osób uzależnionych. Nie twierdzą, że te zagadnienia nie nakładają się na siebie.

W edukacji wielu grup zawodowych moje Biuro boryka się ze schematem, że człowiek żyjący z HIV na pewno jest osobą uzależnioną. W drugiej kolejności mówi się o tym, że na pewno jest homoseksualistą. Polakom nie przychodzi do głowy trzecie stereotypowe skojarzenie, że osoba żyjąca z HIV to prostytutka.

Łączenie zakażeń HIV z problemem osób uzależnionych jest zrozumiałe dla nas, fachowców. Często razem rozmawiamy i wiele rzeczy robimy wspólnie. Jednak to łączenie ma swoją wadę. Osoby, które

na co dzień nie pracują z problemem HIV/AIDS, mogą odnieść wrażenie, że dotyczy on przede wszystkim osób uzależnionych. Pragnę powiedzieć, że nasza praca polega na profilaktyce i to nie tylko łączonej ze sprawą uzależnienia czy kontaktu z narkotykami, ale także związanej ze sprawą edukacji seksualnej.

„Małżeństwo” uzależnień i HIV/AIDS ma również swoje głębokie uzasadnienie w myśleniu społecznym. Nie powinno być ono dobrym kierunkowskazem dla działań fachowców. W 1999 roku spytaliśmy reprezentatywną grupę dorosłych Polaków o to, jakie – według nich – choroby są groźne. Daliśmy do wyboru wiele chorób, w tym chorobę psów, co było jednym z dziwnych pomysłów socjologów. Były tam także ciężkie schorzenia jak: zespół Downa, nowotwór kości, nowotwór płuc, schizofrenia, ale była też narkomania i HIV/AIDS. Okazało się, że HIV/AIDS był na pierwszym miejscu a narkomania na drugim. Reszta chorób znalazła się dużo niżej. Wciąż jeszcze mamy do czynienia z takimi lękami, z narkofobią i HIV-fobią.

Chciałabym, aby np. odbyło się spotkanie na temat praw człowieka kobiet samotnie wychowujących dzieci – osób żyjących z HIV. Możemy też zorganizować konferencję w ogóle o prawach człowieka w kontekście HIV/AIDS ale nie wyłącznie w kontekście uzależnień. Przecież problem HIV/AIDS to nie tylko problem uzależnień.

Wszyscy mówią o potrzebie przygotowania sensownych działań profilaktycznych w szkołach lub w miejscach, gdzie można spotkać młodych i bardzo młodych ludzi. Od kilku lat obserwujemy, że bardzo zła jest współpraca z agendami lub z decydentami na poziomie wprowadzania działań profilaktycznych w podstawowych placówkach oświatowych. Biuro ds. Narkomanii jest biurem Ministra Zdrowia, a więc nie tej agendy, która jest odpowiedzialna za profilaktykę w szkołach. Krajowe Centrum ds. AIDS również jest agendą Ministerstwa Zdrowia i nie bardzo może „mieszać” w ścieżkach programowych szkół. Chyba nie musimy państwu mówić o realizacji tych ścieżek programowych.

Trzeba by odpowiedzieć na pytanie: czy rzeczywiście w szkołach realizowana jest ta profilaktyka? Myślę, że jest to pole do pracy za-

równy dla osób zajmujących się działaniami w zakresie narkomanii jak i w zakresie HIV/AIDS.

Nie będę już mówić o zmniejszających się środkach finansowych. Jesteśmy już do tego przyzwyczajeni i chyba nic się na to nie poradzi.

Przedstawicielka UNDP Aleksandra Duda: Dzisiaj już kilkakrotnie była mowa o stereotypie i o możliwym wzmacnianiu stereotypu łączenia zakażenia HIV z narkomanią dożylną.

Świadomie wybraliśmy temat polityki państwa wobec narkomanii w kontekście rozwoju epidemii HIV. Jest to szczególnie ważne w sytuacji naszego regionu, w którym główną drogą zakażeń jest dożylny przyjmowanie narkotyków.

Był to świadomy wybór tematu. Został on wybrany przez Fundację Sovosa, UNDP, które są niezwykle wyczulone na punkcie wzmacniania bądź nieuznawania stereotypu. Być może został popełniony jakiś mały błąd w sformułowaniu tematu, skoro pojawiły się wątki mówiące o stereotypie.

