

SERIA: STUDIA NAD POLITYKĄ NARKOTYKOWĄ

Potrzeba matką wynalazku

Pionierska polityka narkotykowa w Katalonii



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

Pamięci Xaviera Sáncheza Pretela
(2013)

Potrzeba matką wynalazku

Pionierska polityka narkotykowa w Katalonii

Òscar Parés Franquero

José Carlos Bouso Saiz

Marzec 2015

Global Drug Policy Program

© 2015 Open Society Foundations

Niniejsza publikacja dostępna jest do pobrania w formacie PDF na stronie internetowej Open Society Foundations na podstawie licencji Creative Commons, która pozwala na jej kopiowanie i dystrybucję jedynie w całości, przy wskazaniu jako jej wydawcy Open Society Foundations, wyłącznie do celów niekomercyjnych, edukacyjnych czy działań z dziedziny polityki społecznej. Fotografie nie mogą być wykorzystane oddzielnie.

ISBN: 978-1-940983-57-8

Wydawca

Open Society Foundations

224 West 57th Street

New York, NY 10019 USA

www.opensocietyfoundations.org

Dodatkowe informacje:

Global Drug Policy Program, Open Society Foundations

www.opensocietyfoundations.org/about/programs/global-drug-policy-program

Tłumaczenie: Magdalena Iwińska

Redakcja: Magdalena Dąbkowska

Zdjęcie na okładce: Członkowie Castelellers de Barcelona tworzący ludzką wieżę na 25. Zawodach Castells (zamków), Tarragona w Katalonii, Hiszpania, 5 października 2014.

© Pau Barrena | eyevine | Redux

Okładka i projekt graficzny | Judit Kovács | Createch Ltd.

Druk | Createch Ltd. | Węgry

Przedmowa

To oczywiste, że nasza wiedza na temat skutków regulacji prawnych dotyczących produkcji, transportu, sprzedaży oraz posiadania narkotyków jest coraz pełniejsza. W miarę jak testowane są w praktyce różne formuły polityki, prowadzimy coraz więcej badań, zdobywamy kolejne dane, jasne staje się, że penalizacja nie zmniejszyła ani konsumpcji narkotyków, ani ich dostępności. W rzeczywistości prohibicja doprowadziła wręcz do wzrostu konsumpcji, przemocy, liczby osób osadzonych w więzieniach i liczby zakażeń HIV i HCV – a to zaledwie kilka ze skutków, jakie przynosi podejście do problemu kładące nacisk przede wszystkim na aspekt ładu i porządku publicznego. Wiemy już też, jakie rozwiązania są skuteczne. Nie ma oczywiście jednego, uniwersalnego przepisu na politykę narkotykową. Jak wynika z opracowań przygotowywanych przez Open Society Foundations oraz inne organizacje, mamy na świecie coraz więcej udanych reform. Ich kształt i podłoże bywa bardzo różne.

Potrzeba matkę wynalazku. Pionierska polityka narkotykowa w Katalonii to pierwsze opracowanie z serii „Studia nad polityką narkotykową”, które bada i dokumentuje formułowanie polityki narkotykowej na poziomie lokalnym – w Katalonii w Hiszpanii. Dotychczasowe „Studia...” z tej serii przedstawiały najlepsze praktyki w dziedzinie polityki narkotykowej wdrażane na poziomie *krajowym* – w Szwajcarii, Portugalii, Czechach i Holandii. Niemniej jednak do reform dochodzi również na poziomie lokalnym, czego przykładem jest regulacja, pozwalająca na rekreacyjne stosowanie marihuany w amerykańskich stanach Waszyngton i Kolorado. W okresie, kiedy rządy państw przygotowują się do Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ z zakresu polityki narkotykowej, która odbędzie się w kwietniu 2016, warto, by przeanalizowały wszystkie możliwości, z jakich mogą skorzystać. A jest tych możliwości wiele.

W Hiszpanii posiadanie narkotyków na własne potrzeby nigdy nie było traktowane jako przestępstwo. Co więcej, hiszpański Sąd Najwyższy uznał, że prawa nie narusza wspólna konsumpcja przez osoby uzależnione od narkotyków. Z drugiej jednak strony, wprowadzona w 1992 roku Ustawa o bezpieczeństwie publicznym uznała posiadanie i używanie narkotyków w miejscach publicznych za przestępstwo podlegające karze grzywny, bądź obowiązkowego

leczenia. Rozbieżność między prawem, chroniącym osoby posiadające narkotyki na własny użytek oraz konsumujące je wspólnie z innymi z jednej strony, a Ustawą o bezpieczeństwie publicznym z drugiej, dała początek rozwojowi ruchu aktywistów na rzecz legalnego dostępu do marihuany.

O ile odpowiedź hiszpańskiego Ministerstwa Zdrowia na problem narkotyków skupiała się przede wszystkim na przeciwdziałaniu konsumpcji heroiny oraz abstynencyjnym leczeniu jej użytkowników, o tyle reakcja Katalonii skoncentrowała się na szerokim aspekcie społecznym. Parlament Katalonii, wypracowawszy szeroki polityczny konsensus, przyjął ustawę, której celem było stworzenie kompleksowej formuły opieki nad osobami uzależnionymi w regionie. Obecnie system ten składa się ze społeczności terapeutycznych, ośrodków integracji społecznej, oddziałów podwójnych patologii, szpitalnych oddziałów detoksykacyjnych, oddziałów kryzysowych oraz programów redukcji szkód.

Katalonia to także ciekawy przykład reakcji społeczeństwa obywatelskiego na paradoksalne współistnienie legalizacji używania marihuany z jednoczesnym uznaniem jej sprzedaży za niezgodną z prawem. Odpowiedzią na ten paradoks są społeczne kluby konopne – niekomercyjne stowarzyszenia, mające na celu uprawę konopi tylko na potrzeby swoich członków. Od 1991 roku, kiedy powstała w Barcelonie, koncepcja ta rozprzestrzeniła się w Hiszpanii i szerzej – w Europie. Swoim członkom kluby konopne oferują redukcję szkód oraz wzmacniające poczucie przynależności do grupy. Z punktu widzenia społeczności lokalnej, kluby konopne zapewniają przestrzeń do prywatnej konsumpcji, tym samym zmniejszając sprzedaż i używanie w miejscach publicznych, co z kolei powinno prowadzić do zmniejszonej aktywności policji i redukcji wydatków w tym zakresie. Patrząc z perspektywy ogólnokrajowej, kluby konopne stanowią formę cennej działalności gospodarczej, tworząc miejsca pracy, płacąc podatki, zakupując towary czy usługi niezbędne do funkcjonowania. Równolegle ze wzrostem liczby klubów konopnych zaobserwowano ciekawy trend – stopniowo zmniejsza się spożycie marihuany wśród wszystkich grup konsumentów (eksperymentujących, okazjonalnych i nałogowych).

Cykl naszych opracowań to element szerszego działania na rzecz transparentnego upowszechniania informacji, danych oraz analiz, które mogą nam pomóc lepiej zrozumieć różne możliwości i wyzwania wiążące się z formułowaniem polityki narkotykowej. Żywimy nadzieję, iż przedstawiane w raportach studia przypadków stanowić będą źródło wiedzy oraz inspiracji dla decydentów, orędowników zmian w dziedzinie polityki narkotykowej oraz samych użytkowników, pomagając im przemyśleć i przeformułować politykę narkotykową na poziomie lokalnym, krajowym, a wreszcie globalnym, tak by opierała się na dowodach naukowych, zachowując jednocześnie ludzkie oblicze.

Kasia Malinowska-Sempruch
Dyrektor
Global Drug Policy Program
Open Society Foundations

Jordi Vaquer
Dyrektor
Open Society Initiative for Europe
Open Society Foundations

Spis treści

Podziękowania	9
I. Wstęp	11
II. Ustawodawstwo narkotykowe w Hiszpanii	13
III. Problem narkotyków oraz polityka narkotykowa w Hiszpanii	15
IV. Katalonia i tamtejszy konsensus	19
V. Inicjatywy z zakresu zdrowia publicznego i redukcji szkód	27
VI. Społeczne kluby konopne	33
VII. Wnioski	49
Bibliografia	51
Lista respondentów	55
Dodatkowe źródła	59
Noty o autorach	63

Podziękowania

Autorzy chcieliby serdecznie podziękować wszystkim, którzy niezwykle szczerze przeznaczyli swój czas na wywiady potrzebne do niniejszego raportu. Jesteśmy również wdzięczni osobom, które zgodziły się raport zrecenzować, a także International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service Foundation za udostępnienie nam lokalu do realizacji tego projektu.

I. Wstęp

Uwagę międzynarodowych obserwatorów przyciągają obecnie kraje, które zdekryminalizowały posiadanie narkotyków. W 2001 roku dekryminalizację wprowadziła służąca za model na arenie międzynarodowej Portugalia. Podobna polityka realizowana jest obecnie w Czechach oraz Holandii. Dziwne zatem, że Hiszpania, gdzie posiadanie narkotyków na własny użytek nigdy nie było karane, nie budzi aż tak dużego zainteresowania. Przyczyny upatrywać można w sporej rozbieżności między polityką ogólnokrajową i regionalną.

Na poziomie krajowym, hiszpańska polityka narkotykowa pozostaje w dużej mierze uzależniona od interesów poszczególnych, zmieniających się sił politycznych, od wydarzeń krajowych, a także od lepszej lub gorszej koniunktury gospodarczej. W większym stopniu zależy od planów i kalendarza niż od wyników badań naukowych. Tymczasem względna niezależność wspólnot autonomicznych umożliwia rozwój takich form polityki narkotykowej, które w sposób znaczący różnią się zarówno w zakresie celów, jak i intencji, od polityki krajowej. W Katalonii wypracowano nowatorskie podejście, które kładzie nacisk przede wszystkim na zdrowie publiczne, nie wprowadza penalizacji i stara się równoważyć troskę o indywidualną wolność jednostki i dbałość o dobro społeczności lokalnej.

W niniejszym raporcie omawiamy przykład Katalonii, gdzie penalizująca polityka narkotykowa na poziomie ogólnokrajowym współistnieje z polityką regionalną, która podchodzi do kwestii korzystania z narkotyków jako zagadnienia z zakresu zdrowia publicznego. Staramy się również zbadać, w jaki sposób luka prawna, stworzona przez Sąd Najwyższy Hiszpanii, w połączeniu z wysiłkami na rzecz zachowania wolności osobistej na poziomie regionalnym, otworzyła możliwość stworzenia Społecznych Klubów Konopnych, które powszechnie nazywa się „modelem hiszpańskim”.

II. Ustawodawstwo narkotykowe w Hiszpanii

Wprawdzie Hiszpania podpisała i ratyfikowała Konwencję Haską z 1912 roku – pierwszy międzynarodowy traktat dotyczący kontroli narkotyków, w kraju tym nigdy nie było karane ani używanie, ani posiadanie narkotyków na własny użytek. Mimo to, w historii polityki narkotykowej zarówno na poziomie kraju, jak i jego regionów autonomicznych, wielokrotnie próbowano liberalizować prawo, jak i bardziej kategorycznie ograniczać używanie narkotyków, ich posiadanie i sprzedaż.

Pierwsze ustawy, dotyczące substancji psychoaktywnych, miały w Hiszpanii bardzo ograniczony zasięg. Aż do 1928 roku nie uznawano za przestępstwo ani konsumpcji, ani posiadania narkotyków na własny użytek, podczas gdy sprzedaż niedozwolonych substancji podlegała jedynie administracyjnej karze grzywny. W 1928 roku ustanowiono standardy administracyjne, nakładające kary na aptekarzy sprzedających substancje kontrolowane nielegalnie (np. niezgodnie z kryteriami medycznymi).

Stygmatyzacja w obrębie nielegalnych narkotyków nasilała się w miarę, jak ich użycie stopniowo rozszerzało się poza funkcje terapeutyczne, nabierało charakteru rekreacyjnego i stawało się tym samym bardziej widoczne dla opinii publicznej. W 1933 roku rząd wprowadził Ustawę o zwalczaniu wólcęgostwa, która w odniesieniu do narkotyków uznawała za karalne jedynie społecznie nieakceptowane zachowanie w miejscach publicznych. Nowe prawo pozwalało jednak na wymierzenie kary więzienia osobom podejrzanym nie tyle o to, że popełniły przestępstwo, co o to, że potencjalnie mogłyby to zrobić. Ustawa ta, stanowiąca

próbę prawnego unormowania kwestii moralnych, przyczyniła się do społecznego napiętnowania osób używających narkotyków rekreacyjnie.

Po zakończeniu hiszpańskiej wojny domowej (1936–1939), w czasie 40-letniej dyktatury wojskowej generała Franco, liczba osób używających narkotyków znacząco wzrosła. Na potrzeby osób uzależnionych od morfiny oraz pacjentów cierpiących na przewlekłe bóle, regulacja prawna z 1935 roku dopuściła zakup leków psychotropowych na podstawie odpowiedniego zezwolenia (*carneret reglamentario para la extradosis*). Tym, którzy posiadali tego typu *carneret*, wydawany przez Narodową Służbę Kontroli Narkotyków, apteki mogły oficjalnie przepisywać leki psychotropowe. System ten powstał w celu kontroli sprzedaży oraz zażywania leków psychotropowych, a także by uniknąć potencjalnej działalności przestępczej, którą mogłyby zrodzić zbyt restrykcyjne przepisy (Usó, 1995).

Po niemal 40 latach stosunkowej pobłażliwości, w 1971 roku reforma kodeksu karnego wprowadziła kary za posiadanie, wytwarzanie oraz handel nielegalnymi substancjami, a także za działania promujące lub sprzyjające ich używaniu. Reformy te zostały jednak złagodzone przez orzeczenia Sądu Najwyższego, który wprowadził rozróżnienie między posiadaniem narkotyków na własny użytek oraz posiadaniem z zamiarem dystrybucji. Sąd Najwyższy dopuścił jednocześnie możliwość „wspólnej konsumpcji” narkotyków w przypadku osób uzależnionych.

W okresie demokracji (począwszy od 1975 roku aż do dzisiaj) hiszpański kodeks karny oraz kolejne reformy wprowadziły dla osób handlujących narkotykami karę więzienia, której długość waha się w zależności od tego, jak silne jest w danym momencie powszechne przeświadczenie o związku między narkotykami i przestępczością.

