

Faktai apie žalos mažinimą

Kas yra žalos mažinimas?

Vidurio ir Rytų Europoje injekcinių narkotikų vartojimas yra pagrindinis ŽIV perdavimo būdas. Narkotikų vartojimas yra plačiai paplitęs; Jungtinių tautų Narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras apytikriai apskaičiavo, kad kiekvienais metais 1998-2000 metų laikotarpiu 185 milijonai žmonių visame pasaulyje vartojo nelegalius narkotikus¹

Tačiau, remiantis Pasaulinės sveikatos organizacija (PSO), veiksmingų priemonių užkertančių kelią nelegalių narkotikų vartojimui nėra.² Kiekvienoje šalyje, kiekvienoje kultūroje narkotikai yra vartojami, nepaisant to, kad stengiamasi pažaboti jų vartojimą ir prekybą. Todėl programos, kurios tik prevencijos būdu siekia sustabdyti narkotikų vartojimą, iš esmės yra neefektyvios stabdant ŽIV plitimą.

Vietoj to žalos mažinimas sutelkia dėmesį į pasiekiamus tikslus. Sutelkiant jėgas mažinti žalai susijusiai su narkotikų vartojimu, o ne vien tik šalinti patį vartojimą, žalos mažinimas gali užkirsti kelią plisti infekcijoms, tarp jų ŽIV/AIDS ir hepatitui; sumažinti perdozavimo ir kitų su narkotikais susijusių mirties atvejų riziką; sumažinti tą neigiamą įtaką, kurią narkotikų vartojimas gali turėti atskiriems asmenims ir bendruomenėms, įskaitant ir skurdą bei nusikalstamumą.

Žalos mažinimo programos į narkotikų vartojimą žiūri iš realistiško ir pragmatiško visuomenės sveikatos taško ir koncentruojasi ties pasiekiamais tikslais. Be to, užkirsdomos per kraują perduodamų infekcijų plitimą tarp injekcinių narkotikų vartotojų (INV), žalos mažinimo programos padeda užkirsti kelią ŽIV/AIDS plitimui visoje visuomenėje.

Dažnai žalos mažinimo programos yra vienintelis narkotikų vartotojo ryšys su socialinės pagalbos ir sveikatos sektoriais. Todėl žalos mažinimo programos gali padidinti nukreipimų gydytis skaičių.

Tarp pagrindinių žalos mažinimo priemonių yra šios:

- Švirkštų ir adatų keitimo programos
Aprūpina švariomis adatomis ir švirkštais mainais į naudotą švirkštimosi įrangą.
- Pakaitinis gydymas (palaikomasis gydymas)
Naudoja sintetinį narkotiką (paprastai metadoną arba buprenorfiną) gydyti pacientus, kurie yra priklausomi nuo „gatvės“ opiatų, tokių kaip heroinas ar morfinas. Pakaitinis gydymas neleidžia pacientams patirti abstinencijos sindromo, sumažina gatvėje platinamų opiatų potraukį bei blokuoja gatvėje platinamų opiatų poveikį. Jie nesukelia euforijos („kaifo“) ir yra geriami, o ne švirkščiami.
- Konsultavimas ir švietimas
Asmeninis konsultavimas arba spausdinta šviečiamoji medžiaga gali padėti narkotikų vartotojams suprasti savo pačių elgesį ir išmokti, kaip sumažinti sau sukeliama riziką

vartojant narkotikus. Spausdinta medžiaga neskatina narkotikų vartojimo, bet moko tokių saugesnio švirkštimosi būdų kaip sterilizacija ir aiškina apie prezervatyvų naudojimą.

- Nukreipimai gydytis
Dažnai narkotikų vartotojai nesikreipia dėl sveikatos priežiūros paslaugų, nes bijo teisinių nuobaudų arba yra atskirti nuo įprastinės visuomenės. Žalos mažinimo programos narkotikų vartotojus skatina ieškoti tinkamos pagalbos, o sveikatos priežiūros darbuotojus – teikti tinkamą ir visapusišką priežiūrą nediskriminuojant ir neteisiant.
- Saugesnio švirkštimosi kambariai
Tai švarios prižiūrimos patalpos švirkštimuisi, skirtos tam, kad narkotikų vartotojai nesišvirkštų gatvėje arba vieni, rizikuodami perduoti. Jose taip pat mokoma saugesnio švirkštimosi būdų, taip užkertant kelią tokiems fiziniams sužalojimams kaip abscesai.
- Bausmių sumažinimas už teisės pažeidimus, susijusius su narkotikais
Tai bausmių už narkotikų laikymą asmeniniam naudojimui sušvelninimas.