Zdaje się, że pani Kinga Brender powiedziała, iż w Polsce jest dość dobrze. Jeśli poprzestaniemy na takim stwierdzeniu, to nigdy nie zrobimy postępu. Nie będziemy także przygotowani na zagrożenia, które przychodzą do nas zewsząd – także zza wschodniej granicy. Nie możemy czuć się komfortowo, jeśli stwierdzimy, że jest dobrze.

Przedstawicielka Krajowego Centrum ds. AIDS Elżbieta Przeclawska: Jedno zdanie komentarza. Bardzo się cieszę z tego „małżeństwa” HIV/AIDS i narkomanii. Być może jest to jedyna droga, by o HIV/AIDS mówić w tym gmachu.

Przedstawicielka Stowarzyszenia Monar Danuta Wiewióra: Przez chwilę byłam nieobecna na sali, ale właśnie dzisiaj rozpoczyna się akcja anonimowego testowania i musiałam wyjaśnić pewną sprawę.

Na stałe pracuję jako terapeuta uzależnień w Stowarzyszeniu Monar, jestem koordynatorem Telefonu Zaufania AIDS i jednocześnie pracuję w punkcie anonimowego testowania. Dzięki tym zajęciom mam ogromną okazję sprawdzenia różnych tez i informacji.

Mówiono dzisiaj o dyskryminacji. W sobotę odbyłam bardzo długą rozmowę z panem z okolic Krosna, który był przetestowany w 1996 roku. Dopiero teraz zdecydował się na leczenie i oczywiście mu go odmówiono. Ten człowiek nawet nie zdążył być dyskryminowany. Uważam, że powinniśmy się zająć obawą przed dyskryminacją. Przez siedem lat ten człowiek nie pokazał się w żadnym miejscu w obawie przed dyskryminacją.

Nie wiem, co prawnie można zrobić z obawą przed dyskryminacją. Zwrócenie się do Rzecznika Praw Obywatelskich jest równoważne z rozszyfrowaniem swoich danych. Takich sytuacji mamy niezwykle dużo. Poddaję pod rozwagę pytanie: co można zrobić z anonimowym zgłoszeniem?

Osoba, o której mówię, kiedyś brała narkotyki i udało jej się wyleczyć. Z rozmowy wynikało, że ta osoba przez 7 lat miała różnego rodzaju kontakty seksualne, nie zawsze zabezpieczone, gdyż obawiała się informowania o swoim statusie. Myślę, że jest to bardzo ważne źródło transmisji, chyba ważniejsze niż podają to dane. Pracuję w punkcie anonimowego testowania i wiem, że wiele osób nie przyznaje się do tego, że drogą transmisji były narkotyki. Nasze dane wyglądają lepiej niż jest w rzeczywistości.

Często pada pytanie: czy jest pan uzależniony? Ze względu na hierarchię spadania w dół człowiek raczej powie, że pękła prezerwatywa w agencji towarzyskiej, gdyż to się może zdarzyć każdemu. Tak nie jest z narkotykami.

Warto, by takie spotkanie jak dzisiejsze było podsumowane czymś w rodzaju raportu. Nie mam pojęcia, jak oceniać podawane dane. Pokazywane są różne tabele, wykresy i lata. W stosunku do danych policyjnych bardzo duży niepokój muszą budzić informacje podane przez prof. Wiktora Osiatyńskiego.

Na obydwu polach działałam od samego początku i do pewno czasu zaczynam czuć coś w rodzaju obawy. Ciągłe sobie powtarzamy, że w Polsce jest dobrze, że jesteśmy przykładem, że udało się. Na te same szkolenia jeździłam z ludźmi z Rosji i Ukrainy. Startowaliśmy z taką samą liczbą ludzi zakażonych.

Nie mamy chwili do zastanowienia się nad tym, co stanowiło nasz sukces a co teraz jest zagrożeniem. Powielamy pewne metody działania, często takie, na które są pieniądze. Elżbieta Przećławska nie chciała mówić o pieniądzach, ale jednak w tej chwili zaczyna się robić dramatycznie. Praktycznie cały budżet na profilaktykę zostanie „zjedzony” przez leki. Prowadzę telefon zaufania prawie od 10 lat, a w 2004 roku będę miała połowę środków roku 1996. Prowadząc całodobowy serwis nie jestem w stanie już niczego ograniczać. Nie mogę zrobić dwóch zamiast pięciu prelekcji. Nie chcę narzekać, ale po prostu tak wygląda sytuacja. Co roku mówi się nam, że mamy mniej środków – o 10, 12 lub 15%.

