

Интервью с Питером Сароши

Питер Сароши – венгерский активист в области защиты прав человека и наркополитики, исполнительный директор [Rights Reporter Foundation](#), член Консультативного совета Евразийской ассоциации снижения вреда и член Руководящего комитета [Европейской сети снижения вреда Correlation](#). Мария Плотко разговаривала с Питером о состоянии снижения вреда в Центральной и Юго-Восточной Европе.

Произошли ли какие-либо существенные изменения в регионе Центральной и Юго-Восточной Европы с 2018 года? Имеет ли место какое-либо сокращение или расширение масштабов услуг снижения вреда?

Есть некоторые улучшения в отдельных странах, например, в Сербии, Черногории и Македонии. Хотя правительства по-прежнему выделяют очень маленький бюджет на снижение вреда, они, по крайней мере, становятся более открытыми, демонстрируя готовность сотрудничать с гражданским обществом и положить конец этой ужасной ситуации после того, как финансирование Глобального фонда завершилось и другие программы потерпели крах.

В Белграде действует новая аутрич программа. Боснийское правительство, похоже, открыто для выделения финансирования на снижение вреда; некоторые средства были выделены в Черногории. Финансирование в Болгарии, которое было приостановлено из-за бюрократических проблем, связанных с критериями финансирования, введенными правительством, сейчас в определенной степени решено, и программа обмена игл и шприцев в Софии снова действует; к тому же был открыт новый дроп-ин центр, который, правда, [позже был закрыт](#).

В Румынии по-прежнему ощущается нехватка препаратов опиоидной заместительной терапии, и Министерство здравоохранения не особо активно занимается решением этой проблемы. К счастью, программы по-прежнему доступны даже в условиях пандемии коронавируса. [Организация Carusel \(Карусель\) внесла ряд существенных улучшений](#) и недавно открыла новый приют.

Никакого реального прогресса в Венгрии не произошло, за исключением открытия новой мобильной аутрич программы в Будапеште под названием [HepaGo](#), которая охватывает те районы, где программы обмена игл и шприцев были закрыты в 2014 году. Единственная проблема заключается в том, что она финансируется за счет международных средств, что делает ее уязвимой; она не устойчива без государственного финансирования. Потребление инъекционных наркотиков в Будапеште снижается, вероятно, потому что люди переходят на курение синтетических каннабиноидов.

Все больше и больше людей употребляют новые психоактивные вещества и в других странах Восточной и Центральной Европы: некоторые из них в качестве основного наркотика, а некоторые в сочетании с другими веществами. Я думаю, что это очень существенное изменение для систем оказания помощи, потому что большинство из них были в первую очередь созданы для вовлечения потребителей опиатов в программы заместительной терапии. Но как подойти к лечению потребителей новых веществ? Я слышал, что программы реабилитации для них не срабатывают так же хорошо, как для потребителей опиатов. Вероятно, нам нужно изучить краткосрочные вмешательства для таких потребителей, которые иногда намного моложе потребителей героина. Людям по-прежнему нужна помощь, но им нужны другие подходы.

Ты сказал, что некоторые правительства стали более открытыми для снижения вреда. Как так получилось и что этому поспособствовало?

По моему мнению, тот факт, что они садятся за стол переговоров, это уже хороший знак. В Белграде мы представили [исследование о клиентах закрытой программы игл и шприцев](#), и отзывы правительства были очень положительными: теперь они более дружелюбны к гражданскому обществу и более активно с ним общаются. Они по-прежнему мало что могут предложить, но, по крайней мере, у них есть некоторые бюджетные средства на программы снижения вреда. В большинстве случаев я думаю, что такое изменение происходит из-за давления и адвокации гражданского общества. Но эти бюрократические машины очень медленные. После многих лет адвокационной работы дело доходит до стадии, когда реализация программ находится в руках лиц, принимающих решения. Несколько лет назад мы сформировали [Сеть наркополитики Юго-Восточной Европы](#), и нам потребовалось еще два года, прежде чем министерства начали принимать реальные меры.

Связаны ли эти меры в основном со «старым снижением вреда» или они также включают новые услуги, такие как проверка веществ или комнаты безопасного употребления наркотиков?