Žalos mažinimo priemonės yra veiksmingos

Švirkštų ir adatų keitimo programos

- 2001 metais peržiūrėję 42 tyrimus apie švirkštų ir adatų keitimo programas, Gibsonas ir kiti autoriai rado „svarių įrodymų, kad švirkštų keitimo programos yra veiksmingos užkertant kelią ŽIV riziką keliančiam elgesiui ir ŽIV serokonversijai tarp INV“³. Pasaulinė sveikatos organizacija praneša, kad viename JAV mieste įkūrus švirkštų ir adatų keitimo programas per pirmuosius šešis programos veiklos metus naujų ŽIV užsikrėtimo atvejų sumažėjo 75 proc.⁴
- Švirkštų ir adatų keitimo programos taip pat skatina ryšį tarp „outreach“ darbuotojų ir INV. Kaip parodė 1999 metais Coyle'o ir bendraautorių atlikta 36 leidinių apžvalga, švirkštų ir adatų keitimo programos siejamos su:
 - nustojimu švirkštis
 - sumažėjusiu švirkštimosi dažnumu
 - nutrauktu/sumažėjusiu pakartotiniu tų pačių švirkštų ir adatų bei kitų švirkštimosi instrumentų naudojimu
 - sumažėjusiu/nutrauktu kreko vartojimu
 - padidėjusia adatų dezinfekcija
 - padaugėjusiais nukreipimais gydytis nuo narkotikų ir padidėjusiu dalyvavimu gydymosi programose
 - padidėjusiu prezervatyvų naudojimuisi / sumažėjusiais nesaugiais lytiniais santykiais

Pakaitinis gydymas

Randomizuoti kontroliuojamieji tyrimai, studijos, vadovėliai, – visur prieita išvados, kad pakaitinis gydymas yra naudingas ir veiksmingas. Kai kurie rezultatai, gauti JAV, Švedijoje, Honkonge ir Tailande atliktų tyrimų metu^{5,6,7,8,9,10,11,12,13}, rodo, kad:

- pakaitinis gydymas sumažina heroino vartojimą
- pakaitinis gydymas sumažina nusikalstamumą
- pakaitinis gydymas sumažina rizikingą elgesį, dėl kurio galima užsikrėsti ŽIV
- pakaitiniu gydymu paremtų programų pacientai yra labiau linkę likti gydymo programose negu detoksikacijos, placebo ar benarkotinių programų pacientai
- pakaitiniu gydymu paremtos klinikos pasiekia geresnių rezultatų negu klinikos, kurios skatina tik abstinenciją
- ilgesnis dalyvavimas pakaitinėje terapijoje siejamas su geresniais rezultatais.

Saugesnio švirkštimosi kambariai

Nadelmanno ir kitų autorių apžvalga (1999 m.) apibendrina įrodymus apie tai, kad vartojimo kabariai gali būti veiksmingi¹⁴:

- susisiekiant su sunkiai prieinamais arba pažeidžiamosioms grupėms priklausančiais narkotikų vartotojais, tarp jų žmonėmis gyvenančiais su ŽIV, hepatito C virusu, benamiais ir užsieniečiais
- skatinant saugesnį švirkštimąsi (siekiant užkirsti kelią infekcijai, abscesams)
- sumažinant perdozavimo atvejus
- užkertant kelią ŽIV infekcijai
- sumažinant viešose vietose išmetamų švirkštų ir adatų
- sumažinant nusikalstamumą
- sumažinant viešą narkotikų vartojimą

2001 gegužį Sidnėjaus mieste Australijoje atsiradė „mediciniškai prižiūrimas švirkštimosi kambarys“. Pirminė 2001 m. Mattick'o ir grupės autorių atlikta analizė atskleidžia, kad per pirmuosius šešis mėnesius užsiregistravo daugiau kaip 1500 žmonių, norinčių naudotis šia paslauga, o apsilankyta buvo 11237 kartus. Apytikriai 1 iš 18 apsilankymų vedė į tolesnės pagalbos suteikimą, įskaitant gydymą nuo priklausomybės (42 proc.), pirminę sveikatos priežiūrą (33 proc.) ir socialinės paramos paslaugas (25 proc.)¹⁵.