W zasadzie nie ma również żadnych środków wobec zagrożenia zza wschodniej granicy. Nie zostały przyznane żadne środki z globalnego funduszu. Jeżeli nie zaczniemy się bronić, to obawiam się, że sytuacja bardzo się pogorszy.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Władoń: W związku z dramatycznym przekroczeniem czasu dziękuję państwu za tę część sesji i oddaję głos pani Katarzynie Piekarskiej.

Katarzyna Piekarska: Czy są jeszcze zgłoszenia do dyskusji?

Osoba zakażona HIV (nazwisko poufne): Do tej pory wiedziałem, że w Polsce obowiązuje przepis, który jest stosowany przez MSZ. Chodzi o sytuację, gdy konsulowie wydają wize cudzoziemcom ubiegającym się o stypendia na naukę w Polsce. Polska jest jednym z krajów, które wymagają certyfikatu odnośnie HIV. Jesteśmy na czarnej liście takich restrykcyjnych krajów. Na pierwszym miejscu tej listy są Stany Zjednoczone. Czy ten przepis jest stosowany w dalszym

ciągu czy też przestał obowiązywać w ramach wchodzenia do Unii Europejskiej.

Katarzyna Piekarska: Niestety, nie wiem, ale to sprawdzę.

Przedstawicielka Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Anna Luboińska-Rutkiewicz: W tej chwili nie ma takiego przepisu. Zawarty w ustawie o cudzoziemcach przepis mówi, że można się ubiegać o pobyt stały, a ewentualnie straż graniczna może nie wpuścić do Polski osoby, jeśli stanowi to zagrożenie dla zdrowia publicznego. Nigdzie nie ma ścisłego zdefiniowania tego zagrożenia, a więc może to dotyczyć np. SARS albo HIV.

Dzisiejsza rozmowa sprawiła, iż obawiam się tego, że w tej chwili zaczniemy bronić się przed grożącą nam zarazą ze Wschodu – narkotyków, HIV i wszystkich strasznych rzeczy. Przed nami jawi się kolejny syndrom, z którym następnie będziemy walczyli przez całe lata. Dzisiaj walczymy z pewnymi stereotypami związanymi z HIV. Bardzo bym chciała, abyście państwo mieli na uwadze tego typu zagrożenia.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Włodoń: Uczestniczące w dzisiejszym spotkaniu organizacje pozarządowe i instytucje od lat pracują za wschodnią granicą. W obwodzie kaliningradzkim Stowarzyszenie Monar pomogło uruchomić ośrodek leczenia narkomanów. W tej chwili funkcjonują tam 3 takie ośrodki. Prowadzimy również program więzienny. W zeszłym tygodniu nasza delegacja i delegacja Centralnego Zarządu Służby Więziennej wróciła z wyjazdu, związanego z technicznym doradztwem odnośnie wprowadzania programów terapeutycznych w więzieniach. Marek Zygałdo prowadzi ogromną liczbę szkoleń adresowanych do naszych sąsiadów zza wschodniej granicy.

Nasze działania rozpoczęły się w 1994 roku i myślę, że zrobiliśmy bardzo dużo, by nie dopuścić do takiego pojmowania problemu, o jakim powiedziała przed chwilą pani Anna Luboińska-Rutkiewicz.

Nie można nam odmówić znajomości rzeczy i ogromnej empatii w postrzeganiu problemu. Poza ogromnym profesjonalizmem, entuzjazmem i sercem organizacje pozarządowe mają szczególnie poziom empatii.

Katarzyna Piekarska: Nie ma już na sali pana dyr. Kajetana Dubiela. Poskarżę się więc gen. Pyrcakowi – szefowi służby więziennej. Znalazłam im w budżecie 2 mln zł, które wygospodarowałam z budżetu Rzecznika Praw Obywatelskich (z pilotażowego biura) i z budżetu Sądu Najwyższego – ze środków na mieszkania dla sędziów. Posiedzenie komisji Finansów Publicznych rozpatrującej projekt budżetu odbędzie się dopiero 26 listopada br.