W 1992 roku w życie weszła Ustawa o bezpieczeństwie publicznym, która po raz pierwszy wprowadziła grzywnę administracyjną za posiadanie oraz używanie narkotyków w miejscach publicznych. Osoby dopuszczające się takich czynów mogły jednak – zamiast płacić grzywnę – przystąpić do oficjalnego programu leczenia. Niemniej jednak w kraju o długiej tradycji używania marihuany – być może na skutek bliskiego sąsiedztwa z Marokiem (jednym z największych światowych producentów marihuany) – wprowadzone ustawodawstwo postrzegano jako niedopuszczalne naruszanie wolności osobistej. I w ten oto sposób zrodził się ruch aktywistów na rzecz legalnego dostępu do marihuany, który omówimy w Rozdziale VI, a który doprowadził do powstania społecznych klubów konopnych.

III. Problem narkotyków oraz polityka narkotykowa w Hiszpanii

1. Problem narkotyków w Hiszpanii

Problematyczne używanie narkotyków po raz pierwszy pojawiło się w Hiszpanii na początku lat 70. XX w., w okresie głębokich przemian wewnętrznych. Po 40 latach konserwatywnej dyktatury wojskowej państwo przechodziło wówczas okres transformacji, zmierzający do ukształtowania demokracji liberalnej. Zasadniczych zmian doświadczyła cała struktura klasowa kraju, instytucje gospodarcze oraz system polityczny. To samo dotyczyło uznawanych w państwie wartości społecznych. Skutki przemian, którym towarzyszył kryzys ekonomiczny, były bolesne dla młodzieży hiszpańskiej, żyjącej w klimacie politycznego protestu i buntu.

W ciągu pięciu lat kryzysu ekonomicznego powstały olbrzymie dzielnice pełne dzieciaków, takie jak San Ildefonso – „miasto bezprawia” – co zwiększyło nagłe liczbę mieszkańców o kolejne 50 tys. Dzieciaki włóczyły się po ulicach, nie wiedząc, co robić z czasem. Wkrótce zrodziły się zjawiska wyrastające z przestępczości. Alkohol oraz marihuanę stosowano w nowy sposób, z kolei substancje legalne, takie jak pigułki nasenne, środki przeciwbólowe, czy uspakajające, łączono z alkoholem. O ile pamiętam, jako pierwsze narkotykom zaczęły sprzeciwiać się matki, których dzieci odurzały się, łącząc alkohol ze środkami farmaceutycznymi. Dla mnie to było skomplikowane wyzwanie.

(Jaume Funes, psycholog, edukator społeczny i dziennikarz)

To właśnie w takiej atmosferze rozpowszechniło się używanie heroiny. Osoby z marginesu społecznego dostrzegły w nowopowstałym czarnym rynku możliwość dochodu, a także łatwy dostęp do narkotyków. Z kolei rząd, w reakcji na ten niewystępujący wcześniej problem, działał powoli i nieskutecznie. Szacuje się, że w 1980 roku w Hiszpanii heroiny używało systematycznie od 60 tys. do 125 tys. osób.

W 1983 roku zdiagnozowano pierwszy przypadek AIDS, które rozprzestrzeniło się w zastraszającym tempie.

Byłem lekarzem oraz pracownikiem socjalnym. W niedzielne popołudnia jeździliśmy samochodem do Barcelony na wycieczkę albo na zwiedzanie muzeów, zabierając ze sobą kilkoro z naszych podopiecznych, używających narkotyków. Pamiętam, że było nas pięcioro w samochodzie. Zaczęli mówić o tych artystach z Ameryki, którzy chorowali na AIDS. Mówili, że to generalnie homoseksualiści, ale było też kilku narkomanów, którzy się zakazili. I przypominam sobie, że jeden z nich powiedział: „Ciekawe, czy dojdzie i do nas?”. Doszło. Chyba troje z czwórki, z którą wówczas, jechaliśmy, uległo zakażeniu. W tamtym czasie nie miałem pojęcia o HIV i AIDS. To był rok 1985. Często wspominam tę rozmowę. To był taki moment, kiedy ani lekarz, ani jego pacjenci – wszyscy jakoś związani z tematem narkotyków – nie mieli zielonego pojęcia, co się zmieni w ich życiu. Wykonywałem pracę, którą – jak mi zdawało – znałem i rozumiałem – pomagałem młodym ludziom wyrwać się z uzależnienia, by mogli żyć pełnią życia. Wraz z pojawieniem się AIDS zmieniło się to w pracę, polegającą na towarzyszeniu im do momentu śmierci.

(Josep Checa, psychiatra)

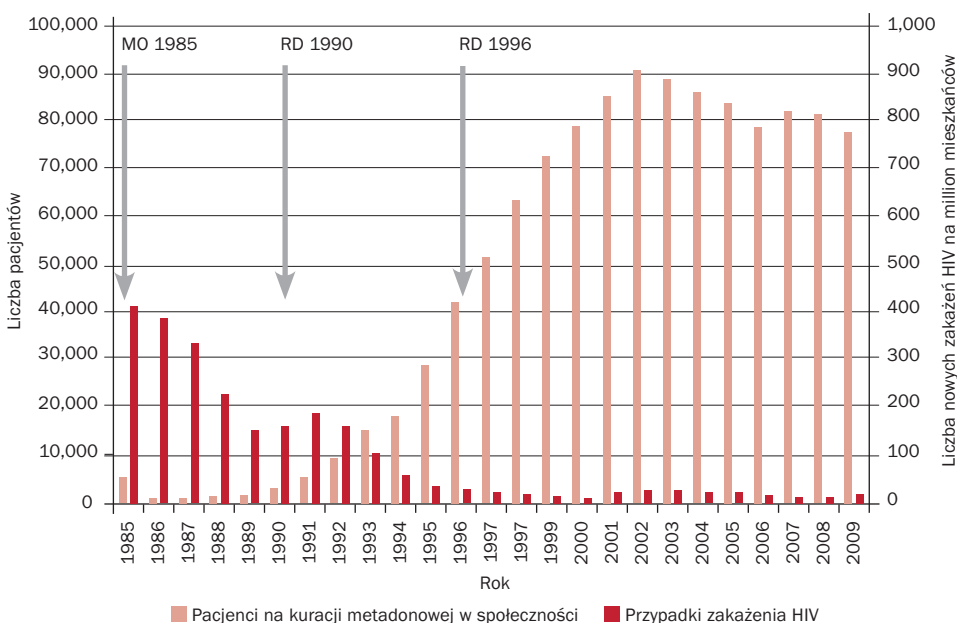
Przez wiele lat borykano się z powszechnym oporem wobec dystrybucji czystych strzykawek, co miało bezpośrednie przełożenie na niekontrolowaną liczbę zgonów z powodu AIDS. W Hiszpanii do zakażenia dochodziło głównie w więzieniach. Pierwsze przypadki AIDS potwierdzono w kraju w 1983 roku, a ich liczba osiągnęła maksymalny pułap na początku lat 90. W latach 1983–1990 z przedawkowania narkotyków zmarło 20–25 tys. osób, 100 tys. w wyniku iniekcyjnego przyjmowania narkotyków zakażyło się HIV, a jeszcze większa grupa – wirusowym zapaleniem wątroby (HCV). Do najwyższej liczby zakażeń HIV w wyniku wstrzykiwania narkotyków doszło w latach 1985–1987, kiedy odnotowywano do ok. 14,5 tys. zakażeń rocznie (de la Fuente et al., 2006). Nowe zdiagnozowane przypadki AIDS, łączone z iniekcyjnym używaniem narkotyków, osiągnęły najwyższą liczbę w latach 1995–1996, dochodząc prawie do 4,3 tys. zgonów rocznie (do zakażenia wirusem dochodziło 6–11 lat wcześniej). Do końca lat 90. właściwie nie stosowano żadnych skutecznych leków antyretrowirusowych. W późniejszym okresie tempo rozwoju infekcji zmalało na skutek różnych czynników – wielu użytkowników odeszło od iniekcji na rzecz palenia heroiny, wprowadzono programy wymiany igieł (pierwsze w Barcelonie w 1990 roku) oraz inne interwencje z zakresu redukcji szkód.

2. Krajowy Program Narkotykowy

Dopiero w 1985 roku opracowano pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia Krajowy Program Narkotykowy (*Plan Nacional sobre Drogas*, PNSD), który miał na celu rozwiązanie problemu sprzedaży, ale też używania narkotyków, leczenia oraz profilaktyki. Zaczęto od stworzenia autonomicznych struktur, które miały zarządzać państwowymi środkami przeznaczonymi na kwestie związane z narkotykami.

WYKRES 1.

Szacowana liczba zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki dożylnie oraz liczba osób poddanych kuracji metadonowej w Hiszpanii



HIV – ludzki wirus niedoboru odporności (human immunodeficiency virus); MO – rozporządzenie ministerialne; RD – dekret królewski.

Wykres na podstawie danych z biuletynu Światowej Organizacji Zdrowia „Substytucyjne leczenie metadonem w Hiszpanii – sukces podejścia redukcji szkód” (cytującego dane pozyskane z Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas oraz Barrio G et al.), dostępnego na: <http://www.who.int/bulletin/tomy/91/2/12-111054/en/>.

Na samym początku strategia skupiała się na heroinie, kładąc zasadniczy nacisk na profilaktykę oraz leczenie abstynencyjne (Oriol Romaní, antropolog). W 1983 roku wprowadzono jednak w życie, wykorzystując do tego celu pochodzący z epoki Franco *„carnet reglamentario para la extradosis”*, ministerialne rozporządzenie, które zezwalało na leczenie

metadonem. Ale już w 1985 roku, zgodnie z polityką abstynencji, Krajowy Program Narkotykowy ograniczył zarówno dostęp do substytucyjnej terapii metadonowej, jak i możliwość kontynuacji leczenia w takim programie. W efekcie, liczba osób podlegających leczeniu spadła z ponad 5 tys. w 1985 roku do niecałego tysiąca w 1987 roku (patrz Wykres 1). W latach 1983–1996 weszło jednak w życie jeszcze kilka kolejnych poprawek prawnych dotyczących metadonu, w wyniku których coraz bardziej liberalizowano i uelastyczniano kryteria dopuszczenia do tej formy leczenia.

Krajowy Program Narkotykowy – wiodąca hiszpańska organizacja działająca w obszarze narkotyków – przyczynił się do utworzenia sieci zajmującej się kwestiami wynikającymi ze zjawiska używania heroiny, jednakże dopiero niedawno Program włączył się w promowanie redukcji szkód. Miał natomiast niewątpliwe zasługi w gromadzeniu danych epidemiologicznych.

IV. Katalonia i tamtejszy konsensus

1. Ścieżka legislacyjna

Hiszpania to kraj składający się z 17 wspólnot autonomicznych (*Estado de las autonomías*), cieszących się różnym stopniem niezależności. Spośród 47 mln mieszkańców kraju, 7,5 mln zamieszkuje Katalonię, której stolicą jest Barcelona. Na przestrzeni lat, rząd centralny scedował na wspólnoty autonomiczne wiele ze swoich obowiązków. Największym stopniem autonomii cieszą się: Andaluzja, Katalonia, Kraj Basków, Galicja oraz Nawarra.

W 1981 roku autonomiczny rząd Katalonii przejął kwestie związane z ochroną zdrowia. Jednakże w okresie bezpośrednio po zakończeniu dyktatury autonomiczne władze borykały się z ogromnymi trudnościami finansowymi. Dlatego też rozwiązanie problemu narkotykowego znalazło się w tym początkowym okresie w kompetencji pierwszych demokratycznie wybranych rad miejskich lub samorządów terytorialnych. Te z kolei podlegały presji rodzin młodzieży dotkniętej problemem używania narkotyków, a także lokalnych ruchów społecznych, ostro krytykujących brak środków na przezwycięzenie narkotykowego kryzysu.

Dosłownie w kilka dni po stworzeniu hiszpańskiego Krajowego Programu Narkotykowego, parlament Katalonii przyjął Ustawę nr 20/1985 dotyczącą profilaktyki oraz opieki w obszarze substancji, które mogą prowadzić do uzależnienia. Ustawa została przyjęta dzięki szerokiemu konsensusowi między wszystkimi aktorami sceny politycznej, włączając w to nawet najbardziej konserwatywne partie zasiadające w katalońskim parlamencie. Celem

ustawy było ustanowienie oraz uregulowanie sposobów profilaktyki, opieki oraz reintegracji. Przedsięwzięte środki miały być oparte na metodach naukowych z poszanowaniem zasady o samostanowieniu.

Do życia powołano dwa rządowe ciała koordynujące – komisję złożoną z przedstawicieli rządu oraz prowincji i gmin Katalonii, a także podmiot techniczny, którego zadaniem było planowanie, opracowywanie programu wdrażania prawa i koordynacja z Krajowym Programem Narkotykowym.

Ustawa nr 20/1985 wprowadziła w życie pierwszy kataloński plan narkotykowy (opublikowany w 1987 roku), który poprzez Katalońską Sieć Opieki nad Osobami Uzależnionymi od Narkotyków zajął się sytuacją narkotykową na czterech poziomach. Pierwszy zapewniał podstawową opiekę zdrowotną oraz socjalną, a także – w zależności od potrzeb klienta – informację i skierowanie do świadczeń oferowanych na innych poziomach. Drugi poziom zajmował się poradniami terapii uzależnień od narkotyków i opieką nad osobami uzależnionymi (Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, CAS), a także placówkami leczenia – wyspecjalizowanymi ośrodkami z interdyscyplinarnym personelem, mającymi za zadanie opiekę nad ludźmi zażywającymi narkotyki, a także alkohol i tytoń. Trzeci poziom obejmował szpitalne oddziały detoksykacyjne, społeczności terapeutyczne oraz substytucyjne programy metadonowe. Czwarty poziom z kolei nastawiony był przede wszystkim na reintegrację społeczną. W 1987 roku zainaugurowano System Informacji dot. Uzależnień od Narkotyków, mający za zadanie gromadzenie informacji wygenerowanych na wszystkich czterech poziomach sieci opieki.

W 1988 roku rada miejska Barcelony zorganizowała po raz pierwszy okrągły stół na temat polityki narkotykowej. Przedstawiciele wszystkich grup politycznych miasta osiągnęli konsensus w sprawie miejskiego planu narkotykowego. Owo spotkanie okrągłego stołu niosło jasne przesłanie, że problemu narkotyków nie można wykorzystywać jako „broni politycznej”. Dzięki temu forum program narkotykowy został następnie przyjęty na sesji plenarnej rady miejskiej ogółem głosów, tym samym zapewniając ciągłość strategii opartej na zasadach ochrony zdrowia. Konsensus złamano jedynie raz, kiedy partie konserwatywne zakwestionowały lokalizację pokoi iniekcyjnych.