Bausmių sumažinimas

Kriminologiniai tyrimai neabejotinai rodo, kad nuobaudų griežtumas turi mažai įtakos siekiant atgrasinti nuo narkotikų vartojimo¹⁶. Kitaip sakant, kaip prevencinė priemonė griežtos bausmės neatbaido daugiau žmonių nuo narkotikų vartojimo; mažesnės bausmės veikia lygiai taip pat gerai. JAV tai buvo įrodyta dar 8-jame dešimtmetyje, kai vienuolikoje valstijų atlikta analizė parodė, kad kriminalinių bausmių už asmeninį narkotikų vartojimą pašalinimas nepadidino narkotikų vartojimo lygio^{17,18,19}. Tas pats įvyko ir Australijoje sumažinus nuobaudas už narkotikų vartojimą^{20,21}.

Tarptautinis palyginimas tarp Nyderlandų, kitų Europos šalių ir JAV rodo, kad atidarius kanapių kavines Olandijoje, kanapių vartojimas šioje šalyje netapo didesnis negu kitose šalyse²².

Taigi nuobaudų sumažinimas nesukelia padidėjusio narkotikų vartojimo. Priešingai, tai gali suteikti narkotikų vartotojams galimybę ieškoti pagalvos, susirasti darbo ir likti visuomenės dalimi. Lentonas ir autorių grupė 2000 m. atliktoje studijoje palygino teistumo dėl narkotikų pagal baudžiamąjį kodeksą ir teistumo pagal civilinį kodeksą ir

atrado, kad administracinės sankcijos nėra prastesnės atbaidant nuo narkotikų vartojimo negu baudžiamosios sankcijos. Tačiau reikia pabrėžti, kad jos sukelia mažesnes neigiamas socialines pasekmes²³.

Žalos mažinimo priemonės pasiteisina ekonomiškai

Žalos mažinimo priemonės ne tik gelbėja žmonių gyvybes ir gerina gyvenimo kokybę suteikdamos narkotikų vartotojams galimybę likti visuomenės dalimi. Bendruomenėms jos yra dar ir ekonomiškai naudingos.

Kad švirkštų ir adatų keitimo programos pasiteisina finansiškai, rodo daugelis tyrimų, tarp jų ir 1997 m. Goldo ir autorių grupės, 1997 m. Lurie ir Drukerio, 1998 m. Holtgrave'o ir grupės autorių bei 2001 m. Laufnerio tyrimai^{24,25,26,27}.

Ward'as ir Sutton'as (1998 m.) peržiūrėjo tris studijas apie pakaitinį gydymą ir padarė išvadą, kad jis yra finansiškai naudingas, nes reikšmingai sumažina nusikalstamumą ir narkotikų vartojimą²⁸.

Saugesnio švirkštimosi kambariai ir nuobaudų sumažinimas bendruomenėms atneša panašią naudą, nes jos sumažina švirkštimosi viešose vietose atvejus ir mažiau žmonių laiko įkalinimo įstaigose.

Žalos mažinimo programos nedidina narkotikų vartojimo ir neigiamos įtakos bendruomenėms

Faktai įrodo, kad švirkštų ir adatų keitimo programos **nesukelia**:

- didesnio narkotikų vartojimo^{29,30,31}
- neigiamos įtakos gydymui nuo narkotikų^{32,33,34,35,36,37}
- švirkštimosi įrangos gatvėse padaugėjimo^{38,39,40,41,42}

Dauguma argumentų prieš pakaitinį gydymą remiasi moralizavimu, kad priklausomybė heroinui yra pakeičiama priklausomybe kitai medžiagai. Tačiau pakaitinio gydymo programoje dalyvaujantis narkotikų vartotojas turi geresnes galimybes reabilituotis, gauti medicininę ir veiksmingą psichoterapinę pagalbą, **tu pačiu metu** mažiau rizikuodamas užsikrėsti ar kitus užkrėsti ŽIV/AIDS, hepatitu ir kitomis infekcijomis. Atsisakant narkotikų vartotojams suteikti pakaitinį gydymą, iš jų atimama geriausia jų turima galimybė gydytis ir būti sveikais bei prarandama proga sustabdyti ŽIV plitimą. Išsiaiškinta, kad administracinės bausmės už narkotikų vartojimą yra ne mažiau veiksmingos negu baudžiamoji atsakomybė, kai siekiama atgrasinti nuo narkotikų vartojimo. Todėl pereinant nuo baudžiamosios atsakomybės į administracinę atsakomybę už prasižengimus, susijusius su narkotikais, nesukels didesnio narkotikų vartojimo.

Be to, advokataujant už bausmių sumažinimą ir žalos mažinimo programas nereikia pamiršti prevencinės veiklos. Programos, siekiančios paskatinti jaunos žmonės nevartoti

narkotikų, buvo ir yra narkotikų politikos elementu tokiose labiausiai su žalos mažinimu siejamose šalyse kaip Nyderlandai, Australija, Kanada, Vokietija, Šveicarija ir Jungtinė karalystė. Šie du elementai nėra nesuderinami.