Wiceprezes Zarządu Głównego Monar Jagoda Włodoń: Kajetan Dubiel właśnie wrócił z Kaliningradu i Wilna, gdzie razem z nami uczył, jak wprowadzać programy terapeutyczne. Na pewno to go choć trochę usprawiedliwia.

Katarzyna Piekarska: Oczywiście, mówiłam to pół żartem, pół serio. Wydaje mi się, że w budżecie jest zdecydowanie za mało środków na więziennictwo i ośrodki terapeutyczne. Wiemy jednak, jaka jest sytuacja budżetu państwa.

Proszę pana dra Jerzego Świątkiewicza o podsumowanie dzisiejszej konferencji.

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich Jerzy Świątkiewicz: Na dzisiejszej konferencji zaprezentowano wiele ciekawych referatów i wypowiedzi. Nie chciałbym zakończyć tego spotkania stereotypowym stwierdzeniem, że nie ośmielałam się dokonać podsumowania.

Pragnę podzielić się z państwem kilkoma nasuwającymi mi się refleksjami. Poza tym chciałbym się odnieść do spraw adresowanych do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Trzeba wyrazić głębokie uznanie dla inicjatywy Komisji Sprawiedliwości i Praw człowieka oraz UNDP, by ten temat został podjęty. Bardzo dobrze, że planowana jest publikacja materiałów z dzisiejszej konferencji. Będzie można do nich sięgnąć i odpowiednio je wykorzystać.

W dyskusji wyrażano różne poglądy na temat stanu tego zjawiska. Jedni byli pesymistami a inni prezentowali bardziej optymistyczne opinie. Wydaje się, że w tym momencie można przytoczyć dowcip o dwóch przyjaciółach, którzy spotkali się po 20 latach. Obaj byli właścicielami kin. Jeden mówił, że jest mu bardzo dobrze, a drugi mówił, że jest źle, bo sprzedaje tylko 50% biletów.

Ważne jest więc pokłosie naszej dzisiejszej debaty. Wszyscy jesteśmy zgodni co do tego, że trzeba przeciwstawiać się identycznemu traktowaniu producenta, handlarza narkotyków i ich ofiary.

Kolejny problem to kwestia regulacji prawnych. Zastanawialiśmy się nad tym, do czego ma prowadzić zaostrzenie przepisów prawa. Przeważają poglądy mówiące o tym, że problemu nie można rozwiązać przy pomocy ostrości prawa. W czasach przedrozbiorowej Polski kara wbicia na pal groziła za 3 rodzaje przestępstw, m.in. za napad na drogach. Czy wobec tego nie było wtedy napadów na drogach?

Chodzi zatem o wykrywalność i szybką reakcję. Usłyszeliśmy, że w więzieniach jest 83 tysiące osadzonych na 60 czy 63 tysiące miejsc. Gorsze jest to, że 25-30 tysięcy ludzi z wyrokami chodzi po ulicach, upada autorytet prawa a te osoby nie odbywają zasądzonej kary.

Trzeba zatem sięgać do środków nieizolacyjnych albo rezygnować z wykonania kary więzienia, jeśli dana osoba podda się reżimowi leczenia.

Mówiono dzisiaj o nowych aktach prawnych. Ks. Arkadiusz Nowak kwestionował planowane rozwiązania w projekcie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Wyraził także pogląd, że być może dla HIV należałoby opracować osobną ustawę. Oczywiście, jest to zadanie dla naszego parlamentu, do którego będzie należeć ostateczna decyzja bez względu na to, czy będzie to inicjatywa rządowa czy też

poselska. Bardzo dobrze, że spotykamy się z tak dużym zainteresowaniem Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka.

Uważam, że ciągle zmiany przepisów do niczego nie prowadzą. Mamy inflację przepisów. W zeszłym roku Dzienniki Ustaw liczyły 15.500 stron i ważyły 42 kilogramy. Już nikt nie może się rozeznąć w tych zmianach przepisów.