Okrągły stół, mający doprowadzić do konsensusu w kwestii polityki narkotykowej, został formalnie stworzony na poziomie wspólnoty autonomicznej przez parlament Katalonii w 1997 roku. Porozumienie to, które przyjęło formę niewiążącej rezolucji, cieszyło się ogólnym poparciem wszystkich partii politycznych w katalońskim parlamencie. Okrągły stół przyjął cele, mające ukierunkowywać przyszłe dyskusje nt. programu narkotykowego. Co istotne, uznawał, że strategię redukcji szkód okazały się skuteczne i zostaną wdrożone w postaci kładącej nacisk głównie na kwestie społeczne, mimo biomedycznego ukierunkowania Krajowego Planu Narkotykowego.

Jak się przekonamy w dalszej części bieżącego rozdziału, te dwa porozumienia w radzie miasta Barcelony i w parlamencie Katalonii przygotowały w ciągu ostatnich 25 lat grunt pod nowatorskie rozwiązania, a zarazem zapewniły kontynuację działań w zakresie ochrony zdrowia oraz interwencji w społeczności lokalnej.

Parlament Katalonii przyjął jeszcze trzy inne ustawy związane z tematem uzależnienia od narkotyków: Ustawę nr 10/1991, Ustawę nr 8/1998 oraz Ustawę nr 1/2002. Dotyczyły one głównie ograniczania reklam alkoholu i tytoniu, dostępności tych środków oraz ich używania, i podkreślały konieczność ochrony zdrowia grup najbardziej narażonych na negatywne skutki, zwłaszcza młodzieży. Ustawy nadawały kompetencje do realizacji powyższych celów organom ochrony zdrowia.

Pierwszy w Hiszpanii program wymiany igieł realizowany w zakładzie zamkniętym został wprowadzony przez rząd centralny w więzieniu w Kraju Basków w 1997 roku. Katalonia jest jedyną wspólnotą autonomiczną, która sprawuje nadzór nad swoim więziennictwem. W 2003 roku rząd Katalonii wdrożył program wymiany igieł w więzieniach na mocy przyjętej jednomyślnie niewiążącej rezolucji.

W 2006 roku, za czasów „trójpartyjnej” lewicowej koalicji rządzącej, w której skład wchodziły partie najaktywniej wspierające politykę społeczną, podjęto prace dążące do wydania przez kataloński parlament rezolucji w duchu okrągłego stołu z 1997 roku. Wszystkie partie zgodziły się, że polityka przeciwdziałania uzależnieniom od narkotyków winna opierać się na profilaktyce, zachęcaniu do realizacji programów edukacyjnych i szkoleniowych, sprawiedliwej decentralizacji publicznego systemu ochrony zdrowia, rozwijaniu programów redukcji szkód, promowaniu strategii interwencji opartych na dowodach naukowych; oraz że polityka ta winna się też starać, by media upowszechniały informacje, które zdejmą odium z problemu narkotyków, inspirując obiektywną debatę polityczną i społeczną na ich temat.

W końcu w 2009 roku, na mocy Dekretu nr 105/2009, rząd kataloński stworzył Międzyministerialną Komisję ds. Narkotyków. Komisja stanowi podmiot koordynujący kwestie profilaktyki, opieki, redukcji szkód, reintegracji, szkoleń oraz badań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Koordynuje również zaangażowanie obywateli, instytucji oraz organizacji pozarządowych, zajmujących się uzależnieniem od narkotyków.

2. Konsensus motorem zmiany

Aby móc zrozumieć, dzięki czemu polityczny konsensus w zakresie polityki narkotykowej pozwolił Katalonii stać się nowatorem i liderem, musimy poznać kontekst historyczny, społeczny oraz polityczny tej autonomicznej wspólnoty.

Katalończycy walczyli o swoją niezależność od stuleci. Ich wysiłki wielokrotnie udaremniano, często przy współudziale liderów politycznych oraz ekonomicznych elit katalońskiego

społeczeństwa. Mieszkańcy Katalonii nigdy jednak nie dali za wygraną. Te nieustanne tarcia zbudowały katalońskie społeczeństwo obywatelskie, które zorganizowało się w wymiarze społecznym, politycznym, ekonomicznym i kulturowym poza systemem państwowym. Począwszy od oporu kolektywów klasy robotniczej w 1855 roku, pozostających pod silnym wpływem anarchizmu, poprzez popularne spółdzielnie czy gospodarkę mutualistyczną w latach 1870-1939, po instytucje naukowe, literackie i edukacyjne, które ukształtowały dążenie Katalonii do niepodległości aż do klęski w 1939 roku, współczesna wyzwolona Katalonia wyrażała swoją społeczną solidarność opartą na zbiorowej samoorganizacji.

Owo pragnienie niezależności Katalończyków zostało niemal całkowicie zdławione w 1939 roku, kiedy dyktatura Franco zakazała mówienia, pisania oraz nauczania w języku katalońskim. Zabroniła używania języka katalońskiego w piśmie we wszelkich przejawach życia publicznego, takich jak rejestry publiczne, nazwy ulic, imiona, nagrobki, oraz we wszystkich szkołach publicznych i prywatnych. Mimo tych ograniczeń, poczucie wspólnoty nadal pozostawało żywe dzięki spółdzielniom mieszkaniowym, świeckim i koedukacyjnym szkołom, wydawnictwom, popularnym uniwersytetom, stowarzyszeniom zawodowym, gazetom oraz magazynom, organizacjom harcerskim i turystycznym, związkom zawodowym i zgromadzeniom pracowników, organizacjom feministycznym czy stowarzyszeniom sąsiedzkim. To właśnie spuściznie silnego ducha kolektywnego zawdzięczamy to, że dzisiaj na każdych 124 mieszkańców Katalonii przypada jedno stowarzyszenie.

Większość osób, z którymi przeprowadzono wywiady na potrzeby niniejszego raportu, żywi przekonanie, że to właśnie historyczna siła zorganizowanego społeczeństwa obywatelskiego, umiejętności wypracowywania konsensusu oraz znaczenie, jakie przypisuje się perspektywie wspólnotowej, pozwoliły Katalonii sformułować tę jedyną w swoim rodzaju politykę narkotykową.

W miejscach, gdzie jest silniejsze poczucie wspólnej sprawy i solidarności, kwestia narkotyków spotkała się z lepszą reakcją. Wydaje mi się, że to właśnie dlatego tutaj zareagowano silniej niż w innych autonomicznych regionach Hiszpanii. Mieliliśmy dosyć i uznaliśmy, że to problem społeczności lokalnej i jako taki musi zostać rozwiązany przez społeczność lokalną, a nie jedynie przez profesjonalistów, czy polityków. Tam, gdzie istnieje społeczność, tam będzie też reakcja.

(Andreu Obrador, psycholog)

Oprócz polityki narkotykowej, Katalonia wypracowała także pionierską politykę społeczną i zdrowotną, politykę w sprawach kobiet, seksualności, prostytucji oraz zdrowia psychicznego. W kolejnym rozdziale omówimy dalsze szczegóły katalońskiego pionierskiego rozwiązania kwestii narkotyków.

2.1 Specjaliści

W 1984 roku w Barcelonie grupa specjalistów z różnych dziedzin, w tym psychologii, medycyny, prawa oraz antropologii utworzyła Grupę Igia. Jej celem było ukonstytuowanie forum do przemyśleń i dyskusji, które pozwoliłyby w pełni zrozumieć złożoną rzeczywistość narkotykową. Grupa powstała jako ośrodek analiz, szkoleń, badań, społecznego oddziaływania i w dalszej kolejności – oferowania usług.

Grupa Igia stanowiła inkubator pomysłów oraz projektów, które w kolejnych latach powielano na terenie całego kraju. Jej inicjatywy obejmowały programy wymiany igieł, działania grup rówieśniczych, szkolenia, programy ewaluacyjne, publikacje, stowarzyszenia użytkowników narkotyków, pokoje iniekcyjne, a także konferencje, w tym pięć sesji podczas Konferencji Ameryki Łacińskiej nt. Redukcji Szkód (*Conferencia Latinoamericana de Reducción de Daños*).¹

Grupa Igia stanowiła punkt odniesienia, bez którego trudno byłoby wyjaśnić ewolucję w dziedzinie polityki narkotykowej oraz zmianę podejścia, do jakiego doszło na przestrzeni ostatnich 30 lat. Od samego początku, kiedy społeczeństwo odczuwało jeszcze szok na skutek wyraźnie widocznej intensywnej konsumpcji heroiny, członkowie Grupy Igia szukali w całej Europie, także w kręgach naukowych, modeli skutecznego leczenia oraz programów redukcji szkód. W 1989 roku, dzięki finansowaniu Krajowego Programu Narkotykowego, Grupa wydała opracowanie: *Nowe spojrzenie na narkotyki. Hipotetyczne skutki, jakie dekryminalizacja narkotyków mogłaby przynieść w kwestiach społecznych, dla modeli konsumpcji oraz systemów powrotu do zdrowia* (*Repensar las drogas: Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*). Raport ten proponował radykalną zmianę podejścia w toczonej na ograniczoną skalę debacie publicznej na temat narkotyków. Grupa Igia przecierała szlaki rozumieniu, że narkotyków nie można jedynie postrzegać jako zagrożenia z zakresu zdrowia, czy jako społeczno-kulturowego zjawiska powiązanego z daną rzeczywistością historyczną. Odkryła, co najważniejsze, że zasadniczym elementem, któremu należy się bacznie przyjrzeć, który winno się przeanalizować na nowo i zastanowić się, czy nie wymaga on zmiany, jest podejście państwa do kwestii narkotyków.

Większość specjalistów, którzy założyli Grupę Igia, została ostatecznie powołana do objęcia stanowisk rządowych, odpowiedzialnych za kwestie związane z narkotykami w Katalonii, i pomagała zinstytucjonalizować modele redukcji szkód. Grupa Igia tworzyła awangardę wśród ekspertów, zajmujących się kwestią uzależnienia od narkotyków. Jej członkowie mieli wiele wspólnych cech, tak jak zresztą większość tych, z którymi przeprowadzono wywiady

1. Źródło: Rejestr instytucji Katalonii.

na potrzeby niniejszego raportu. W latach 80. XX w. wiele osób kierowało się wrażliwością społeczną, było osobiście związanych z rzeczywistością/konfliktem, w którym pracowali, i proponowało nie tylko zmianę nawyków osób zażywających narkotyki, ale chciało pójść jeszcze dalej, przekształcając ich najbliższe otoczenie i społeczność lokalną.

2.2 Reakcja oddolna

Na początku lat 80. XX w. pierwszymi instytucjami, które reagowały na problem nadużywania heroiny, były stowarzyszenia rodziców oraz dzielnice, w których problem ten odczuwano najboleśniej. Społeczności lokalne naciskały na rady miejskie, które jednak nie dysponowały środkami, by problemowi zaradzić i wprowadzić w życie programy zapewniające opiekę ludziom, którzy cierpią skutki nadużywania heroiny. W owym czasie rada miejska Barcelony scedowała opiekę nad osobami z problemami narkotykowymi na inicjatywy społeczne i organizacje pozarządowe.

Takie podejście stworzyło nowy model reagowania na problem narkotyków. W Katalonii, mimo że początkowa reakcja opierała się w dużym stopniu na dążeniu do abstynencji, profesjonalną opiekę zapewniały interdyscyplinarne zespoły lekarzy, psychologów oraz pracowników socjalnych. To pokazuje, że starali się podejść do realiów problemu w całej jego złożoności.

(Josep Rovira, pracownik socjalny)

Siła obecnego modelu realizowanego w Katalonii ma swe korzenie we wczesnym zaangażowaniu w kwestie ochrony zdrowia, które zaowocowało szerokim wachlarzem opcji leczenia w ramach zorganizowanej sieci.

Użytkownik musi być żyjący z rodziną, zintegrowany z najbliższym otoczeniem, z miastem. Stworzyliśmy korpus ochotników, którym pomogliśmy przezwyciężyć obawy przed ludźmi uzależnionymi od narkotyków. Nauczyli się dostrzegać osobę, która kryje się za chorobą. W ten sposób stali się aktywnymi orędownikami sprawy w ramach lokalnej społeczności.

(Felisa Pérez, psycholog)

Większość respondentów naszego raportu uważa, że w Katalonii wdrożono programy redukcji szkód między innymi dlatego, że problem narkotyków odczuwano tutaj w wymiarze bardzo osobistym. W owym okresie kilka osób piastujących najwyższe stanowiska polityczne miało rodzeństwo albo innego członka bliskiej rodziny, który borykał się z nadużywaniem heroiny, czasem nawet ze skutkiem śmiertelnym. Osobiste doświadczenie wyrobiło w nich wrażliwość, która miała zasadnicze znaczenie dla wsparcia idei redukcji szkód.

W katalońskim podejściu do problemu warto jeszcze podkreślić dwie inne cechy charakterystyczne. W 1986 roku Uniwersytet w Barcelonie stworzył pierwsze w Europie studia magisterskie, poświęcone uzależnieniu od narkotyków. Przyczyniły się one w pewnym stopniu do ujednolicenia wiedzy na ten temat wśród osób zawodowo zajmujących się problemem. Kolejny czynnik, który w ciągu ostatnich 30 lat ułatwiał spójny model opieki nad uzależnionymi od narkotyków, stanowiła praca dr. Joana Colom Farrana. Piastował on najwyższe stanowiska w strukturach zajmujących się uzależnieniami od narkotyków, od kiedy tylko powołano je do życia, dzisiaj pełni zaś funkcję wicedyrektora generalnego ds. nadużywania substancji w Departamencie Zdrowia Katalonii.

2.3 „Byle nie u mnie” i polityczny konsensus

W czasie Letniej Olimpiady w 1992 roku policja wyraźnie zintensyfikowała swe wysiłki w centralnej części Barcelony, gdzie dożylne stosowanie narkotyków było wyraźnie widoczne. Handel narkotykami został zepchnięty na obrzeża miasta. W 2001 roku mimo braku publicznego finansowania, ale już dostrzegając niebezpieczeństwo, grupa organizacji non-profit otworzyła pierwszy pokój iniekcyjny w Can Tunis, jednej ze społecznie i ekonomicznie zmarginalizowanych dzielnic Barcelony. Został on wkrótce potem zamknięty.

W 2003 roku władze Barcelony we współpracy z Czerwonym Krzyżem otworzyły pierwszy pokój iniekcyjny w centrum miasta. Odkryło się to bez żadnych poważniejszych kontrowersji, być może dlatego, że pomieszczenie znalazło się w sąsiedztwie instytucji publicznych, takich jak straż pożarna, placówki służby zdrowia oraz szkoła, z którą ustalono, że lokal będzie otwierany po godz. 17. Ponieważ jednak rozmiary pierwszego tego typu lokalu nie były wystarczające do zaspokojenia potrzeb użytkowników, w tej samej dzielnicy otwarto w 2004 roku drugi pokój iniekcyjny ze znacznie większą liczbą udogodnień oraz usługami z zakresu ochrony zdrowia. Była to Sala Baluard – obecnie rozwiązanie modelowe na skalę międzynarodową, w którym ciągle poszerzano zakres usług, a nawet stworzono pomieszczenie do palenia heroiny, co miało na celu rozbudowanie kontaktów z czynnymi użytkownikami narkotyków. Niemniej jednak nawet dwa tego typu lokale w jednej strefie nie były w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb Barcelony. Mieszkańcy zaczęli więc wywierać presję na polityków, by otwierano więcej takich miejsc w kolejnych dzielnicach.