Некоторые организации Восточной и Центральной Европы начали проверять вещества в ночных заведениях и во время фестивалей. В Западной Европе, между тем, сейчас на фестивалях используются машины для жидкостной хроматографии. Я думаю, что многие организации в нашем регионе тоже могли бы себе их позволить. Настоящие препятствия – не финансовые. Деньги можно было бы собрать с помощью фандрайзинговых кампаний или краудсорсинга. На эти фестивали собирается много состоятельных людей из среднего класса. Собрать деньги – не проблема. Я думаю, что главная проблема – это юридические барьеры и полицейская практика.

Эти препятствия одинаковы для внедрения новых подходов к снижению вреда в целом? Открыть ли комнаты безопасного употребления или изменить пакеты услуг снижения вреда?

В условиях, где у вас нет ресурсов даже для внедрения традиционных услуг снижения вреда, таких как программы игл и шприцев или опиоидная заместительная терапия, у вас нет финансирования ни на что другое. Для работы этих программ требуется стабильное и устойчивое финансирование со стороны государства. Это не является чем-то, что вы можете просто начать и посмотреть, что произойдет дальше. Второй вопрос – это отношение правительств. Они не хотят рисковать темой, вызывающей неоднозначную реакцию. Даже в прогрессивной Чехии возникают конфликты с жителями, которые выступают против программ игл и шприцев. Для лидеров наших обществ с большим количеством консервативно настроенных людей внедрять инновационную программу – это своего рода политический риск.

Ты сказал, что, поскольку люди не употребляют так часто инъекционным путем, им нужно другое снижение вреда. Как ты думаешь, что мешает существующим услугам поменять свои пакеты?

Они меняются. По крайней мере, в Венгрии они меняются. Например, если на иглы будет меньше спроса, они будут распространять другие вещи. На данный момент это специфические для условий пандемии COVID-19 принадлежности, такие как маски, перчатки, дезинфицирующие средства. Также есть потребность в социальной помощи. Многие люди все еще живут с гепатитом С, и им нужна помощь, чтобы попасть в программы лечения. Вот почему мы назвали наш новый проект *HepaGo*. До этого люди, употребляющие

инъекционные наркотики, не имели доступа к лечению. Именно этого помогает достичь упомянутый проект в сотрудничестве с врачами-гепатологами.

Помощь психологов необходима в случае новых психоактивных веществ из-за связанного с ними психоза и агрессивного поведения. Кроме того, большинство этих людей живут на улице и сталкиваются с множеством социальных проблем. Мы должны понимать, что снижение вреда касается не только ВИЧ и гепатита С, но и различных видов помощи людям, живущим на обочине общества. Им нужна и другая поддержка, например, помощь в поиске жилья и нормализации их социальных отношений.

Ты сказал, что в Южном субрегионе сформированы новые сети. Какие это сети?

Я имел в виду Сеть наркополитики Юго-Восточной Европы. Они организуют конференции для региональных специалистов снижения вреда, оказывают помощь на страновом уровне, публикуют отчеты. Было бы полезно, если бы люди из этой и других сетей, таких как Евразийская ассоциация снижения вреда, могли посещать страны, чтобы встретиться и пообщаться с местными политиками, чиновниками, исследователями и гражданским обществом. Это предоставит местным НПО возможность поговорить с правительствами и определить повестку дня. Такая модель будет полезна в будущем после завершения пандемии.

Какова роль гражданского общества, и что оно адвокатирует в разных странах?

Бюджет по-прежнему остается главным вопросом. Для программ это выживание из года в год, что ограничивает масштабы адвокации, потому что вам приходится бороться за те ресурсы, которые позволяют вам осуществлять свою деятельность. У вас действительно нет возможностей, энергии и персонала, чтобы бороться за другие вещи. Финансирование снижения вреда в регионе нестабильно. Это также одна из причин, по которой у нас не хватает инноваций, к примеру, мы не открываем комнаты для безопасного употребления наркотиков и не реализуем программы налоксона. Правительства, в первую очередь, стремятся запретить психоактивные вещества и не заботятся об оказании поддержки потребителям наркотиков. И я вижу большую неуверенность среди поставщиков услуг в свете соответствующих изменений наркорынка. Имеющихся моделей снижения вреда, которые срабатывали раньше, недостаточно.