Zanim wydamy nowe przepisy, powinniśmy mieć rozeznanie na temat działania dotychczasowych, tzn. czy są one prawidłowo stosowane i egzekwowane. Jeśli nie osiąga się rezultatów poprzez wykładnię przepisów prawa, ich prawidłowe stosowanie i egzekucję, to trzeba sięgać do nowych rozwiązań.

Jeśli będzie ustawa kodyfikująca przepisy z zakresu zwalczania chorób zakaźnych, to nic nie stoi na przeszkodzie, by wspólne zagadnienia zamieścić w przepisach ogólnych. W dalszych częściach ustawy można wprowadzić rozdziały, zawierające przepisy szczególne, które np. będą dotyczyły zakażeń HIV, zwalczania narkomanii, zwalczania chorób wenerycznych itd. W ten sposób uzyska się kompleksowe rozwiązanie, będące zgodne z zasadami prawidłowej legislacji.

Chciałbym zastanowić się nad wykorzystaniem istniejących przepisów prawnych. Mówiono dzisiaj o kontrolowaniu wykonania przepisów prawa przez Rzecznika Praw Obywatelskich. Rzecznik jest organem kontroli. Jeśli nie ma informacji o naruszeniach przepisów prawa, np. prawa do prywatności, intymności, do usług lekarskich itd., to nie może podejmować takich spraw. Jeżeli mówimy o pewnej poprawie, to odwołujemy się jedynie do wiedzy, którą dysponujemy. W tej chwili nie ma już takich przypadków, by gminne rady podejmowały uchwały o tym, że na swoim terenie nie życzą sobie domów dla osób z HIV.

A pamiętajmy, że zdarzały się nawet przypadki podpaień itd. Jeśli nawet zdarzają się przypadki sprzeciwu, to nie mają już one takiej skali jak wcześniej. Niewątpliwie, można tu mówić o poprawie.

Będziemy wdzięczni za każdy sygnał. Z tego powodu umówiłem się z panią Kasią Malinowską-Sempruch, aby przekazała nam informację dotyczącą owego bardzo drastycznego przykładu, o którym

mówiła. Ks. Arkadiusz Nowak również powiedział, że dysponuje takimi przykładami. Proszę nam o nich powiedzieć.

Na początku tego roku Rzecznik Praw Obywatelskich wyodrębnił z Departamentu I, zajmującego się ogólnymi zagadnieniami konstytucyjnymi, Zespół Ochrony Zdrowia. chodzi właśnie o intensyfikację naszych działań.

W dyskusji powiedziano, że przed udaniem się o pomoc do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich powstrzymuje obawa przed ujawnieniem swoich danych. Dowodzi to nieznamomości przepisów prawa. W naszej ustawie jest przepis mówiący o tym, że Rzecznik Praw Obywatelskich odmawia ujawniania danych. Tak np. było w wypadku zdarzenia niezwiązanego z ochroną zdrowia. Domagano się od nas ujawnienia nazwiska informatora i oczywiście Rzecznik odmówił. Należy mieć do Rzecznika pełne zaufanie w tym względzie.

Kwestia zakładów ubezpieczeniowych. Pan dr Ryszard Zelwiański wyraźnie powiedział, że w tej chwili nie możemy zmusić Sądu Najwyższego do zajęcia stanowiska, ponieważ odpowiedni przepis prawny mówi, iż tzw. uchwała abstrakcyjna przez rozszerzony skład siedmiu sędziów, który nadto może być jeszcze wpisany do księgi zasad prawnych, może mieć miejsce wtedy, gdy wystąpiły rozbieżności w orzecznictwie sądowym. Jeżeli takie rozbieżności nie wystąpią, to Sąd Najwyższy odmówi udzielenia odpowiedzi.

Pan dr Ryszard Zelwiański powiedział o innej drodze. Jeżeli będziemy mieli sygnał o odbywającym się procesie, to Rzecznik Praw Obywatelskich ma prawo wstąpić do toczącego się postępowania. Będzie w nim uczestniczył na prawach strony i przeprowadzi tę sprawę przez wszystkie instancje – łącznie z Sądem Najwyższym. Wydaje mi się, że trzeba o tym pamiętać.