Kiedy jednak w 2005 roku miasto ogłosiło plany otwarcia trzeciego pokoju iniekcyjnego w dzielnicy Vall d’Hebron, decyzja spotkała się z silną reakcją typu: „byle nie u mnie” (ang. „Not In My Back Yard”, dosł. nie w moim ogródku). Przez kilka miesięcy mieszkańcy dzielnicy blokowali ruch na jednej z głównych arterii miasta, powodując chaos w komunikacji na terenie zamożnej barcelońskiej Zona Alta. Twierdzili, że lokal taki zwiększy w dzielnicy liczbę użytkowników narkotyków, którzy będą wstrzykiwać sobie heroinę na ulicach. Obawiali się, że szkoły średnie przeżyją zalew heroiny. W szczytowych momentach ruch protestu

potrafił zmobilizować na ulicy nawet ok. 3 tys. osób. Niekiedy do akcji przyłączały się całe rodziny, w tym dziadkowie, dzieci i kobiety w ciąży.

Zorganizowano autentyczne oblężenie.... groźne nie tylko dla osób zażywających narkotyki, ale także dla pracujących na ich rzecz.... na zmianę pilnowali lokalu i dokładnie kontrolowali liczbę osób, które wchodziły do ośrodka i z niego wychodzą.

(Joan Colom, lekarz)

Ruch mieszkańców dzielnicy dostarczył do rady miejskiej Barcelony ok. 5 tys. podpisów, potępiających projekt. O sprawie szeroko donoszono w mediach. W relacjach medialnych pobrzmiwała jednak aprobata dla ośrodka, gdy tymczasem mieszkańców dzielnicy przedstawiano jako osoby aspołeczne i niechętne do współpracy.

Dziewięć miesięcy po wybuchu konfliktu parlament Katalonii przyjął niewiązącą rezolucję, w której wszystkie siły polityczne zobowiązywały się nie udzielać wsparcia przeciwnikom ośrodków bezpiecznego używania narkotyków. Jednocześnie ów pokój iniekcyjny, stanowiący przedmiot kontrowersji, przeniesiono do innego obiektu przyległego do i zintegrowanego z dużym ośrodkiem szpitalnym. Przeciwnicy przedsięwzięcia prowadzili swoje działania jeszcze przez rok, ale stopniowo protesty ucichły. Ważne jednak, że przez cały czas trwania sporu pokój ani na chwilę nie przestał działać.

Przez następne pięć lat nie wspomniano o otwieraniu kolejnych tego typu lokali – aż do 2010 roku, kiedy postanowiono, że każda z dziesięciu dzielnic Barcelony będzie miała swój własny pokój iniekcyjny. Otwarto je na terenie miasta bez żadnych dalszych protestów.

V. Inicjatywy z zakresu zdrowia publicznego i redukcji szkód

W 1976 roku pracowałem w Klinice Szpitalnej Barcelony i miałem wtedy po raz pierwszy kontakt z użytkownikami heroiny. Zjawiało się tam jakieś 16 do 20 osób, niekoniecznie z własnej woli, lecz w towarzystwie policjantów. Policja zrobiła nalot na handlarzy i twierdziła, że mają objawy głodu narkotycznego. Nigdy nie leczylimy osób zażywających heroinę, a jedynie alkoholików i osoby uzależnione od morfiny, przywieźli ich jednak do nas, bo uważali, że znamy się na uzależnieniach. Byli ciekawi tego, o czym wcześniej czytali tylko w książkach.

(Ernesto Sierra, psycholog)

1. Pierwsze interwencje w Katalonii

Pod koniec lat 70. XX w. szpitale psychiatryczne oraz niektóre społeczności terapeutyczne, kierowane przez byłych uzależnionych, odpowiadały na potrzebę opieki nad osobami, zmagającymi się z uzależnieniem od heroiny. W 1978 roku władze Barcelony otworzyły pierwszy oddział przeznaczony dla użytkowników heroiny oraz ich rodziców. Po demokratycznych wyborach do rad miejskich w 1979 roku, kilka innych samorządów gminnych, w odpowiedzi na naciski ze strony rodzin, borykających się z tym problemem, założyło niewielkie ośrodki opieki, choć ochrona zdrowia nie stanowiła obszaru odpowiadającego ich kompetencjom. Ośrodki te często musiały opierać się na pomocy opieki społecznej czy instytucji charytatywnych.

W drugiej kolejności na potrzebę roztoczenia opieki nad osobami dotkniętymi problemem narkotykowym zareagował w 1981 roku Czerwony Krzyż. Lokalne inicjatywy, niejednokrotnie realizowane przez organizacje pozarządowe, powielano aż do momentu, kiedy w 1985 roku prawo regionalne wprowadziło interwencje realizowane od tej pory w ramach jednego wspólnego projektu. W omawianym okresie używanie heroiny spotykało się ze społecznym potępieniem – uważano je za praktykę niemoralną i niezgodną z prawem. Takie wyobrażenie miało bezpośrednie przełożenie na „opiekę” terapeutyczną, gdzie moralność dominowała nad doktryną medyczną. Ci, którzy otrzymywali opiekę, musieli wykazać swoją motywację do zachowania abstynencji od używania narkotyku, bądź stanąć wobec możliwości wykluczenia z leczenia. Podejście do leczenia miało charakter nakazów i zakazów. Roczny wskaźnik retencji przy leczeniu abstynencyjnym wynosił 5 do 10% (Colom, 2000).

2. Opieka poprzez realizację modelu biopsychospołecznego

Pod koniec lat 80. XX w. opieka nad użytkownikami narkotyków naśladowała model publicznej opieki zdrowotnej. Istniała silna tendencja do zakładania ośrodków przeznaczonych do leczenia osób uzależnionych od narkotyków oraz opieki nad nimi (CAS). Wiele z nich prowadziły organizacje non-profit oraz pozarządowe, mające społecznościową wizję opieki, a także osoby zaangażowane na rzecz zmiany społecznej. Stosowały biopsychospołeczne podejście, które w kwestii używania narkotyków, uzależnienia oraz zapewniania opieki zdrowotnej uwzględnia czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczne w ich złożonej interakcji. Ośrodki te były publicznymi placówkami leczenia ambulatoryjnego, pozwalającymi na bezpośredni dostęp do opieki, z pominięciem konieczności konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu. Od samego początku zatrudniały specjalistów różnych dziedzin, jednocześnie współpracując między sobą. Od chwili powstania zajmowały się osobami mającymi problem z używaniem alkoholu, tytoniu oraz nielegalnych narkotyków.

W 1986 roku, pomimo sprzeciwu okolicznych mieszkańców oraz dużej grupy osób zawodowo związanych z ochroną zdrowia, które w owym okresie opowiadały się za leczeniem abstynencyjnym, powstał w centrum Barcelony pierwszy ośrodek oferujący terapię substytucyjną metadonem. Niskoprogowe programy metadonowe, realizowane w ramach polityki redukcji szkód, okazały się do tego stopnia skuteczne, że gdyby wszyscy użytkownicy heroiny mogli z nich korzystać, udałooby się uniknąć 86% zgonów w wyniku przedawkowania oraz 38% zgonów w wyniku HIV/AIDS (Brugal, 2005).

Reprezentowane przez poradnie uzależnień formy współpracy stworzyły podatny grunt pod wdrożenie programów redukcji szkód. W omawianym okresie w Hiszpanii żyła najwięk-

sza w Europie liczba osób zakażonych HIV, Barcelona zaś miała pośród miast europejskich drugi co do wysokości wskaźnik umieralności. W 1989 roku w samej tylko stolicy Katalonii w wyniku przedawkowania heroiny zmarły 173 osoby, 100 zaś w wyniku AIDS (Brugal, 2005). Na początku lat 90. ta właśnie sytuacja spowodowała przyspieszenie dostępności programów metadonowych oraz programów pomocy, które starały się zaspokajać podstawowe potrzeby społeczne i zdrowotne, pracując w dogodnych dla użytkowników porach i lokalizacjach. Upowszechnienie programów wymiany igieł zajęło z kolei jeszcze kilka lat, gdyż działanie to postrzegano jako formę promowania konsumpcji. Jako pierwsze zaczęły je wprowadzać w strefach największego natężenia iniekcynego stosowania narkotyków organizacje pozarządowe, które promowały również niskoprogowe strategie, mające wspomagać osoby pozostające poza systemem (Pretel, 2008). Dosłownie kilka lat później sterylne igły rozprowadzano w ramach podstawowych działań opiekuńczych, przy udziale edukatorów ulicznych, w ośrodkach leczenia, szpitalach, automatach, więzieniach oraz pokojach iniekcyjnych.

Kamieniem węgielnym programów redukcji szkód było porozumienie ze Stowarzyszeniem Farmaceutów, pozwalające aptekom na oferowanie metadonowego leczenia substytucyjnego oraz – co wymagało przezwyciężenia większych trudności – strzykawek.

3. Wcielanie w życie programów redukcji szkód

W 1991 roku Barcelona gościła 2. Międzynarodową Konferencję „Redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków”. Ze strony kraju-gospodarza udział wzięło niewielu uczestników, a referaty Hiszpanów stanowiły zaledwie 6% wszystkich prezentacji, z czego żaden nie został przedstawiony na sesji plenarnej. Reprezentacja Hiszpanii była na konferencji o wiele mniej liczna niż delegacja z Wielkiej Brytanii (35% uczestników), USA (17%), Holandii (14%), Niemiec (10%) czy Australii (8%) (del Río, 1998).

Programy redukcji szkód rozpowszechniły się dopiero pod koniec lat 90. Aby ich realizacja okazała się skuteczna, specjaliści zajmujący się problemem używania narkotyków musieli odejść od dominującego moralizatorskiego podejścia. Użytkownika narkotyków zaczęto postrzegać jako podmiot terapii, raczej niż jej przedmiot.

To był ten moment, kiedy my – ogólnie mówiąc, specjaliści od narkotyków – musieliśmy przyznać, że nie mamy o narkotykach pojęcia. Wiedzieliśmy tylko, jak leczyć ludzi, którzy już mieli swoje osobiste narzędzia, czy wsparcie rodziny, pomagające im w próbach utrzymania abstynencji.

(Carles Sedó, edukator)

Przyjęto założenie, że użytkownicy narkotyków mają w sobie wrodzoną zdolność dokonywania zmiany, mimo że nie przestali narkotyków używać. Na podstawie tego założenia

sformułowano dla nich najróżniejsze cele. Chodziło o to, by uniknąć przechodzenia użytkowników do dożylnego stosowania narkotyków, by podejmować kroki nie dopuszczające do zakażenia się przez nich HCV czy HIV, umożliwiać pracę grup rówieśniczych oraz przeciwdziałać przedawkowaniom heroiny (obecny program przeszkolił 4 tys. użytkowników i przeprowadził ponad 4 tys. zestawów z naloksonem²). Inicjatywy te dostosowano do konkretnych warunków w taki sposób, by dotrzeć do osób w zmarginalizowanych dzielnicach, gdzie kwitł handel narkotykami i ich konsumpcja. Ośrodki oferujące kawę i miejsce spotkań, pokoje do bezpiecznej iniekcji heroiny, praca na ulicach oraz szkolenia wśród czynnych użytkowników narkotyków – to wszystko elementy takiego właśnie podejścia. Koordynację działań prowadziły departamenty: zdrowia, sprawiedliwości oraz spraw wewnętrznych. Współpraca ta zaowocowała m.in. rekomendacjami dla policji oraz przekazaniem poradni uzależnień na terenie więzień w kompetencje Departamentu Zdrowia, a nie Sprawiedliwości, któremu więzienia podlegały. Decyzja ta ułatwiła zapoczątkowanie programów metadonowych oraz wymiany igieł w więzieniach, które nadal jeszcze prowadzą swą walkę na tym polu.

W tamtym okresie spotykaliśmy się z silnym sprzeciwem ze strony osób związanych z więzienictwem. Tymczasem dzisiaj te same osoby nie pozwolą nam otworzyć nowego więzienia bez programu metadonowego.

(Xavier Major, lekarz)

Wdrożenie programów redukcji szkód doprowadziło do poprawy ogólnych wskaźników umieralności w Barcelonie. W latach 1996-1999 spadły one o 76%. Liczba zgonów w wyniku AIDS spadła o 85%. Liczba zgonów na skutek przedawkowania, która już wcześniej zaczęła maleć, spadła w latach 1992–1999 o 83% (Brugal, 2005).

W 2004 roku rozpoczęto testy kliniczne nad doustnym zażywaniem heroiny. Efekty okazały się pozytywne i zwiększyły poparcie dla realizowania tego alternatywnego rozwiązania. Tymczasem proces opracowania oraz realizacji testów nabrał silnie politycznego wymiaru na poziomie ogólnokrajowym i mimo wyraźnych głosów poparcia ze strony licznych specjalistów w Katalonii, strategii tej nie wdrożono do dziś.

W ciągu minionych pięciu lat pojawiła się tendencja, by funkcjonalnie zintegrować działania w zakresie uzależnień od narkotyków z usługami medycznymi w zakresie zdrowia psychicznego. Zamierzenie to zostanie zrealizowane przez koordynację interwencji w zakresie patologii, które są wspólne dla obu sieci, oraz przygotowanie wspólnych protokołów.

2. Xavier Major, lekarz.

4. Programy redukcji ryzyka w klubach nocnych

W okresie kiedy malało użycie heroiny, a jej użytkowników traktowano z większą godnością, wzrastać zaczęła konsumpcja kokainy. Nowym problemem społecznym stało się rekreacyjne używanie narkotyków, często połączone ze spożywaniem alkoholu w lokalach nocnych. Jednoczesne stosowanie różnych środków odurzających (polikonsumpcja) stało się zjawiskiem powszechnym. W 1997 roku wprowadzono w życie „Kontrolę Energii” – pierwszy z kilku programów redukcji ryzyka skoncentrowanych na klubach nocnych. Zdecydowano się na te działania wskutek braku zaangażowania oraz uczestnictwa osób, których modele konsumpcji różniły się od znanych wcześniej modeli konsumpcji obserwowanych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków oraz wśród alkoholików.