Кто финансирует услуги? Есть ли в регионе правительства или другие международные доноры, помимо Глобального фонда?

Большая часть финансирования поступает от национальных или местных органов власти. Я не знаю какого-либо значительного международного финансирования услуг, в настоящий момент поступающих в регион. Я знаю организации, которые провели успешные кампании по сбору средств или краудсорсингу. На собранные деньги был открыт новый дроп-ин центр в Софии. Я также знаю организации в Венгрии, работающие с маргинализированными сообществами ромов, а не только с потребителями наркотиков, прошедшие несколько успешных кампаний по краудсорсингу. Это не так уж много денег, недостаточно для управления организациями, особенно если они предоставляют жизненно важные услуги, услуги из области общественного здравоохранения, а также социальные услуги, которые должно финансировать государство. Возможности краудсорсинга не заменят стабильности государственного финансирования.

Адвокатируют ли какие-либо организации вопросы декриминализации хранения и употребления наркотиков или соблюдения прав людей, употребляющих наркотики?

Их не так много. В 2017 году в Литве была [кампания по декриминализации](#), других я не помню. Вам нужно иметь либеральное или социалистическое правительство, чтобы провести успешную кампанию в этой области. Я не вижу сейчас ни одной страны, где кто-либо мог бы сказать, что существует как минимум 50-процентный шанс провести успешную адвокационную кампанию в упомянутых тобой областях.

Но это не значит, что не следует этого делать.

Ты права, не значит. Это не означает, что не стоит заниматься вопросами уголовного правосудия и криминализации людей, потому что это важные вопросы. Я вижу, что предпринимаются попытки добавить альтернативы тюремному заключению. В Польше, например, говорят о большем количестве альтернатив, а также о том, как связать систему уголовного правосудия с системой лечения.

Согласен ли ты, что большинство организаций в регионе в основном работают над предоставлением услуг и поиском финансирования, а не в сфере наркополитики и адвокации?

Я думаю, что некоторые организации занимаются адвокацией помимо предоставления услуг, а некоторые даже не понимают, зачем этим заниматься. То, что они делают, не всегда является адвокацией – они пытаются заключать закулисные договоренности с правительствами. Лишь очень немногие организации, возможно, одна треть, достаточно смелы, чтобы организовать такие кампании, как [«Поддержать. Нельзя наказывать»](#) 26 июня. Даже когда они это делают, иногда это очень слабо. В целом адвокаты в регионе очень слабые. Только очень немногие организации занимаются реальной адвокацией; и в основном по финансированию и услугам. Они не хотят брать на себя риск быть вовлеченными в политику, чтобы говорить о криминализации. Людям гораздо легче «проглотить» тему услуг по снижению вреда, чем тему декриминализации. Многим в правительстве нелегко понять, что этим людям нужна помощь; начнем с того, что они вообще не должны быть наказаны. В большинстве случаев мы не видим такого отношения в регионе.

Ты сказал, что организации должны быть смелыми, чтобы заниматься адвокацией. С какими последствиями они могут столкнуться? Потеряют ли они финансирование, если заговорят о декриминализации, или это еще не все?

Это главный страх. Большинство этих организаций очень сильно зависят от государственного финансирования и боятся его потерять. Я бы не сказал, что этот страх необоснован в условиях очень ограниченных ресурсов. Правительства склонны поддерживать организации, которые они считают более управляемыми и соответствующими их ожиданиям. Вот почему нужна храбрость, чтобы выступить за декриминализацию. Вас могут назвать «политическим гражданским обществом», которое в некоторых странах, таких как моя, называют «агентами Сороса» [американский миллиардер, филантроп Джордж Сорос, родившийся в Венгрии, финансирует многие либеральные и прогрессивные дела], или вас обвинят в желании легализовать наркотики. Я думаю, что многие поставщики услуг не хотят, чтобы на них навешивали ярлык радикальной организации.

Но снижение вреда упоминается в политических документах и фигурирует в национальных пакетах услуг здравоохранения.