Pragnę zwrócić uwagę na zagadnienia profilaktyki, a więc informacji o stanie prawa, o szkodliwości chorób, o zapobieganiu i leczeniu. Wydaje się, że szczególną rolę musi tu odegrać szkoła we współdziałaniu z rodzicami. Jest tu również miejsce na działania związków wyznaniowych, kościołów. Nie do przecenienia jest rola organizacji

społecznych. Bardzo dobrze, że sprawa profilaktyki znalazła taki szeroki odzew.

Chciałbym zwrócić uwagę na ciekawą propozycję opracowania raportu, Być może sporządzenie takiego raportu posłużyłoby opracowaniu kompleksowego programu.

Katarzyna Piekarska: Proszę o zabranie głosu panią Joanne Csete.

Dyrektor Programu Praw Człowieka i HIV/AIDS Joanne Csete: Bardzo żałuję, że nie mówię po polsku. Chciałabym podziękować UNDP za to, że zapewniła tłumaczenie, którego byłam główną beneficjentką. Dziękuję również tłumaczom.

Pragnę podziękować pani Katarzynie Piekarskiej. Brałam udział w spotkaniach parlamentarnych, na których w ogóle nie było parlamentarzystów. Myślę, że pani posłanka znakomicie wypełniła swoją rolę i liczymy na to, że nasze wnioski przekaże pani swoim kolegom.

Dzisiaj bardzo wiele się dowiedziałam. Human Rights Watch z dużym zainteresowaniem będzie obserwowało opracowanie waszej ustawy o chorobach zakaźnych a także politykę w zakresie HIV/AIDS.

Chciałabym się odnieść do wielu kwestii, ale ze względu na brak czasu ograniczę się do komentarza odnośnie zobowiązania Polski w zakresie zwalczania HIV/AIDS metodami zgodnymi z Kartą Praw Człowieka.

Wydaje mi się, że w tym regionie mamy do czynienia z wiecznymi projektami pilotażowymi w zakresie ograniczania szkód i zwalczania HIV/AIDS. Programy metadonowe przez 2-3 lata są w fazie pilotażowej, a przez kolejne 2-3 lata są oceniane i nigdy się nie rozwijają. Pytamy: ilu macie w kraju narkomanów? Słyszymy, że jest ich 20-30 tysięcy, a na pytanie o program metadonowy słyszymy odpowiedź, że jest program pilotażowy obejmujący 120 osób, a jego wyniki będą badane przez następne 3 lata. Wydaje mi się, że utrudnia to działania

w zakresie redukcji szkód. Pragnę zauważyć, że bardzo trudno jest zwalczyć takie pozorne zaangażowanie.

Nie słyszałam chyba smutniejszej historii niż ta, w której matki narkomanów wołałyby widzieć swoje dzieci w więzieniach niż na cmentarzach.

Jeśli Polska poważnie myśli o zwalczaniu AIDS metodami opartymi na przestrzeganiu praw człowieka, to bardzo ważna jest metoda redukcji szkód. Europejskie Centrum Monitoringu Uzależnień Narkotykowych słyszy, że Polska jest bardzo zaangażowana w tę sprawę. Jeśli tak jest, to bez wątpienia należałoby zainwestować w informowanie polskiej opinii publicznej o metodach ograniczania szkód, o tym, jak ważne jest zapobieganie AIDS w całej populacji, w tym oczywiście w rodzinach osób, które nadużywają narkotyków.

Stany Zjednoczone są środowiskiem niezwykle wrogim działaniom z zakresu ograniczania szkód. Rząd zlecił opracowanie 8 znakomych raportów, które podają wszelkie możliwe argumenty świadczące o tym, jak ważna dla zapobiegania AIDS jest wymiana igieł i strzykawek. Jednak z przyczyn politycznych rząd nie zainwestował w taką publikację wyników tych badań, by mogła je zrozumieć opinia publiczna.

Choć w Stanach Zjednoczonych jest mnóstwo więzień, to tylko w dwóch (w Nowym Jorku i Los Angeles) stosowana jest terapia meta-donowa. Chciałabym móc zabrać ze sobą pana Kajeatna Dubiela, gdyż nigdy w życiu nie słyszałam, by przedstawiciel więziennictwa wypowiedział się w ten sposób. Można by pomyśleć, że w wielkich miastach ludzie są bardziej tolerancyjni. Tak nie jest. Po prostu zainwestowano w poinformowanie opinii publicznej o tym, w jaki sposób takie środki chronią wszystkich, a nie tylko podwójnie stygmatyzowane osoby, które są zarówno więźniami, jak i osobami uzależnionymi od narkotyków.