Zasady kierujące programami redukcji ryzyka pokrywają się z tymi, które leżą u podstaw redukcji szkód, niemniej działania takie adresowane są w większości przypadków do osób, które w bieżącym momencie nie doświadczają problemu z nadużywaniem narkotyków. W ramach redukcji ryzyka grupy młodych ochotników, szkolonych w działaniach rówieśniczych, odwiedzają na kilka godzin lokale, aby nawiązywać kontakt z konsumentami substancji psychoaktywnych. Jedną z głównych strategii kontaktu z docelowym odbiorcą polega na oferowaniu chemicznej analizy substancji w celu określenia jej siły oraz stopnia zanieczyszczenia. Na arenie międzynarodowej toczy się dyskusja, czy rozróżnienie między redukcją szkód i redukcją ryzyka nie jest w zasadzie czysto formalne. W Katalonii jednak organizacje tradycyjnie kierują się podziałem na te dwie strategie, a obowiązujące dokumenty Departamentu Zdrowia³ rozróżnienie to odzwierciedlają.

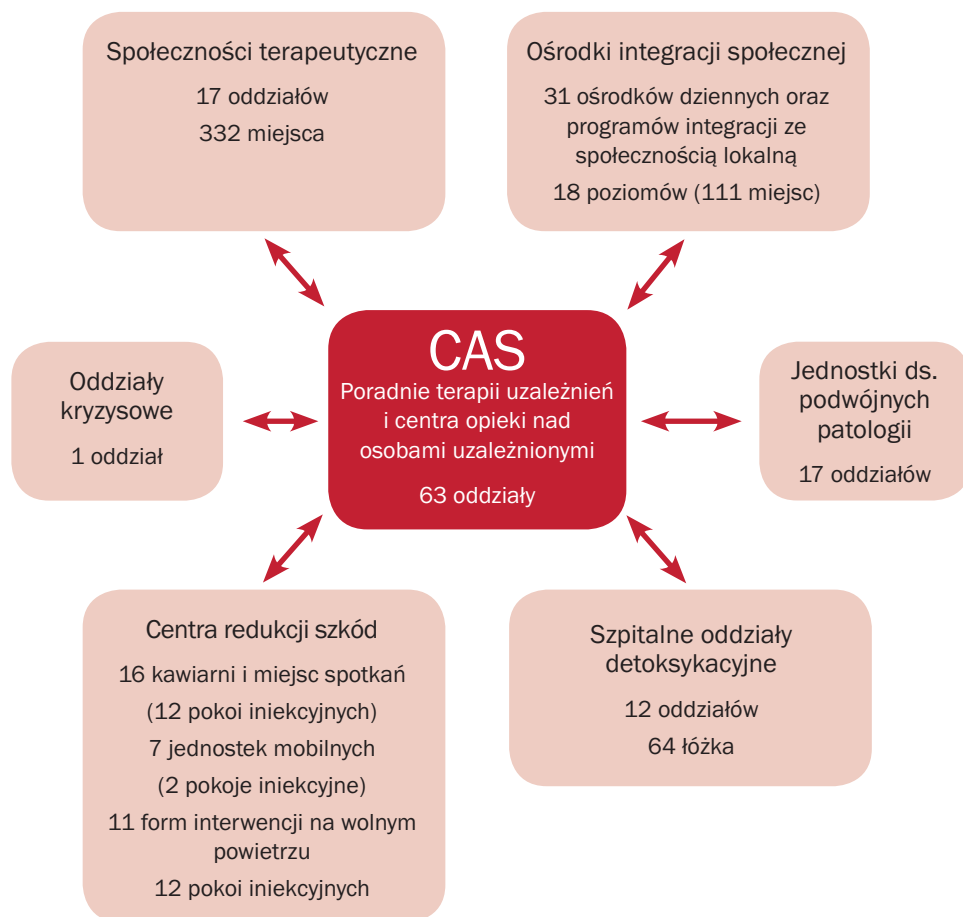
5. Pokoje iniekcyjne

Stanowisko władz Katalonii w sprawie pokoi iniekcyjnych ewoluowało na przestrzeni ostatnich 10 lat. O ile początkowo pomysł nie zyskiwał rządowego poparcia, z czasem władze zaczęły go wdrażać w strefach, gdzie obserwowano bardziej ryzykowne modele konsumpcji. Dzisiaj już angażują się w zapewnienie możliwości konsumpcji narkotyków w higienicznych warunkach w każdej z dziesięciu dzielnic miasta. Nie ulega wątpliwości, że to skuteczność tego typu lokali wywołała radykalną zmianę w ich ocenie. Dobroczynny wpływ na stan zdrowia użytkowników oraz poprawa bezpieczeństwa społeczności lokalnej okazały się bardzo znaczące. W 2012 roku z pokoi iniekcyjnych skorzystało w Barcelonie 3 557 osób, które w innym

3. Subdirecció General de Drogodependències (2008) Rozdz. 3, s. 333.

wypadku być może nie miałyby ochoty nawiązać kontaktu z systemem pomocy. Dodatkowo, liczba używanych strzykawek, znajdujących w miejscach publicznych w mieście, spadła o 77% – z 13 100 w 2004 roku do ok. 3 tys. w 2012 (ASPB, 2012).

Struktura katalońskiej sieci opieki nad osobami uzależnionymi od narkotyków



VI. Społeczne kluby konopne

Społeczny klub konopny to legalne, niekomercyjne stowarzyszenie konsumentów marihuany. Wspólnota takiego klubu razem uprawia konopie na użytek swoich członków, aby w ten sposób uniknąć ryzyka zakupu marihuany na czarnym rynku. W hiszpańskim ustawodawstwie podmiotów tych nie obejmowały nigdy szczególne regulacje – są one po prostu podłączane pod regulacje dla organizacji non-profit. Uprawa konopi na własny użytek nie jest przestępstwem – nie istnieją jednocześnie żadne konkretne normy co do liczby roślin, które dana osoba może uprawiać na własne potrzeby. Ta luka prawna dotycząca liczby roślin dozwolonych do osobistego użytku w połączeniu z praktyką Sądu Najwyższego, dopuszczającą wspólną konsumpcję substancji psychoaktywnych, otworzyła możliwość stworzenia modelu opartego na społecznym klubie konopnym. Twór ten, zapewniający legalny dostęp do marihuany, znany międzynarodowo jako „model hiszpański”, miał szczególne znaczenie w Katalonii.

1. Wyłom w Katalonii

Zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie bezpieczeństwa publicznego, przyjętej w 1992 roku, za posiadanie i konsumpcję narkotyków w miejscu publicznym groziła kara grzywny. Ustawa dopuszczała również konfiskatę substancji. W reakcji na jej postanowienia w miastach na terenie Hiszpanii organizowano pokojowe protesty, zwane „smoke-ins” (polegające na publicznym paleniu marihuany). Przy czym aktywiści na rzecz legalnego dostępu do konopi zaistnieli w świadomości publicznej już rok wcześniej wraz z założeniem Stowarzyszenia Badań

nad Konopiami im. Ramóna Santosa (ARSEC)^{4, 5}. ARSEC starało się edukować, prowadzić badania i relacjonować działalność rządu, związaną z marihuaną, a także proponowało reprezentację prawną swoim członkom, którzy w związku z używaniem narkotyków znaleźli się w pułapce niejednoznaczności, wynikającej z ustawodawstwa i praktyki sądowej.

W 1994 roku w akcji nazwanej z czasem „katalońskim wyłomem”, stu członków ARSEC podpisało porozumienie o posadzeniu i uprawie 200 roślin. Kilka miesięcy później, wchodząca w skład hiszpańskich sił policyjnych straż obywatelska (*Guardia Civil*), pomimo braku nakazu sądowego skonfiskowała rośliny. Czterem członkom ARSEC postawiono zarzut handlu narkotykami. Oskarżonych uniewinniono przed sądem okręgowym (*Audiencia Provincial de Tarragona*), ale prokuratura wniosła apelację. Trzy lata później Sąd Najwyższy skazał oskarżonych na cztery miesiące i jeden dzień więzienia (przy czym wyrok później zawieszono). Zostali również skazani na karę grzywny wysokości 3 tys. euro za „spowodowanie zagrożenia wskutek zaniedbania” (Marín, 2008), gdyż wystąpiło uzasadnione przypuszczenie, że posiadali substancje z zamiarem ich sprzedaży. Przestępstwa przeciwko zdrowiu publicznemu uznawane są za „spowodowanie zagrożenia wskutek zaniedbania”, gdyż charakteryzuje je potencjalna możliwość wyrządzenia szkody.

Sprawa ARSEC zainspirowała kolejne pokolenie aktywistów na rzecz dostępu do marihuany. W 1999 roku w Barcelonie otwarto sklep ogrodniczy, w którym legalnie sprzedawano nasiona konopi – pierwszy tzw. grow shop. Sklepy te oferowały swoim klientom wiedzę nt. uprawiania konopi oraz technologię, która uprawę umożliwia. Publikacje poświęcone upowszechnianiu uprawy konopi, jak założony w 1997 roku magazyn *Hemp* (*Cáñamo*) również odegrały ważną rolę w komunikacji z konsumentami marihuany.

2. Odstępstwo w Kraju Basków

W 1995 roku na terenie Hiszpanii działało 10 stowarzyszeń konopnych. W 1996 roku utworzono państwowe stanowisko koordynatora, który miał za zadanie normalizację sprawy konopi (*coordinadora estatal para la normalización del cannabis*). To właśnie z tego ciała wyro-

4. ARSEC uważa się za pierwsze stowarzyszenie konopne, mimo że wcześniej, w 1987 roku powstało w Madrycie Stowarzyszenie Konsumentów Produktów Pochodzących z Konopi (*Asociación de Consumidores Derivados del Cannabis*). Poza informacją o założeniu, nie ma jednak żadnych śladów jego działalności. Tymczasem jeszcze przed powstaniem ruchu stowarzyszeń konopnych, wzorem do naśladowania stali się tacy aktywiści jak Fernanda de la Figuera, która stanąwszy przed sądem za uprawę konopi w Maladze, została uniewinniona.

5. W 1993 roku założono w Barcelonie *Associació Lliure Anti-Prohibicionista* (ALA) – centrum aktywizmu oraz debaty w synergii z innymi stowarzyszeniami, jak ARSEC.

sła kampania „Posadzono mnie wbrew zakazowi” (*“Contra la prohibición, me planto”*), mająca na celu wsparcie ARSEC. Spośród ośmiu stowarzyszeń sygnatariuszy, tylko jedno faktycznie zaangażowało się w akt protestu – poprzez sadzenie konopi. W 1997 roku Stowarzyszenie Kalamudia de Bilbao, której rzecznikiem był bardzo znany aktywista, Martín Barriuso, zasiało 600 krzewów dla 200 swoich członków. Wykorzystując naukę płynącą ze sprawy ARSEC, już na samym początku plantatorzy zawiadomili prokuraturę oraz policję o swoich zamiarach i zaprosili prasę na zwiedzenie uprawy. I chociaż Kalamudia została skazana za przestępstwo przeciw zdrowiu publicznemu, sąd pierwszej instancji oddalił sprawę i odrzucił wniosek prokuratora o zniszczenie plantacji. Począwszy od tamtej pory aż do maja 2013 roku w samym Kraju Basków ogłoszono 21 różnych wyroków, z których wszystkie były korzystne dla społecznych klubów konopnych, gdyż sądy nie znajdowały żadnego przestępstwa w ich funkcjonowaniu⁶. Kalamudia była w stanie, bez żadnego sprzeciwu, posiać i zebrać drugie oraz trzecie plony roczne.

3. Formuła społecznych klubów konopnych

Na obecny kształt społecznych klubów konopnych wpływ miało kilka czynników. Pierwszy to decyzja autonomicznego rządu Andaluzji (*Junta de Andalucía*), by Andaluzijski Instytut Kryminologii przygotował raport prawny, znany jako *Muñoz & Soto Report*, na temat tego, w jaki sposób, bez łamania prawa, marihuanę można podawać osobom chorym (Muñoz y Soto, 2001). Najistotniejsze rekomendacje raportu sprowadzały się do tego, że miejsca jej podawania muszą być dostępne jedynie dla osób dorosłych, systematycznie palących marihuanę, które miałyby otrzymywać niewielkie ilości substancji do konsumpcji na miejscu. Zalecano, by lokale takie nie opierały swej działalności na generowaniu zysku oraz aby marihuana nie wydostawała się poza ich teren. Środki te inkorporują decyzje Sądu Najwyższego o wspólnej konsumpcji⁷ w model regulujący sprawę marihuany.

W 2001 roku powstał Barceloński Klub Degustatorów Konopi. To pierwsze stowarzyszenie, którego jasnym celem było stworzenie prywatnej przestrzeni do konsumpcji marihuany. W następnym roku w Kraju Basków utworzono kilka klubów społecznych, które rozdzielały swoim członkom wspólnie wyhodowane konopie. I chociaż członkiem mogły zostać tylko osoby, które już wcześniej używały marihuany, te pierwsze kluby społeczne

6. Wywiad z José Afuerą, aktywistą.

7. Doktryna Sądu Najwyższego została wypracowana w orzeczeniach w sprawie grup użytkowników heroiny i kokainy, którzy zakupili narkotyki na czarnym rynku, by je później wspólnie skosztować.

dopuszczali również możliwość przyjęcia konsumentów, którzy mieliby spróbować marihuany po raz pierwszy w celach terapeutycznych (Barriuso, 2005), pod warunkiem że dostarczą zaświadczenie lekarskie o chorobie.

W miarę jak powstawały dziesiątki społecznych klubów konopnych, kilkakrotnie dochodziło do rozpraw sądowych, zmierzających do zakończenia działalności niektórych z nich. Spraw tych nie wnoszono jednak w wyniku ogólnej strategii władz regionalnych czy krajowych – wynikały one raczej z akcji policji, wymierzonych w uprawy konopi. Te zaś, które trafiły przed sąd, w efekcie przynosiły modelowi korzystny rozgłos, gdyż wszyscy oskarżeni zostali oczyszczeni z zarzutów, a część zbiorów konopi kilka miesięcy po konfiskacie została nawet zwrócona hodowcom.

Przez pierwszą dekadę XXI w. liczba społecznych klubów konopnych rosła liniowo. W 2009 roku w samej Katalonii było ich 14. W bieżącej dekadzie, publiczne reprezentowanie ruchu konopnego przyjęła na siebie Federacja Stowarzyszeń Konopnych (FAC), ułatwiając klubom kontakty między sobą.