Многие национальные стратегии по наркотикам действительно упоминают снижение вреда. В некоторых странах упоминаются удивительно прогрессивные вещи, например, в некоторых балканских странах. Я слышал, что некоторые национальные стратегии по наркотикам были дословно скопированы из документов ЕС. Но это, конечно, не означает, что положения этих документов выполняются, несмотря на все рекомендации,

существующие механизмы финансирования или альтернативы тюремному заключению. Их просто не используют. Или, если используют, то не в полном объеме. Это не приоритет для правительств.

Почему у них есть все эти политики, но они их не реализуют?

Я думаю, что это своего рода природа разработки политики: гораздо легче принять руководящие принципы и рекомендации, чем выполнять их. Правительства могут заявить об успехе, выпустив новое правило или стратегию, поставив галочку о наличии национальной стратегии по наркотикам в форме всеобъемлющего сбалансированного документа. Они могут сказать СМИ и людям: «Мы работаем над наркополитикой, у нас есть стратегия». Но они не так стремятся выделить ресурсы на ее реализацию. В большинстве стран также отсутствуют мониторинг и оценка. В Венгрии четыре организации, занимающиеся реабилитацией, лечением, профилактикой и снижением вреда, объединились в Форум гражданского общества по наркотикам. Силами гражданского общества мы провели независимую оценку реализации нашей национальной стратегии в отношении наркотиков и подготовили отчет, основанный на исследовании с использованием методов фокус-групп и интервью с поставщиками услуг. Но правительства не прилагают никаких усилий для оценки своей политики.

Можешь ли ты назвать какие-либо примеры удачных адвокационных кампаний в регионе? И что, на твой взгляд, срабатывает при разговоре с правительствами?

То, что работает, во многом зависит от позиции каждого конкретного правительства. Например, в Польше очень консервативное правительство, но, по крайней мере, у них есть Национальное агентство по наркотикам, которое уравнивает эти консервативные тенденции, и они могут поддерживать программы снижения вреда и гражданское общество. Конференции по наркополитике, организованные [Польской сетью по наркополитике](#) в предыдущие годы в разных городах, были полезной инициативой гражданского общества, показавшей, что наркополитика касается не только национальных правительств. Некоторые вопросы можно было решить на местном уровне. Они также обучили многих представителей муниципальных властей и специалистов.

Во многих странах сейчас правят сверхконсервативные правительства, но есть и либерально настроенные мэры городов. Когда национальное правительство недоступно, мы можем обратиться к городским властям. Мы делаем это в Венгрии, и многое было достигнуто в местных органах власти. Некоторые из них теперь поддерживают снижение вреда. За последние два или три года мы поняли, что нам следует больше сосредоточиться на местной политике. Снижение вреда зародилось как низовая инициатива на местном уровне в европейских городах: Франкфурте, Цюрихе и других. Это всегда было местным делом. Возможно, это не сработает во всех балканских странах, но работает в Венгрии и Словакии. В Братиславе новый мэр города, и Ивета Хованцова, бывший член Руководящего комитета Евразийской ассоциации снижения вреда, теперь работает в городской администрации и помогает продвигать программы снижения вреда изнутри. Следующая конференция по снижению вреда состоится в Праге, и я вижу, что город также поддерживает эту конференцию.

Можешь подробнее рассказать о рома и употреблении наркотиков в регионе. Я так понимаю, что это большая проблема.

Некоторое время назад я написал об этом [статью](#), в которой резюмируются масштабы этой проблемы. В Словакии, Чехии, Венгрии, Румынии, Сербии и Болгарии проживает многочисленное ромское население. В Венгрии, например, рома составляют семь процентов

населения. Большинство из них, скорее всего, безработные и не имеют доступа к основным услугам, страдают от сегрегации в школах и местах их проживания.