Ludzi można nauczyć, poinformować o tym, że niektóre środki są cenne dla społeczności. Jeśli ludzie zostaną o tym poinformowani, to mogą zmienić swój sposób myślenia. Wydaje mi się, że oprócz odpowiedzialności rodziców, kościoła i społeczności lokalnej to właśnie

rząd jest odpowiedzialny za edukowanie opinii publicznej. Jest to element zobowiązania opartego na przestrzeganiu praw człowieka.

Mam nadzieję, że Polska podejmie decyzję o tym, aby stać się globalnym liderem w zwalczaniu HIV/AIDS przy pomocy metod opartych na prawach człowieka. Wydaje mi się, że moglibyście państwo odegrać tu niezwykle ważną rolę i bardzo się wyróżnić. W pewnym momencie trzeba zaufać temu, że odpowiednio poinformowana opinia publiczna może być naszym potężnym sprzymierzeńcem.

Chciałabym podziękować państwu za waszą pracę, a pani posłance Katarzynie Piekarskiej za prezentowanie kwestii praw człowieka w parlamencie.

Katarzyna Piekarska: Zmierzamy do końca naszego spotkania. O tym, że temat był interesujący, świadczy przekroczony czas. Myślę, że moglibyśmy jeszcze długo dyskutować.

Chciałabym państwu bardzo serdecznie podziękować. Gdy z panią Aleksandrą Dudą omawiałam przygotowanie tej konferencji, to nie przypuszczałam, że jest to tak bardzo ciekawy temat i że w tej sprawie jest jeszcze tak wiele do zrobienia.

Szczególne podziękowania pragnę złożyć na ręce pani Joanne Csete, która specjalnie przyjechała do Polski na naszą konferencję. Bardzo serdecznie pani dziękujemy. Pani Joanne Csete była w wielu krajach i badała ten problem i dlatego bardzo jest dla nas cenne takie szersze spojrzenie.

Dziękujemy także pani Aleksandrze Dudzie.

Niestety, posłowie nie dopisali, ale tak jak mówiłam, częściowo jest to wina dnia tygodnia lub różnych poselskich zajęć. Postanowiłam zorganizować posiedzenie Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka, na które zaprosimy Rzecznika Praw Obywatelskich i organizacje pozarządowe. Temat posiedzenia będzie dotyczył praktyki związanej z polityką karną w tym obszarze. Państwa wypowiedzi świadczą o tym, że jest to problem. Być może trzeba będzie od nowa rozpocząć dyskusję na ten temat, choć nie ma klimatu politycznego na zmianę tej ustawy. Na pewno jest klimat polityczny do tego, by szkolić prokura-

torów i sędziów, aby wykorzystywali istniejące w polskich przepisach możliwości prawne. Niestety, bardzo polskie jest to, że „się nie chce chcieć”. Trzeba zrobić wszystko, aby prokuratorom „chciało się chcieć”.

Wszystkich, którzy chcą włączyć swój głos do planowanej publikacji, prosimy o kontakt z Komisją Sprawiedliwości i Praw Człowieka.

Na koniec chciałabym się z państwem podzielić pewną anegdotyczną historią, która może potwierdzić odbytą sporą drogę w zakresie edukacji. Pięć lat temu byłam świadkiem wypadku drogowego. Czekając na pogotowie okryłam ofiarę wypadku swoim płaszczem. Podszewka została pobrudzona krwią, więc płaszcz zaniiosłam do pralni. W dwóch pralniach nie chciano go przyjąć, gdyż na pytanie o to, jaka to jest krew, zgodnie z prawdą odpowiadałam, że jest to krew ludzka.

W trzeciej pralni powiedziałam, że jest to krew mojego jamnika, który się pokaleczył. I płaszcz przyjęto. Myślę, że obecnie taka historia już by się nie wydarzyła. W tej chwili uświadomiłam sobie, że w samochodowym zestawie pierwszej pomocy nie mam jednorazowych rękawiczek. Wydaje mi się, że moi znajomi również ich nie mają, a jest to niezbędne, by móc udzielić pierwszej pomocy na drodze.