4. Przypadek wioski Rasquera

Rasquera to nieduża wioska rolnicza na południu Katalonii, licząca niewiele ponad 900 mieszkańców. Na początku 2012 roku nazwa Rasquera obiegła świat, kiedy to wójt wioski przedstawił plan rozwoju, który miał na celu przezwyciężenie kryzysu ekonomicznego gminy. Wśród innych rozwiązań, plan proponował stworzenie spółki publicznej, która zajmowałaby się uprawą konopi na potrzeby liczącego 5 tys. członków społecznego klubu konopnego w Barcelonie. A ponieważ sprawa była delikatna, władze gminy ogłosiły referendum na temat tej propozycji. 56% głosujących opowiedziało się za proponowanym planem. Niemniej na żądanie prokuratury sędzia unieważnił kontrakt między władzami lokalnymi a społecznym klubem konopnym.

Aby zrozumieć, co się wydarzyło w Rasquera, należy przyjrzeć się dynamice wcześniejszych wydarzeń w Barcelonie. Model społecznego klubu konopnego propagowany przez Federację Stowarzyszeń Konopnych (FAC) wszedł w życie w pierwszej dekadzie XXI w. na skutek eksperymentu zapoczątkowanego przez aktywistów na rzecz legalnego dostępu do marihuany oraz ich prawnych przedstawicieli. Kiedy model się przyjął, na scenę wkroczyli nowi aktorzy, którzy zajęli na niej miejsce centralne. Wśród nich byli adwokaci, reprezentujący klientów, naciskających na powstanie modelu o znacznie wyższych limitach i budżetach niż te, które proponował FAC. Najistotniejsze zmiany sprowadzały się do znacznego zwiększenia dopuszczalnej liczby członków klubów oraz bardziej hierarchicznego (mniej spółdzielczego) procesu decyzyjnego. Kolejną istotną zmianą jakościową w nowym modelu było stworzenie prywatnej

przestrzeni dla członków, która niczym nie różni się od innych miejsc spotkań towarzyskich, takich jak bary, czy najlepsze amsterdamskie coffee shopy. Proces zmiany charakteru społecznych klubów konopnych w Barcelonie nabrał tempa, co oznacza, że począwszy od 2010 roku aż po dziś dzień, ich liczba wzrasta w postępie geometrycznym. Szacuje się, że w połowie 2014 roku działało ich w Katalonii 400, z czego 250 w samej Barcelonie. Uwzględniając wszystkie podmioty w mieście, ocenia się, że liczba ich członków wynosi ok. 165 tys. (Mumbrú, 2013). Rasquera mogła się wydarzyć tylko dzięki temu, że w Barcelonie istnieje tak zauważalna i zróżnicowana tkanka społecznych klubów konopnych, stanowiąca trwałą alternatywę dla polityki prohibicyjnej i potencjalny rynek zbytu.

5. Reakcja instytucji hiszpańskich

Wprawdzie społeczne kluby konopne zaczęły powstawać na początku wieku, minęła ponad dekada, zanim instytucje wykonawcze i ustawodawcze zajęły publicznie jakiekolwiek stanowisko w odniesieniu do tego zjawiska. Zagadnienia związane z klubami, a także wynikające z nich istotne wydatki, pozostawiono policji oraz sądownictwu. I tak oto przez dziesięć lat najwyższą instancją zajmującą stanowisko w kwestiach wynikających z istnienia społecznych klubów konopnych były orzeczenia w różnych sprawach i akty oskarżenia, które przyczyniły się do legitymizacji modelu klubów.

Latem 2013 roku Prokuratura Generalna wydała wszystkim prokuraturom instrukcje dotyczące „stowarzyszeń promujących konsumpcję marihuany”. Instrukcje miały charakter silnie konfrontacyjny, gdyż w przepisach wewnętrznych wszystkich społecznych klubów konopnych widnieje zapis, iż ich celem nie jest promowanie konsumpcji. Polecenie ponadto nakazywało wszystkim prokuratorom sprawdzenie, czy stowarzyszenia konopne otrzymały pozwolenie na uprawę konopi od Hiszpańskiej Agencji ds. Leków i Produktów Ochrony Zdrowia. Ten warunek jest o tyle niemożliwy do spełnienia, że konopie, w swojej naturalnej formie, nie są uznawane w myśli litery hiszpańskiego prawa za lekarstwo czy produkt zdrowotny⁸. Dla prokuratury każda uprawa, również przeznaczona na własny użytek, jest niezgodna z prawem, o ile nie ma na nią administracyjnej zgody. Ponadto prokuratorska interpretacja „wspólnej konsumpcji” była zdecydowanie restrykcyjna.

8. W 2010 roku parlament Katalonii, na skutek apeli stowarzyszenia Ágata, które pomaga osobom z rakiem piersi, jednogłośnie zażądało od centralnego rządu Hiszpanii zalegalizowania medycznej marihuany. Do dziś jedynie komercyjny ekstrakt Sativex jest dostępny do leczenia kilku zaledwie chorób.

Dosłownie kilka dni po ogłoszeniu tego nakazu, przewodniczący stowarzyszenia Sędziowie dla Demokracji uznał polecenie prokuratury generalnej za całkowicie „nieproporcjonalne”, gdyż „nie można ustawić na tym samym poziomie *nielegalnego handlu i wspólnej konsumpcji*”, zwłaszcza jeśli organizacje, o których mowa, starają się właśnie unikać kontaktu z siecią nielegalnego handlu narkotykami. Łagodniej zareagował nań Postępowy Związek Prokuratorów, który uznał, że instrukcje należy interpretować „bardzo szeroko” (Magraner, 2013).

Publicznie wypowiedział się również dyrektor Krajowego Programu Narkotykowego. Mimo „respektowania prawa do stowarzyszania się”, Krajowy Program Narkotykowy wystąpił przeciwko społecznym klubom konopnym, twierdząc, że „jeśli państwo opowie się za zalegalizowaniem rynku, zwiększy to śmiertelność na drogach”⁹. Uznano, iż „lobbyści” na rzecz marihuany „trywializują” jej skutki.

W lipcu 2014 roku rada ministrów przyjęła zaproponowaną przez rządzącą przy absolutnej większości Hiszpańską Partię Ludową (PP) Ustawę o ochronie obywateli, zwaną przez krytyków „prawem knebla”. Ustawa przewiduje kary bardziej dotkliwe niż poprzednia Ustawa o bezpieczeństwie publicznym z 1992 roku, która – jak wspominaliśmy – stanowiła jeden z czynników dających asumpt do powstania ruchu konopnego w Hiszpanii. Nowa ustawa wyklucza możliwość podjęcia leczenia zamiast kary grzywny za posiadanie lub używanie narkotyków w miejscu publicznym. Nadal zezwala na prywatną konsumpcję marihuany, ustanawiając jednak kary administracyjnie za jej uprawę w miejscach widocznych i przewidując podwojenie minimalnej kary za publiczne posiadanie nielegalnych narkotyków z 300 do 601 euro. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ustawa ta, przewidując kary od 601 do 30 tys. euro¹⁰ „za akty sadzenia narkotyków w miejscach widocznych publicznie, nie będące przestępstwem”¹¹ i możliwość „zawieszenia działalności lub zamknięcia lokalu”, w którym spożywa się narkotyki, stanowi podjętą przez rząd próbę biurokratycznego położenia kresu społecznym klubom konopnym.

Hiszpania zaczyna, niestety, powielać wzorzec praw represyjnych i karze osoby zażywające narkotyki, zwłaszcza użytkowników marihuany. Wspomniana powyżej ustawa przewiduje również środki, które stanowią zagrożenie dla fundamentalnych praw, takich jak prawo do protestów oraz wolności słowa. Komisarz Praw Człowieka Rady Europy uznał ją „za wielce problematyczną” (EFE, 2013).

9. TV3, film dokumentalny „30 Minut. Rasquera”: <http://www.tv3.cat/videos/4329931/Rasquera-que-fem-amb-la-marihuana> (emisja 14/2/2014)

10. Ustawa przewiduje, że jeśli w ciągu dwóch lat dojdzie do trzech poważnych naruszeń prawa, może to skutkować karą grzywny od 30 tys. do 60 tys. euro.

11. http://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/Documents/Proyecto_LOPSC_11-07-14.pdf (emisja 14/2/2014).

6. Reakcja Kraju Basków, Katalonii i Nawarry

Jedynymi autonomicznymi wspólnotami, których władze zademonstrowały chęć prowadzenia otwartej dyskusji na temat zjawiska społecznych klubów konopnych, były parlamenty Kraju Basków, Katalonii i Nawarry.

W Kraju Basków decydujące znaczenie miało forum zorganizowane przez rzecznika praw obywatelskich (*Ararteko*). Owo forum – przestrzeń dla otwartej dyskusji, która zrodziła się z ruchu praw człowieka oraz działań policji przeciwko klubom konopnym – przyspieszyło utworzenie w 2012 roku w baskijskim parlamencie komisji, która zachęcana do działania przez wszystkie partie polityczne, miała przyrzeć się uregulowaniu działalności społecznych klubów konopnych. Została jednak wkrótce potem zawieszona ze względu na wcześniejsze wybory. Nowy parlament, również na mocy konsensusu zawartego przez wszystkie partie, ponownie powołał komisję latem 2013 roku. W czasie jej posiedzeń, swoją opinię przedstawiło ponad 40 ekspertów. Wyniki działań komisji zostały umieszczone w raporcie końcowym opublikowanym w październiku 2014 roku przy poparciu wszystkich partii politycznych, z wyjątkiem Partii Ludowej (obecnie partii rządzącej). Raport wnosił o to, by rząd Kraju Basków uwzględnił działalność społecznych klubów konopnych w baskijskiej Ustawie o uzależnieniach. Wnosił ponadto o większe wsparcie prawne dla obrony uprawy marihuany do wspólnego użytku członków (Eldiario 2014). Mimo to akcje policji oraz procesy kryminalne przeciwko klubom nie ustają.

Reakcja legislatorów z Katalonii nadeszła później. W 2012 roku, tuż po tym, jak Rasquera trafiła na pierwsze strony gazet, Departament Zdrowia Katalonii rozpoczął proces analizy sytuacji na trzech poziomach: z tymi, którzy bezpośrednio odczuli skutki problemu i ich przedstawicielami¹²; między wszystkimi partiami politycznymi w Komisji Polityki Zdrowia w katalońskim parlamencie; i za pośrednictwem międzyministerialnej komisji, utworzonej przez generalne dyrekcje katalońskiej policji, Departamentu Sprawiedliwości, samorządów terytorialnych oraz Hiszpańskiej Prokuratury Generalnej w Katalonii. Departament Zdrowia pragnął „osiągnąć jak najszerszy konsensus w sprawie regulacji systemu, który w ostatnich latach rozbudowywał się bez żadnej struktury”¹³. W przeciwieństwie do Kraju Basków, gdzie prawa obywatelskie stanowiły centralny punkt dyskusji w Katalonii regulacje dotyczące klubów legitymizuje rola, jaką pełnią one w realizacji modelu redukcji szkód. Według Departamentu Zdrowia, „europejska polityka dotycząca narkotyków zmierza w kierunku takiej

12. Dwie federacje obejmują 20-30% wszystkich społecznych klubów konopnych w Katalonii: Federació de Asociaciones de usuarios de Cannabis de Catalunya (CATFAC) oraz Federació de Asociaciones Cannábicas Autoreguladas de Catalunya (FEDAC).

13. Informacja prasowa Departamento Salud http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notaprem-saww/detall.do?id=219848 (emisja 14/02/2014).

polityki zdrowia publicznego, która daje pierwszeństwo zdrowiu konsumenta i podejmuje problem ryzyka, powielając model podobny do tego, jaki wypracowano w latach 80. i 90. XX w. w odniesieniu do używania heroiny”¹⁴.

Tymczasem w sierpniu 2014 roku Barcelona poleciła zamknąć 50 społecznych klubów konopnych, co stanowiło około jednej czwartej wszystkich tego typu lokali w mieście. Oficjalne powody zamknięcia mówiły o ułomnościach w zarządzaniu klubami i słabym systemie wentylacji. Jednakże według przedstawicieli klubów, powody nie zostały jasno sformułowane i zdają się być arbitralne. Działania ratusza spowodowały, że wiele ze społecznych klubów konopnych przystąpiło do reprezentującej je Federacji Stowarzyszeń Konopnych.

Od czasu rozporządzenia Prokuratora Generalnego z 2013 roku, o którym mówiliśmy w poprzednim rozdziale, katalońskie władze zgłosiły 258 społecznych klubów konopnych podejrzanych o prowadzenie pod przykrywką organizacji non-profit nielegalnego handlu narkotykami. Prokurator Generalny rozpoczął dotychczas dochodzenie w 40 ze wskazanych przypadków (Economía digital, 2014).

W styczniu 2015 roku parlament Katalonii przyjął uchwałę dotyczącą kryteriów z zakresu zdrowia publicznego oraz warunków, pod którymi władze lokalne Katalonii będą akceptować działalność społecznych klubów konopnych. Kryteria te, upowszechniane przez Departament Zdrowia Katalonii, mają dostarczać informacji i wskazówek, w jaki sposób zredukować ryzyko i szkody związane z konsumpcją marihuany; jak szkolić osoby, które mają wydawać marihuanę w klubach oraz zapewnić wczesne wykrywanie, kontrolowanie oraz rozpoznanie źródła przypadków problemowej konsumpcji. Zgodnie z tymi kryteriami, zakazane jest używanie na terenie klubu innych narkotyków oraz napojów alkoholowych; ograniczona zostaje sprzedaż tytoniu; wymagana jest zgodność z hiszpańską Ustawą o tytoniu. Uchwała określa ponadto minimalną odległość klubów od szkół i placówek ochrony zdrowia. Zasady te ograniczają również czas otwarcia klubów, maksymalnie do 8 godzin dziennie, przewidując, że w tygodniu będą działać do godz. 22, a w weekendy – do godz. 24. Omawiane normy nie zezwalają na reklamę, wymagają przestrzegania zasad sanitarnych oraz ochrony środowiska, jednocześnie zakazując zakłócania spokoju. Wymagają ponadto, by członkami były osoby powyżej 18. roku życia. Osoby systematycznie konsumujące marihuanę mogą być członkami jednego tylko społecznego klubu konopnego i aby do niego przystąpić, muszą mieć rekomendację tzw. członków wprowadzających. Dodatkowo, w celu uniknięcia turystyki marihuanowej, ustalono 15-dniowy okres oczekiwania między złożeniem aplikacji a przyjęciem do klubu¹⁵.

14. Ibid.

15. Parlament Katalonii (2015); Uchwała SLT/32/2015 z 15 stycznia przyjmuje kryteria zdrowia publicznego dla stowarzyszeń konopnych oraz ich klubów społecznych, a także warunki, w jakich mogą działać w poszczególnych gminach Katalonii. DOGC 29 I 2015, nr 6799.