Аналогичная ситуация и в других странах с многочисленным ромским населением. Несмотря на то, что наркополитики претендуют на расовую непредвзятость, в регионе существует расовое профилирование. Когда мы говорим об этом, мы обычно думаем о США, афроамериканцах и латиноамериканцах, но не говорим о том, что происходит в нашем регионе. Мы не говорим о травмах людей, у которых гораздо больше шансов быть арестованным за употребление наркотиков и заключенным в тюрьму. Во многих городах региона можно увидеть, что девять из десяти человек в центрах обмена игл/шприцев – ромы. У нас недостаточно научных исследований и разработок по этому вопросу, но ромы составляют большую часть малоимущих. Иногда существующие программы не достигают этих сообществ, потому что они действуют в центрах городов, в то время как эти люди живут в сегрегированных районах. А если у вас нет культурно приемлемых аутрич программ, чтобы им оказать помощь в их части города, вы этих людей даже не увидите. Они становятся совершенно невидимыми. Я думаю, что нам нужно больше над этим работать. Если бы мы изучили, насколько гепатит С или ВИЧ влияют на эти группы населения, мы бы фактически обнаружили, что они затронуты в непропорционально большей степени.

Как насчет других групп, таких как женщины, молодые люди или мужчины, имеющие секс с мужчинами? Есть ли какие-то особые услуги для этих групп в регионе?

Я вижу очень мало услуг, ориентированных на эти группы населения. Единственная программа игл и шприцев для женщин в Венгрии была закрыта в 2014 году. Исследование о женщинах, проведенное в прошлом году [Жужой Кало](#) (*Zsuzsa Kaló*) в Венгрии, показало, что система предоставления лечения в стране не дружелюбна по отношению к женщинам и не всегда удовлетворяет их потребности, особенно если в ситуацию вовлечены дети. Женщинам негде оставить своих детей, когда они обращаются к услугам. Существует также проблема домашнего насилия. Если их партнеры также употребляют наркотики, женщины не всегда хотят обращаться к тем же услугам. Женщины в значительной степени зависят от своего партнера в вопросах помощи и получения наркотиков.

Наиболее конкретные услуги предназначены для секс-работниц. Конечно, иногда они пересекаются. Только одна программа в Венгрии предоставляет жилье и услуги непосредственно беременным женщинам, употребляющим наркотики. Думаю, в других странах похожая ситуация. Единственным исключением могут быть мигранты и беженцы, что сейчас является серьезной проблемой на Балканах. Я слышал о программах, представители которых направляются в лагеря беженцев для оказания услуг по тестированию на ВИЧ и гепатит С, а также для установления контакта с потребителями наркотиков.

А как насчет молодых людей, употребляющих наркотики? Существуют ли какие-либо программы, отвечающие на их потребности?

По моему опыту, большинство таких организаций создаются и управляются молодыми людьми, употребляющими наркотики на вечеринках. Поэтому все их услуги связаны с вечеринками и клубной жизнью. Я не вижу того же в отношении маргинализированных потребителей инъекционных наркотиков. Молодежные организации в основном созданы для потребителей психоделиков. Я всегда восхищался организацией из Белоруссии *Legalize Belarus*. В такой стране, как Белоруссия, это впечатляет. Эти идеалистичные молодые люди делают добрые дела, но они не являются поставщиками услуг снижения вреда.

Давай поговорим о некоторых конкретных услугах, например о поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО). Есть ли проблемы с выдачей доз препарата на руки для употребления на дому, обязательными проверками на наркотики?

В большинстве стран, за исключением Чехии и Словении, основной проблемой всегда был доступ к услугам. Но с сокращением числа потребителей опиатов в некоторых странах, таких как Венгрия, ситуация меняется. Тем не менее правила весьма ограничительные. Многие люди вынуждены проходить детоксикацию или не могут получить доступ к тому типу терапии, который они предпочитают, например, они вынуждены принимать субоксон, когда им нужен метадон или бупренорфин. Иногда эти решения не основываются на потребностях клиентов, а продиктованы соглашениями между фармацевтическими компаниями и поставителями услуг. Многие клиенты в Венгрии были недовольны, когда услуги перешли от использования таблеток на жидкий метадон.