Žalos mažinimo programos yra teisėtos

Švirkštų ir adatų keitimo programos yra teisėtos ir veikia visose Vidurio ir Rytų Europos / buvusios Sovietų Sąjungos regiono šalyse. Pakaitinis gydymas yra teisėtas ir veikia Bosnijoje, Bulgarijoje, Čekijos Respublikoje, Kroatijoje, Estijoje, Vengrijoje, Kirgizijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Makedonijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Serbijoje, Slovakijoje, Slovenijoje ir Ukrainoje. Neseniai Rusija smarkiai sumažino nuobaudas už narkotikų laikymą asmeniniam naudojimui.

Žalos mažinimas plačiai remiamas tarptautiniu mastu

Jungtinių tautų Narkotikų kontrolės biuras (UNODC) rekomenduoja įdiegti „visapusišką prevencijos ir priežiūros paslaugų paketą injekcinių narkotikų vartotojams, kurį galėtų sudaryti „outreach“ paslaugos, švietimas apie ŽIV/AIDS, švirių švirkštų ir adatų teikimas, prezervatyvai, gydymas nuo narkotikų priklausomybės (įskaitant ir pakaitinį gydymą bei, tinkamais atvejais, reabilitaciją), laisvanorišką ŽIV testavimą / konsultavimą ir psichosocialinę pagalbą“.

Be to, JT Generalinės asamblėjos specialiosios sesijos apie ŽIV/AIDS (UNGASS) deklaracija teigia, kad veiksminga prevencijos, priežiūros ir gydymo strategija privalo apimti nediskriminuojančią galimybę naudotis „vakcinomis, prezervatyvais, mikrobicidais, lubrikantais, sterilia švirkštimosi įranga, vaistais, įskaitant antiretrovirusinę terapiją, diagnostika ir su ja susijusiomis technologijomis, o taip pat daugiau mokslinių tyrimų“; ir nustato tikslą: „iki 2005 m. užtikrinti: kad visose šalyse būtų prieinamos pačios įvairiausios prevencijos programos, kurios atsižvelgtų į vietos sąlygas, etiką ir kultūrinės vertybes, tarp jų ir padidėjusi galimybė naudotis būtiniaisiais reikmenimis, tarp jų ir sterilia švirkštimosi įranga“ (23 ir 52 paragrafai).

¹ UNODCCP (2002) Global illicit Drug Trends 2002. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

² WHO (2002) Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Geneva: World Health Organization.

³ Gibson DR, Flynn NM and Perales D (2001) Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 15(11), 1329-1341.

⁴ WHO Report on the global HIV/AIDS epidemic June 1998. http://www.who.int/emc-hiv/global_report/rep_html/report5.html

⁵ Coyle SL, Needle RH, Normand J (1999) Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health*, 113 (Supplement I), 19-30.