Latem 2014 roku trzeci region autonomiczny, Nawarra, zapoczątkował proces regulacji działalności konopnych klubów społecznych. W tym przypadku to społeczeństwo obywatelskie, zachęcane przez aktywistów na rzecz normalizacji dostępu do marihuany, wystąpiło z inicjatywą ustawodawczą, która spotkała się z szerokim odzewem. Do uruchomienia działań w tym zakresie niezbędnych było 5 tys. podpisów – zebrano ich ponad 10 tys. W wyniku tej akcji, parlament Nawarry w grudniu 2014 roku przyjął propozycję regulacji społecznych klubów konopnych¹⁶.

Do czasu pisania niniejszego raportu, żadna z wyżej wspomnianych inicjatyw prawnych nie zajęła się kwestią uprawy konopi oraz ich transportu do lokali społecznych klubów konopnych.

7. Dane (lub ich brak) oraz ich interpretacja

Jedną z najbardziej drażniących kwestii jest nie w pełni wykorzystywana możliwość empirycznego udowodnienia, co się dzieje w temacie. Brak danych utrudnia niestety chociażby wykazanie skuteczności modelu społecznych klubów konopnych. Skomplikowane jest nawet samo dyskutowanie o modelu, gdyż jednocześnie występuje kilka różnych sposobów rozumienia funkcjonowania społecznych klubów konopnych. Dostępne obecnie źródła informacji są albo bardzo ograniczone, albo nieobiektywne.

Na podstawie dostępnych danych wiemy już jednak, że większy dostęp do społecznych klubów konopnych nie spowodował w rzeczywistości wzrostu poziomu spożycia marihuany. Jeśli przeanalizujemy dane z Katalonii – regionu o największym zagęszczeniu klubów, począwszy od 2007 roku (kiedy kluby zaczęły się upowszechniać) do 2011 roku, wszystkie wskaźniki konsumpcji konopi spadły (Tabela 1).

Tabela 1. Powszechność konsumpcji marihuany w populacji w wieku 15–64

	2007	2009	2011
Kiedykolwiek w życiu	34,4%	34,9%	28,5%
Kiedykolwiek w ciągu ostatnich 12 miesięcy	14,1%	12,4%	11,3%
Kiedykolwiek w ciągu ostatnich 30 dni	9,7%	8,7%	8,1%
Codziennie	1,7%	2,2%	1,5%

Raport prezentujący wyniki badań EDADES 2011 w Katalonii (EDADES, 2011)

16. Oficjalny Biuletyn Nawarry (BON), Ustawa 24/2014 z 2 grudnia, Przepisy dla Spółdzielni Użytkowników Marihuany w Nawarze.

W latach 2007-2011, czyli w okresie, kiedy liczba społecznych klubów konopnych wzrosła w Katalonii w postępie geometrycznym, spożycie marihuany stopniowo malało wśród użytkowników eksperymentujących (czyli takich, którzy kiedykolwiek sięgnęli po marihuanę), okazjonalnych (którzy używali marihuany choć raz w ciągu ostatniego roku) oraz użytkowników nałogowych (używali w ciągu ostatniego miesiąca). Jednocześnie wzrósł wskaźnik zgłaszalności do leczenia. Jedyne wskaźniki, które mogły świadczyć o „problemowej konsumpcji” uzyskano wśród osób, które stwierdzały konsumpcję w ciągu ostatnich 30 dni. Co ciekawe, o ile wskaźnik dot. używania systematycznie spadał na przestrzeni lat, o tyle wzrastała zgłaszalność do leczenia: 706 przypadków w 2007 roku, 1 069 w 2009 roku oraz 1 538 w 2011 roku (Generalitat de Catalunya, 2007; 2009; 2011). Wzrost zgłaszalności do leczenia nie musi wynikać ze wzrostu problemowej konsumpcji (zgodnie z danymi epidemiologicznymi), lecz ze zwykłej chęci uniknięcia grzywny za posiadanie i konsumpcję w miejscu publicznym. Ponieważ w tym właśnie okresie (2007-2011) w Hiszpanii nastąpił poważny kryzys ekonomiczny, być może wielu użytkowników nie było stać na opłacenie grzywny.

Istnieją dwa kluczowe wskaźniki, które mogłyby nam pomóc ustalić znaczenie społecznych klubów konopnych: pierwszy to liczba kar administracyjnych wyznaczonych za publiczne posiadanie i konsumpcję narkotyków, druga – liczba aresztowań oraz zarzutów o handel narkotykami. Na obszarze metropolitalnym Barcelony, gdzie w ciągu ostatnich trzech lat nastąpił wzrost liczby klubów, których liczba w 2014 roku sięgnęła ponad 200, liczba sankcji za posiadanie i/lub konsumpcję w miejscu publicznym wynosiła odpowiednio: 22 232 w 2009 roku, 27 674 w 2010 roku i 21 953 w 2011 (*Raport Ministerstwa Spraw Wewnętrznych*, 2009, 2010, 2011). Liczba aresztowań i zarzutów handlu narkotykami zmniejszyła się w Barcelonie z 2 006 w 2011 roku do 1 817 w 2012 roku. Dane te odnoszą się do sankcji administracyjnych oraz aresztowań za handel wszystkimi narkotykami. I chociaż nie dysponujemy konkretnymi danymi dla marihuany, możemy ekstrapolować dane w skali ogólnokrajowej, stwierdzając, że 54,6% aresztowań związanych z handlem narkotykami oraz 85,7% sankcji administracyjnych ma związek z marihuaną (OEDT, 2011). Wydaje się więc, że w Barcelonie nie występuje korelacja między powyższymi wskaźnikami a wzrostem liczby społecznych klubów konopnych. Istnieje poza tym wiele innych, nierozpoznanych jeszcze czynników, które mogą mieć znaczenie dla wyjaśnienia tych liczb, jak chociażby brak danych dotyczących powszechnego użycia marihuany od 2011 roku, ewentualne nasilenie działań na rzecz porządku publicznego itp.

Kolejnym czynnikiem, który warto rozważyć, jest liczba konfiskat. O ile całkowita ilość marihuany skonfiskowana w Hiszpanii spadła o 8,53% z 355 904 kg w 2011 roku do 325 562 kg w 2012 (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, 2013), w Katalonii wzrosła ona w sposób znaczący – od 2 500 kg w 2012 roku do 5 300 kg w 2013 roku (*El Periódico*, 2014). Można by zatem założyć, że wzrost liczby społecznych klubów konopnych spowodo-

wał, iż konsumenci w Katalonii przestali polegać na swoich tradycyjnych sieciach dostaw. To z kolei, być może, zrodziło konieczność zabezpieczenia większej ilości rodzimych zbiorów, jednocześnie zwiększając ilość konopi przejętych przez policję. Szybkie rozprzestrzenianie się klubów, powodujące w konsekwencji zmianę sieci dostaw i przerzucenie się z tradycyjnych sieci handlu narkotykami na nowoczesne społeczne kluby konopne, stopniowo przekształcało kulturę konsumpcji haszyszu w Katalonii w bardziej zorientowaną na marihuanę. Jeśli tak, to ilość przejętej marihuany w 2013 roku odzwierciedlałaby tę zmianę w systemie podaży oraz zwiększonej konsumpcji marihuany zamiast haszyszu, a ilości odpowiadałyby zwiększonemu popytowi ze strony katalońskich klubów.

Liczyby te trudno interpretować i jakiegokolwiek wstępne wnioski, które narzucałyby się jako konsekwencje upowszechnienia się społecznych klubów konopnych, musiałyby z konieczności mieć charakter wysoce spekulacyjny. Sytuacji klubów nie określają kategorie ilościowe wymierzone przez oficjalne agencje; stan wiedzy na temat ich działalności wynika w dużej mierze z informacji udzielanych przez osoby kierujące klubami, a także z tego, co ukazuje się w mediach. Kartoteki policyjne nie są konsekwentne. W pewnych okresach policja kontrolowała wejścia do klubów, spisując i nakładając grzywnę na tych, którzy przemieszczali się między klubem a ulicą, kiedy indziej zaś, nie robiła z tym żadnych trudności. Policja w niektórych klubach interweniowała, w innych nie, bez żadnego wyraźnego uzasadnienia. Na podstawie nieoficjalnych rozmów, jakie autorzy niniejszego raportu przeprowadzili z dziesiątkami kierowników społecznych klubów konopnych, w ogólnym odczuciu interwencje policji mają charakter arbitralny. Wskutek braku danych, trudno zatem interpretować wspomniane fluktuacje, które mogą być wynikiem wielu czynników, a także czystego zbiegu okoliczności.

Młodzi ludzie, często nastolatki, to ten segment populacji, który najczęściej otrzymuje karę grzywny za konsumpcję lub posiadanie narkotyków w miejscu publicznym (powyżej 80%). Tak się składa, że to grupa z najmniejszymi zasobami, o największym rozpowszechnieniu konsumpcji oraz najbardziej widoczna w przestrzeni publicznej, chociażby w miejscach spotkań towarzyskich. Profil takiego młodego człowieka różni się istotnie od charakterystyki członka społecznego klubu konopnego. Wiele klubów przyjmuje na członków osoby powyżej 21. roku życia. Ceny marihuany są w nich nieznacznie wyższe niż na czarnym rynku. Niezależnie jednak od tego, dane pokazują zbieżność w spadku nałogowej konsumpcji marihuany i spadku liczby interwencji policji w miejscach publicznych, które towarzyszą wzrostowi liczby społecznych klubów konopnych w Barcelonie.

Paradoksalnie, mimo że społeczne kluby konopne powstały po to, by uniknąć zakupów na czarnym rynku, kiedy dochodzi do interwencji policji czy do kradzieży zbiorów, kluby są zmuszone albo do zaprzestania działalności (a wówczas ich członkowie powrócą do nielegalnych źródeł zaopatrzenia), albo do zakupu brakującej ilości marihuany dla swoich członków na czarnym rynku. Dochodzi również do przypadków przemocy czy wymuszeń przez zorgani-

zowane grupy przestępcze. Nie ma jednak, jak ich zgłaszać, gdyż ich przedmiotem jest nielegalna substancja. Tym samym poszkodowanym nie przysługuje żadna ochrona. Brak regulacji popycha członków klubów w kierunku czarnego rynku, negując zasadniczy powód, dla którego zostały powołane do życia. Dodatkowo, powstają również konflikty w samej branży, skutkujące wewnętrznymi oskarżeniami o stosowanie „złych praktyk” czy cichą współpracę z czarnym rynkiem. Jest to wynikiem braku zasad postępowania, które mogłyby zapewnić stabilność, szeroki konsensus i współpracę. Frustrujące jest też na pewno to, że operacje policyjne biorą na celownik dokładnie tych ludzi, którzy poświęcili się publicznemu wyjaśnianiu swojego stanowiska i aktywnej współpracy ze wszystkimi odpowiednimi instytucjami. Stanowisko rządu centralnego jest jasne – problemem nie jest fakt, że istnieje rynek marihuany czy popyt na nią, problemem jest to, że społeczne kluby konopne są bardzo widoczne. Prawo, z braku lepszej alternatywy, działa na korzyść dużych mafii, które funkcjonują na czarnym rynku i, choć znacznie większe, z natury zdecydowanie mniej rzucają się w oczy.

8. Potrzeba matką wynalazku

Dwadzieścia lat po pierwszych kolektywnych uprawach zasianych przez ARSEC w Katalonii, ruch konopny w Hiszpanii stał się punktem odniesienia dla całego świata. Tymczasem, kolejne rządy centralne nie przestają eskalować represji oraz kar dla osób, które konsumują marihuanę. Współistnienie tych przeciwstawnych sił ma wiele różnych implikacji. Debata na temat konopnych klubów społecznych ilustruje złożony charakter procesu dochodzenia do bardziej zrównoważonej polityki narkotykowej.

Przed wprowadzeniem w życie nowej Ustawy o ochronie porządku publicznego, która przewiduje wysokie kary administracyjne dla konsumentów marihuany oraz osób kierujących społecznymi klubami konopnymi, parlamenty autonomicznych wspólnot Katalonii i Nawarry sformułowały swoje propozycje uregulowania działalności klubów.

Powszechnie wiadomo, że Katalonia, Kraj Basków i Nawarra to krainy z historycznie zakorzenioną tradycją i postulatami samorządności. Napięcie wynikające z tych roszczeń znajduje swoje odzwierciedlenie na wielu poziomach, między innymi w ich odrębnej polityce narkotykowej. Od ponad 20 lat dwa z tych regionów są pionierami we wprowadzaniu programów redukcji szkód w Hiszpanii. Z procesem tym ma wiele wspólnego zjawisko społecznych klubów konopnych, choć pod wieloma względami też się i różni. Całościowe uregulowanie działalności społecznych klubów konopnych wymagałoby unormowania takich działań, jak uprawa konopi i ich transport, które stanowią obszar jurysdykcji rządu centralnego (Ustawa o narkotykach [*Ley de Estupefacientes*] i kodeks karny).

Istnieje kilka możliwych sposobów, by zaradzić brakowi synchronizacji między poziomem państwowym i regionalnym, a tym samym przeciwdziałać powstającym na tym styku lukom prawnym. Można:

- ▶ wcielić w życie częściowe rozwiązania prawne podobne do holenderskiej polityki tolerancji;
- ▶ wprowadzić regulacje, które dotyczą kwestii objętych ogólnokrajową jurysdykcją (to jednak zwiększyłyby istniejące napięcie między autonomicznymi władzami regionalnymi a rządem centralnym);
- ▶ zabiegać o przeniesienie spraw znajdujących się obecnie w jurysdykcji centralnego rządu Hiszpanii w zakres kompetencji władz regionów autonomicznych. To rozwiązanie trwałoby jednak długo i znacząco spowolniło proces regulacji;
- ▶ opracowywać standardy, wydawać dekrety i licencje na poziomie gmin, tym samym stwarzając różne czy nawet sprzeczne rozwiązania między sąsiadującymi gminami¹⁷.

Fakt, że terytoria te mają swoje własne siły policyjne, które uczestniczą w walce z handlem narkotykami, powinien umożliwić wprowadzenie regionalnych regulacji poprzez opracowanie protokołów działania, wdrażanych przez różne departamenty i policję regionów autonomicznych. Takie protokoły upowszechniałyby także transparentność w podejściu do społecznych klubów konopnych. I choć dwie krajowe siły bezpieczeństwa odpowiedzialne za zwalczanie przestępczości zorganizowanej i handlu narkotykami nadal są aktywne w obu regionach, ich obecność zaznacza się w coraz mniejszym stopniu. Co więcej, przeciwny klubom jest Prokurator Generalny, który nadal pełni funkcję prokuratora ogólnokrajowego.