Программы ПТАО иногда кажутся очень жесткими системами, которые больше служат людям, предоставляющим услуги, чем тем, кто их получает. Из-за этих ограничений некоторые люди предпочитают получить рецепт от врачей, чтобы покупать препараты, которые они хотят, в аптеках. Но их немного; только те, кто может себе это позволить. Большинство клиентов до сих пор получает лечение в рамках государственных программ или программ неправительственных организаций. Я думаю, что пандемия COVID-19 может изменить эту жесткость, помочь сломать эти барьеры. Мы слышим, что правила сейчас меняются во многих странах, и людям разрешено получать дозы препарата на руки для употребления на дому на более длительные периоды времени.

Существует ли разница в качестве услуг или клиентах между НПО и государственными клиниками предоставляющими заместительную терапию?

Большинство государственных клиник, которые я посетил в этом регионе, находятся в больницах. Они доступны для тех, кто живет в городах. С НПО картина неоднозначная, но такие услуги менее распространены. Например, в Венгрии, я думаю, этим занимаются только одна или две НПО. В большинстве других стран, особенно на Балканах, это все еще в основном врачи в белых халатах в больницах.

Предпочитают ли клиенты сайты, работающие на территории НПО?

Я никогда не задавал клиентам этот конкретный вопрос, но думаю, что они бы предпочли обратиться в дроп-ин центр, а не в клинические, стерильные, бюрократические учреждения, которые не удобны для получателя услуг и имеют своего рода авторитарную атмосферу. В этих больницах много людей, которые стоят в очередях, и возникают конфликты. Черный рынок метадона представляет собой серьезную проблему во многих странах. Торговля происходит возле этих крупных больниц. У нас было много сообщений о людях, которые после выхода из больницы были ограблены агрессивными бандами, отнявшими у них полученный метадон. Я думаю, что безопаснее и удобнее иметь децентрализованные пункты предоставления ПТАО. Также было бы замечательно, если бы врачи общей практики (терапевты) или психиатры могли прописать метадон, который можно получить в аптеках.

Как ты думаешь, почему так сложно расширить эти услуги?

Опять же, я думаю, что это скорее идеологический, чем финансовый барьер. Многие правительства говорят, что денег не хватает. Я не думаю, что проблема в этом. Когда правительства начинают расставлять приоритеты, они всегда находят деньги. Но с этой проблематикой политики не могут получить политический капитал; они не популярны. Они не могут «продавать» это как политический продукт. Это похоже на ситуацию с ремонтом

тюрем. Они могут сказать, что деньги тратятся на строительство новых тюрем, чтобы в них помещалось больше людей, но не о том, что новые тюрьмы более гуманны для заключенных.

Как ты думаешь, почему этот вопрос так политизирован? Мы говорим о проблемах со здоровьем.

Поскольку употребление наркотиков является моральной проблемой, многие не воспринимают его как проблему общественного здравоохранения, как, например, диабет. Большинство людей по-прежнему осуждают употребление наркотиков и стигматизируют его. Я не думаю, что это отношение сильно бы изменилось, если бы наркотики были легализованы. Этот ярлык останется, потому что люди считают это виной потребителей наркотиков: вы хуже в моральном плане, если употребляете наркотики, и вы не заслуживаете этого финансирования, потому что вы менее значимы, чем я. Я нормальный человек, плачу налоги, а ты – нет. Почему вы заслуживаете большего? Почему бы не отдать эти деньги в детские сады? Алкоголизм воспринимается как часть нашей культуры, а наркотики – как нечто чуждое.

А как насчет препятствий на пути к услугам и их качеству?

Как я уже упоминал, ограничительные правила в первую очередь не допускают людей к участию в программах. Также людям часто назначают очень низкие дозы препарата. А мы знаем, что недостаточное количество не работает. В Венгрии мы долгое время безуспешно пытались изменить эту ситуацию. Некоторые ответственные врачи назначают достаточные дозы, но большинство из них очень консервативны, с менталитетом воздержания и трезвости, которые подталкивают людей к снижению своих доз. Еще одна проблема – ограниченное количество мест в программах заместительной терапии. Конечно, в каждой стране все по-разному. В Венгрии, если больницы принимают больше людей, они должны покрывать эти расходы из своего бюджета, они не получают на это нормативное финансирование из государственного бюджета. Поэтому и существуют листы ожидания. Люди должны пройти одну–две безуспешные попытки лечения от зависимости, и только после этого их принимают в программы. Но это зависит от врачей – их отношение остается самым серьезным препятствием.