-
- ⁶ Farrell M, Ward J, Mattick RP, Hall W, Stimson G, Des Jarlais D, Gossop M and Strang J (1994) Methadone maintenance treatment for opiate dependence: A review. *British Medical Journal*, 309, 997-1001.
- ⁷ Ward J, Mattick RP and Hall W (1998) *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.
- ⁸ Gerstein DR and Harwood HJ (eds.) (1990) *Treating drug problems, Vol. 1: A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. Washington: National Academy Press.
- ⁹ Advisory Council on the Misuse of Drugs (1993). *AIDS and drug misuse update report*. London: HMSO.
- ¹⁰ Farrell M, Ward J, Mattick RP, Hall W, Stimson G, Des Jarlais D, Gossop M and Strang J (1994) Methadone maintenance treatment for opiate dependence: A review. *British Medical Journal*, 309, 997-1001.
- ¹¹ Marsch LA (1998) The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addictions* 93(4), 515-532.
- ¹² Mattick RP, Breen C, Kimber J, and Davoli M (2003) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update Software.
- ¹³ Mattick RP, Kimber J, Breen C, and Davoli M (2003) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update software.
- ¹⁴ Nadelmann EA, Coffin P, Halingby L and Greenshields A (1999) *Safer Injection Rooms*. New York: Open Society Institute.
- ¹⁵ Mattick RP, Kimber J, Kaldor J, MacDonald M, Weatherburn D and Lapsley H (2001) *Six-month process evaluation report on the Medically Supervised Injecting Centre (MSIC)*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- ¹⁶ MacCoun RJ (1993) Drugs and the law: A psychological analysis of drug prohibition. *Psychological Bulletin* 113, 87-512.
- ¹⁷ Single EW (1989) The impact of marijuana decriminalization: An update. *Journal of Public Health Policy*, 456-466.
- ¹⁸ Theis CF and Register CA (1993) Decriminalization of marijuana and the demand for alcohol, marijuana and cocaine. *The Social Science Journal*, 30 385-399.
- ¹⁹ Single E, Christie P and Ali R (2000) The impact of cannabis decriminalization in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy* 21, 157-186.
- ²⁰ Donnelly N, Hall W and Christie P (1999) *The effects of the CEN scheme on levels and patterns of cannabis use in South Australia: evidence from National Drug Strategy Household Surveys 1985-95*. Commonwealth Department of Health and Family Services, Canberra.
- ²¹ Donnelly N, Hall W and Christie P (2000) The effects of the CEN scheme on levels and patterns of cannabis use in South Australia: evidence from National Drug Strategy Household Surveys 1985-1995. *Drug and Alcohol Review* 19, 265-269.
- ²² MacCoun R and Reuter P (1997) Interpreting Dutch cannabis policy: Reasoning by analogy in the legalization debate. *Science* 278, 47-52.
- ²³ Lenton S, Hummeniuk R, Heale P and Christie P (2000) Infringement versus conviction: The social impact of a minor cannabis offence in SA and WA. *Drug and Alcohol Review* 19, 257-264.
- ²⁴ Gold M, Gafni A, Nelligan P, and Millson P (1997) Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience. *Canadian Medical Association Journal* 157(3), 255-262.
- ²⁵ Lurie P and Drucker E (1997) An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet* 349, 604-608.
- ²⁶ Holtgrave DR, Pinkerton SD, Jones TS, Lurie P, and Vlahov D (1998) Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(Supplement 1), 133-138.
- ²⁷ Laufer FN (2001) Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28(3), 273-278.

-
- ²⁸ Ward P and Sutton M (1998) The effectiveness of methadone maintenance treatment: cost effectiveness. In (eds.) Ward J, Mattick RP and Hall W, *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.
- ²⁹ Watters JK, Estilo MJ, Clark GL et al (1994) Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA* 271:115-120.
- ³⁰ Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds. (1995) *Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach*. Washington DC: National Academy Press:224-226, 248-250.
- ³¹ Paone D, Des Jarlais DC, Gangloff R, Milliken J, and Friedman SR (1995) Syringe Exchange: HIV prevention, key findings, and future directions. *International Journal of the Addictions* 30, 1647-1683.
- ³² Wolk J, Wodak A, Guinan J, Macaskill P, and Simpson JM (1990) The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit. *British Journal of Addictions* 85, 1445-1450.
- ³³ Hagan H, Des Jarlais DC, Purchase D, Friedman ST, Reid T and Bell TA (1993) An interview study of participants in the Tacoma, Washington syringe exchange. *Addiction* 88, 1694-1695.
- ³⁴ Heimer R and Lopes M (1994). Needle exchange in New Haven reduces HIV risks, promotes entry into drug treatment, and does not create new drug injectors. *JAMA* 271, 1825-1826.
- ³⁵ Heimer R, Kaplan EH, O'Keefe E, Khoshnood K and Altice F (1994) Three years of needle exchange in New Haven: what have we learned? *AIDS and Public Policy Journal* 9, 59-74.
- ³⁶ Heimer R, Eicher A, Eno R, et al (1996) Needle exchange programs as a conduit to drug treatment: the New Haven experience. Paper presented at the 11th International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- ³⁷ Brooner R, Kidorf M, King V, Beilenson P, Svikis D and Vlahov D (1998) Drug Abuse Treatment Success Among Needle Exchange Participants. *Public Health Reports* 112 (Supplement 1): 129-139.
- ³⁸ Oliver KJ, Friedman SR, Maynard H, Magnuson L, and Des Jarlais DC (1992) Impact of a needle exchange program on potentially infectious syringes in public places. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 5: 380.
- ³⁹ Lurie P and Reingold A (1993) *The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad (prepared for the Centers for Disease Control and Prevention)*. Berkeley, CA: University of California, School of Public Health and San Francisco, CA: University of California, Institute for Health Policy Studies, 388.
- ⁴⁰ Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds. (1995) *Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach*. Washington DC: National Academy Press. 224-226, 248-250.
- ⁴¹ Doherty MC, Garfein RS, Vlahov D, et al (1997) Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program. *American journal of Epidemiology* 145:730-737.
- ⁴² Macalino GE, et al (1998) Community based programs for safe disposal of used needles and syringes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(Supplement 1): S111-S119.