Przedstawicielka Krajowego Centrum ds. AIDS Beata Zawada: Jestem koordynatorem programu leczenia antyretrowirusowego. Myślę, że byłoby dobrze, gdyby planowane posiedzenie Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka odbyło się równie z udziałem sejmowej Komisji Zdrowia. Jestem lekarzem i przede wszystkim zajmuję się zapewnieniem leków antyretrowirusowych. Danusi Wiewiórze pragnę powiedzieć, że leki nie pochłaniają pieniędzy przeznaczonych na profilaktykę.

W tej chwili mamy już bardzo dużo pacjentów i za moment może się okazać, że mamy za mało środków na leki. Po prostu za mało jest pieniędzy i na leki i na profilaktykę. Nie odbieramy środków profilaktyczne, lecz stale przybywa nam pacjentów, a leczenie jest bardzo drogie. Być może pomoże np. Komisja Zdrowia.

Katarzyna Piekarska: Oczywiście zwrócę się do przewodniczącej Komisji Zdrowia – pani prof. Barbary Błońskiej-Fajfrowskiej i być może uda się zorganizować wspólne posiedzenie obu Komisji, choć dość skomplikowaną sprawą będzie znalezienie odpowiedniej sali dla tak licznych Komisji.

Chciałabym poinformować o organizowanej w Popowie (1 i 2 grudnia br.) konferencji poświęconej probacji. Zapraszam państwa do udziału w tym spotkaniu. Będą panele dyskusyjne, a więc dyskusje będą toczyły się równolegle. Ja będę prowadziła drugi dzień konferencji, zaś pani prof. Teresa Liszcz – pierwszy.

Dziękuję państwu za udział w dzisiejszej konferencji.

Lista uczestników konferencji

Marek Beniowski	Piotr Jabłoński	Elżbieta Przećławska
Mirosław Błoniarz	Jarosław Kędzia	Maria Rogalewicz
Ewa Boroń	Adam Koleśnik	Dorota Rogowska-Szadkowska
Magdalena Borowska	Aneta Kowalska	Magdalena Ruszkowska-Cieślak
Kinga Brendler	Marzena Krajewska	Monika Sawicka
Grażyna Budka-Konieczny	Krzysztof Krajewski	Elżbieta Sobkowiak
Maria Burowska	Grzegorz Król	Krystyna Staniewska
Elżbieta Byrtek	Marzena Ksel	Andrzej Staniszewski
Jacek Charmast	Anna Kuciak	Małgorzata Stawicka
Karina Chmielewska	Damian Kuleta	Małgorzata Stępak
Monika Chmielewska	Agnieszka Kurałowicz	Marek Świdorski
Magdalena Chustecka	Irena Kuroczycka-Saniutycz	Adrian Szatkowski
Elżbieta Ciastoń-Przećławska	Dorota Latarska-Smuga	Jerzy Świątkiewicz
Joanne Csete	Anna Lis	Hanna Świeszczakowska
Alina Czajkowska	Anna Lubońska-Rutkiewicz	Maria Tatarska
Barbara Daniluk-Kula	Kasia Malinowska-Sempruch	Tolios
Barbara Dobias-Mola	Andrzej Martuszewicz	Wojciech Tomczyński
Piotr Dobosz	Anna Marzec-Bogusławska	Piotr Urban
Kajetan Dubiel	Beata Mońka	Magdalena Wantała
Aleksandra Duda	Andrzej Niewielski	Agnieszka Wantuch
Maria Dziedzic	Anna Nowak	Katarzyna Wasilewska
Adam Easton	Arkadiusz Nowak	Danuta Wiewóra
Jerzy Fiałkiewicz	Wiktor Osiatyński	Jadwiga Władoń
Giuseppe Finocchiaro	Kazimiera Oszejca	Lidia Woć
Elżbieta Gabkowiak	Jacek Owczarski	Grzegorz Wodowski
Joanna Gałaj	Katarzyna Piekarska	Tomasz Wojtasik
Brian George	Danuta Piwińska	Beata Zawada
Colin Glennie	Regina Podlasin	Ryszard Zelwiański
Beata Gładys	Agnieszka Popławska	Włodzimierz Ziemia
Wojciech Golda	Marta Prokopczyk	Marek Zygałdo
Zbigniew Izdebski		