Что происходит в случае полинаркомании? Если человек параллельно употребляет несколько веществ, может ли он попасть в программу?

Это тоже зависит от врача. Некоторые программы требуют анализа мочи, и вас могут исключить, если вы употребляете другие вещества. Хороший профессионал с нормальным складом ума не выгнал бы кого-то только за то, что он или она курил/а марихуану. Это зависит от профессионализма и гуманности врачей.

Какова ситуация с качеством услуг? Насколько они комплексные?

Большинство больниц проводят мотивационные интервью с людьми, которые хотят прекратить употребление, и имеют связи с реабилитационными центрами. Программы ПТАО часто обвиняют в том, что они являются «кормушками с таблетками». Но это неправда. Большинство программ прилагают серьезные усилия. Я никогда не видел, чтобы в программе ПТАО вас выгоняли из-за того, что вы отказываетесь идти на групповые собрания или консультирование. Если клиенты не нуждаются в таком личном взаимодействии и просто хотят получить свое лекарство, они могут обратиться в клинику заместительной терапии, не взаимодействуя с другими услугами в течение многих лет. Но если у вас есть желание, есть и возможности.

Есть ли группы клиентов ПТАО, которые адвокатируют улучшение качества и расширение охвата услугами?

Эта область очень слабо развита, и таких групп очень мало. Одной из острых проблем в нашем регионе является то, что поставщики услуг не прилагают значительных усилий для поощрения участия сообщества. В основном потому, что для этого потребуются дополнительные вложения финансов, времени и усилий. Для этого вам нужны ресурсы и потенциал. Правозащитные организации не могут сделать это в одиночку. Но если вы поставщик услуг, я считаю, что это можно сделать с помощью обучения лидеров из числа сообщества. Некоторые молодежные организации работают в области психоделиков или каннабиса, но не с маргинализированными сообществами.

Правительства не реализуют надлежащим образом механизмы мониторинга. Чешская Республика имеет своего рода аккредитацию по критериям качества для программ профилактики наркомании, но не для программ снижения вреда. Я не вижу каких-либо значительных усилий по мониторингу и оценке этих программ.

Как ты думаешь, почему для этих программ нет работающих механизмов мониторинга? Это было бы логично, в ситуации государственного финансирования.

У стран разные протоколы. Но, опять же, для их реализации нужны деньги. В первую очередь правительства должны признать, что они также несут ответственность за обеспечение выполнения этих программ в соответствии со стандартами качества. Профессиональные руководящие принципы в Венгрии предусматривают, что в каждой программе снижения вреда должны быть задействованы, по крайней мере, два сотрудника с неполной занятостью и один специалист. Есть стандарты профессионального образования этих людей. Но недостаточно выплачивать им зарплату лишь из средств, выделяемых государством на эти программы. Получается противоречие: в профессиональных руководящих принципах говорится, что вам нужно иметь то и это, но ресурсов нет. Когда правительства не выделяют достаточный бюджет для этих услуг, они не обращают внимания на оценку качества, потому что знают, что невозможно достичь стандартов с имеющимися ресурсами. Программы снижения вреда будут счастливы, если они смогут обеспечить базовую зарплату для персонала и безопасную утилизацию игл, что требует больших денег. У них нет денег на дополнительные услуги, такие как услуги психологов или гинекологов. Это проблема ресурсов.

Можешь поподробнее рассказать о новых психоактивных веществах и стимуляторах амфетаминового ряда?

Основным стимулятором в наших регионах по-прежнему остается амфетамин. Но новые стимуляторы также появляются, особенно в Польше, Венгрии, Румынии. В Словакии и Чехии преобладает первитин (метамфетамин). В Венгрии большинство потребителей инъекционных наркотиков употребляют новые стимуляторы типа катинонов. Тенденция к употреблению синтетических каннабиноидов прослеживается во многих странах: в тюрьмах, среди бездомных или ромского населения. Большинство маргинализированных групп массово обращаются к синтетическим каннабиноидам, потому что они дешевы, легкодоступны и просто «вырубают» вас: вы не чувствуете боли и страданий повседневной жизни. Это «идеальный» наркотик для бедных. Эти новые синтетические стимуляторы и каннабиноиды рассматриваются отдельно, а не в одной группе.

А как насчет профилактики передозировки и доступа к налоксону?

В большинстве стран налоксон нельзя взять домой или распространять из-за протоколов, позволяющих назначать и применять его только профессиональному врачу. Он доступен

только в отделениях неотложной помощи, а назальный налоксон полностью отсутствует. Я не вижу реальных усилий по внедрению налоксона, может быть, только в Прибалтике, в Эстонии, но не в других странах. Когда около десяти лет назад у нас был героиновый кризис, поставители услуг адвокатируют налоксон, но больше этого не делают. Я не думаю, что этот вопрос является частью каких-либо адвокационных усилий.

Что происходит с употреблением наркотиков и снижением вреда в тюрьмах? Есть ли новые исследования по этим вопросам?

Вопрос о тюрьмах по-прежнему остается белым пятном в большинстве стран. В венгерских тюрьмах нет ПТАО. Но даже в тех странах, где такие программы есть, доступ к ним очень ограничен. Обмен игл и шприцев полностью отсутствует. Большинство тюрем вообще не занимаются проблемами наркотиков, иногда предоставляют некоторые консультации, Анонимные Наркоманы или что-то в этом роде. Заключенные все чаще употребляют новые психоактивные вещества, потому что их намного легче незаметно пронести и намного сложнее проверить. В венгерских тюрьмах заключенным запретили получать открытки, потому что было много случаев, когда они были пропитаны наркотиками. Письма заключенным сейчас ксерокопируют. Отправка табака также не разрешена, потому что сигареты часто содержали каннабиноиды. Я считаю, что проблема синтетических каннабиноидов – самая большая проблема в тюрьмах, где среди заключенных широко распространено употребление новых психоактивных веществ. Количество людей, попавших в тюрьму из-за употребления наркотиков, в нашем регионе не очень велико, но законы очень строгие, приговоры непропорционально суровы, а альтернативы лишению свободы недостаточно разработаны и недостаточно используются, даже если они предусмотрены в законах.

Существует ли проблема с юридической помощью для людей, употребляющих наркотики и взаимодействующих с правоохранительными органами?

В некоторых странах, например в Польше, это проблема подготовки правоохранительных органов. Правовая база для альтернативных наказаний существует, но судьи и прокуроры ею не пользуются. Я знаю, что Польская сеть по наркополитике прилагает усилия для обучения судей и прокуроров. В Венгрии закон позволяет людям выбрать полгода в амбулаторной программе в случае нарушений связанных с небольшими количествами наркотика. Около 90 процентов людей, которых направляют в эту программу, эпизодически употребляют каннабис и не нуждаются ни в каком лечении. Даже если существует одна из этих альтернатив, нет реальных фильтров, как в Португалии, когда на лечение направляют только если речь идет о проблемных случаях. Нет нужды лечить тех, кому это не нужно.

Мой последний вопрос касается лечения гепатита С, ВИЧ и туберкулеза. Какие здесь есть проблемы?

После вспышки ВИЧ в Румынии новых вспышек в регионе не наблюдалось. Уровень тестирования и консультирования по-прежнему очень низкий, особенно в некоторых странах, таких как Венгрия. Даже если у людей положительный результат теста, как обеспечить, чтобы они направились на лечение? Благодаря новому лечению гепатита С есть финансирование от крупных фармацевтических компаний, что является положительным моментом. В Словакии они дали некоторые средства организациям по снижению вреда, чтобы помочь потребителям наркотиков пройти курс лечения гепатита С. Позже это случилось и в Венгрии. Самая большая проблема – этим людям трудно получить лечение в тех странах, где нет снижения вреда или его охват ограничен, таких как Венгрия или страны Балканского региона. Интересно, сколько людей, инфицированных гепатитом С пять или шесть лет назад, разовьют цирроз печени или даже напрасно погибнут, в то время как их можно было спасти? Это ужасающе, на мой взгляд.