Pojawienie się społecznych klubów konopnych doprowadziło do jeszcze jednego paradoksu – o ile debata o dotyczących ich regulacjach przyciąga w dużym stopniu zainteresowanie opinii publicznej, rodzi ona ryzyko zaniedbania praw hodowców oraz indywidualnych konsumentów. Przy dyskusji na temat praw zbiorowych istnieje niebezpieczeństwo umniejszania znaczenia praw indywidualnych.

Niezależnie od wszelkich zawirowań w rozwoju sytuacji politycznej, dzięki swej szybkiej ekspansji model społecznych klubów konopnych odniósł sukces, udowadniając, że znaczna

17. Pierwsze konkretne reakcje rządowe pojawiły się na poziomie lokalnym. Miasta: Girona (Katalonia) oraz San Sebastián (Kraj Basków) już uchwały miejskie licencje na konopne kluby społeczne. Rada miejska Barcelony ogłosiła w czerwcu 2014 roku roczne moratorium na otwarcie nowych klubów, licząc na osiągnięcie porozumienia co do własnych norm w tym zakresie. Inne mniejsze gminy, w tym: Castelldefels, Badalona, Sabadell, Sant Adrià de Besòs, Sitges, Vilafranca del Penedès, Vilanova i la Geltrú oraz siedem innych (Katalonia) przeciwstawiły się otwarciu nowych konopnych klubów społecznych w ciągu następnego roku.

część konsumentów woli takie rozwiązanie od korzystania z czarnego rynku. Kluby przyniosły również korzyści społeczne na kilku poziomach:

- ▶ Swoim członkom kluby oferują poczucie grupowej przynależności, zindywidualizowane podejście, wzajemne zaufanie, demokratyczne zasady funkcjonowania, szkolenie w grupach rówieśniczych (co przyczynia się do redukcji ryzyka), nienastawienie na zysk, dostęp do produktów o znanych składnikach i solidnej jakości, pomoc w kwestiach prawnych wynikających z konsumpcji oraz powiązanie z siecią podobnych organizacji. Zasadnicze znaczenie ma również praca z osobami, które używają marihuany w celach leczniczych – większość klubów ma wśród swoich członków pacjentów „na terapii”. Tajemnicą poliszyneła jest, że wielu z nich dotarło do klubów, gdyż o metodzie leczenia marihuaną wspomnieli im nieoficjalnie lekarze.
- ▶ Dla społeczności lokalnej kluby konopne są gwarantem, że konsumpcja marihuany odbywać się będzie w prywatnej, przeznaczonej do tego przestrzeni. Tym samym istnieje alternatywa dla niepożądanego konsumpcji w miejscach publicznych. Zmniejsza się ilość narkotyków kupowana i sprzedawana w przestrzeni publicznej, co powinno skutkować zmniejszeniem wysiłków policji i kosztów związanych z tropieniem tego typu transakcji. Kluby przybliżają ponadto konsumentów do programów redukcji szkód, do publicznej sieci ochrony zdrowia oraz działających na polu uzależnień organizacji pozarządowych. Prowadzone są już różne projekty badawcze, mające na celu zredukowanie ryzyka używania marihuany oraz innych narkotyków, a nawet leczenie uzależnienia od tytoniu. Model społecznych klubów konopnych pozwala nam lepiej zrozumieć realia konsumpcji marihuany, a co za tym idzie – stwarza możliwości interwencji w obszarze zdrowia publicznego. Jeden z najbardziej oczywistych pożytków płynących z tego modelu to odciążenie konsumentów od czarnego rynku narkotyków, co zmniejsza ryzyko zakupu substancji kryjących w sobie potencjalnie większe niebezpieczeństwo dla zdrowia. Warto pamiętać, że to właśnie ten argument doprowadził do zalegalizowania coffee shopów w Holandii.
- ▶ Inaczej niż w Holandii, społeczne kluby konopne to lokale zamknięte, do których dostęp mają jedynie konsumenci zaproszeni bezpośrednio przez innych członków społeczności. Ma to zagwarantować, że nie będzie dochodziło do promowania marihuany wśród nowych użytkowników. Mechanizmy promocji hamuje również uwypuklanie niekomercyjnego charakteru działalności. Koncepcja wspólnego uprawiania konopi, której ilość całkowita odzwierciedla szacowaną konsumpcję członków klubu jako grupy (zwykle maksymalny limit wynosi 2–3 g na członka dziennie), oznacza, że nie dochodzi do nadwyżek produkcyjnych, które mogłyby trafiać na czarny rynek. Członkowie klubów przestrzegają dolnej granicy wieku wyznaczonej dla legalnej konsumpcji, choć niektóre kluby podwyższyły ją do 21 lat.

- Krajowi społeczne kluby konopne przynoszą istotne korzyści finansowe. Pojawiły się one w momencie jednego z największych w historii kryzysu ekonomicznego. To nie przypadek, że kiedy Rasquera przedstawiła swój „plan antykryzysowy”, gmina zajmowała w Katalonii trzecią pozycję pod względem wysokości długu publicznego (*El Periódico*, 2013). W 2013 roku Hiszpania była krajem południowoeuropejskim o najbardziej rozbudowanej szarej strefie (28% PKB), najwyższym wskaźniku oszustw podatkowych (8% PKB) (Europa Press, 2013) oraz najwyższym wskaźniku bezrobocia wśród młodzieży (57,7% w listopadzie 2013 roku) (*El Diario*, 2014). Nasze szacunki mówią, że Hiszpanie wydają na czarnym rynku ok. 546 milionów euro rocznie¹⁸. I chociaż kluby nie kierują się zyskiem, generują dość dużo działalności ekonomicznej – tworzą miejsca pracy i płacą podatki. Uczestniczą w gospodarce, płacą czynsz, wnoszą opłaty za media, środki łączności, transport, porady prawne, specjalistyczną wiedzę z dziedziny rolnictwa oraz materiały do uprawy. Posłużmy się przykładem klubu, liczącego 600 członków – do obsługi lokalu potrzebuje on średnio 10 pracowników. Gdyby półtora miliona osób (nieco ponad 60% codziennych i częstych konsumentów – OEDT, 2011) kupowało marihuanę w klubie, stworzyłoby to ok. 25 tys. miejsc pracy. To z kolei wygenerowałoby 197 mln euro w formie ubezpieczeń społecznych, 100 mln euro podatku dochodowego oraz 114 mln euro podatku VAT, co rocznie dawałoby w sumie 441 mln euro bezpośredniego przychodu do budżetu państwa. Sektor ten generowałby również przychody pośrednie poprzez zatrudnienie ok. 25 tys. osób, które z kolei pozwoliłyby zaoszczędzić 250 mln euro rocznie w postaci zasiłków dla bezrobotnych.

Całościowe uregulowanie prawne działania społecznych klubów konopnych, oprócz podstawowej ochrony praw indywidualnych i kolektywnych, przyniosłoby taką skalę potencjalnych dochodów oraz oszczędność środków, jakimi dysponuje policja i sądownictwo, że mogłoby stanowić narzędzie do zwalczania jednego z największych w historii kraju kryzysów ekonomicznych i społecznych.

Warto również zwrócić uwagę na wartość, jaką wnoszą do społeczeństwa obywatelskiego członkowie społecznych klubów konopnych, organizując się i tworząc przestrzeń do debaty. Jako inicjatywa społeczna kluby łączą ludzi, którzy wspólnie tworzą kulturę konopi i życie w grupie. Na początku 2014 roku na terenie Hiszpanii istniało 11 federacji, stanowiących parasol dla znacznej części wszystkich klubów, których liczba wahała się od 800 do

18. Według badania Observatorio Español de Drogas (2011), 7% mieszkańców Hiszpanii w wieku 15–64 lat konsumuje często, a 1,7% – codziennie. W wyliczeniu użyto kwoty 10 euro miesięcznie w przypadku tych pierwszych i 60 euro w przypadku tych drugich.

1 000. I to właśnie dlatego „hiszpański model” jest w tej chwili przedmiotem debaty, wzorem do naśladowania oraz modelem usprawnianym daleko poza granicami Hiszpanii.

Kluby konopne wzmacniają tkankę społeczną, ochronę zdrowia oraz oficjalną gospodarkę, tym samym przyczyniając się do demokratyzacji społeczeństwa. Tymczasem rozwiązanie alternatywne, czyli czarny rynek, zmierza dokładnie w przeciwnym kierunku.

VII. Wnioski

To, że Hiszpania nigdy nie kryminalizowała używania narkotyków i zezwoliła na ich wspólną konsumpcję, jest zjawiskiem wyjątkowym w całym międzynarodowym spectrum form polityki narkotykowej. I wprawdzie wydaje się, że to paradoks, ale te właśnie prawne i orzecznicze realia współistniały w Hiszpanii z kolejnymi formami polityki ogólnokrajowej, która podchodziła do kwestii narkotyków poprzez represyjne prawa, uznające za priorytet prohibicję zamiast ochrony interesów zdrowotnych, społecznych i kulturalnych.

Względna niezależność autonomicznych regionów kraju, umożliwiła niektórym z nich rozwój polityki narkotykowej, odbiegającej od rozwiązań obowiązujących na poziomie krajowym. W Katalonii gwarantem polityki w tym zakresie jest konsensus parlamentarny, który pozwolił na wypracowanie środków prowadzących do większej inkluzji społecznej. Powszechne podejście do problemowych użytkowników narkotyków oparte na redukcji szkód, zjawisko społecznych klubów konopnych oraz edukacyjne alternatywy dla administracyjnych sankcji za konsumpcję narkotyków wśród młodzieży poniżej 18 roku życia, to przykłady rozwiązań, z jakich korzysta Katalonia, zamiast sięgać w kierunku penalizacji.

Niemniej jednak strategie redukcji szkód i rozwoju społeczności zawsze były i będą paliatywnym podejściem do ran zadanych przez nieskuteczną politykę narkotykową w sferze ochrony zdrowia, prawnej i społecznej, które zresztą – w przypadku Hiszpanii – zastosowano w niezbyt dużym natężeniu i zbyt późno. To nie przypadek, że Hiszpania ma w tej chwili najwyższy w Unii Europejskiej wskaźnik przenoszenia HIV z rodziców na dziecko. Ograniczanie prawnego bezpieczeństwa użytkowników narkotyków do przestrzeni klubów może z kolei doprowadzić do utworzenia gett, potwierdzając stereotypy (jakoby klienci programów

redukcji szkód lub członkowie społecznych klubów konopnych dzielili szereg wspólnych sposobów funkcjonowania, wartości i gustów z innymi im podobnymi osobami), co zdecydowanie wyizolowałoby konsumentów narkotyków ze społeczeństwa. Ustawodawstwo, które karze użytkowników, spycha ich do miejsc, gdzie czują się bezpiecznie i gdzie mogą się schronić. Zmiany prawne muszą pójść dalej – wyjść poza regulacje dotyczące społecznych klubów konopnych i zezwolić na posiadanie w miejscach publicznych narkotyków, które nie są przeznaczone na handel. Bez takich środków ochrony nie sposób w pełni ocenić skuteczności nierepresyjnej polityki narkotykowej.

Polityka oparta na redukcji szkód szkody redukuje. Jednakże są to szkody w znacznie mniejszym stopniu wynikające z samego używania narkotyków niż z działania systemu, który ma na problem narkotyków odpowiedzieć. To nie heroina powoduje zakażenie HIV czy HCV, zaś śmierć z przedawkowania jest wypadkiem, którego można uniknąć. Oprócz prawa człowieka do wolności, jedyną odpowiedzią na kryzys w dziedzinie zdrowia publicznego, wynikający z problemów narkotykowych, jest wdrażanie polityki alternatywnej do tej opartej na prohibicji. Politykę taką można wypracować jedynie wtedy, kiedy narkotyków nie używa się jako narzędzia w walce politycznej, a pracami nad nią kieruje parlamentarny konsensus, który na bok odkłada kwestie ideologii.

Bibliografia

ASPB (2012): *La salut a Barcelona 2012*. Barcelona: Agència de Salut Pública (ASPB).

Barriuso, M. (2011): Los Clubes Sociales de Cannabis en España. Una alternativa normalizadora en marcha. Transnational Institute. *Serie reforma legislativa en materia de drogas* No. 9. <http://www.tni.org/es/briefing/los-clubes-sociales-de-cannabis-en-espana> (viewed 14/02/2014).

Boletín Oficial de Navarra (BON). Ley Foral 24/2014, of the 2nd of December, Regulatory of the Collectives of Cannabis Users in Navarre. (Text published in BON N° 243 on the 15th of December of 2014).

Brugal, M. (2005): Morbi-mortalidad asociada al consumo de heroína. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona (doctoral thesis).

Colom, J. (2000): "Análisis de las intervenciones en drogodependencias en España desde sus orígenes hasta la reducción de daños." In: VV.AA.: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup IGIA, pp: 49–59.

de la Fuente, L., Brugal, T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M.J., Neira-León, M., Barrio, G. (2006): "Más de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro." *Rev. Esp. Salud Publica*, 80, 5: 505–520.

del Río, M. (1998): "Drogas y Sida: de los programas libres de drogas a la reducción de riesgos." *Jornadas sobre la infección por VIH/SIDA: Aspectos clínicos y jurídicos*. Santa Cruz de Tenerife, May 7 and 8.

Economía Digital (2014): La Generalitat denuncia ante la Fiscalía a 258 clubes cannábicos en los últimos dos años. *Economía Digital* 06/12/2014. <http://goo.gl/yooABe> (viewed 12/01/2015).

EDADES (2011a): *Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES) 2011*. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. <http://goo.gl/NHQyaa> (viewed 14/02/2014).

EFE (2013): “El Consejo de Europa ve “altamente problemática” la Ley de Seguridad Ciudadana de Rajoy.” *20Minutos*, 03/12/2013. <http://goo.gl/Jkqtuk> (viewed 14/02/2014).

El Diario (2014): “España registra un nuevo récord de paro juvenil.” *El Diario*, 08/01/2014. <http://goo.gl/zSZ4IX> (viewed 14/02/2014).

El Periódico (2013): “La lista de los 85 ayuntamientos catalanes más endeudados.” *El Periódico*. 20/03/2012. <http://goo.gl/kZnbpG> (viewed 14/02/2014).

El Periódico (2014): “Els arrestos per cultiu i tràfic de maria s’enfilen a 500 el 2013.” *El Periódico*. 26/02/2014. <http://goo.gl/Q77IFS> (viewed 14/02/2014).

Europa Press (2013): “España, el país del Sur Europa con mayor economía sumergida (28% del PIB) y más fraude fiscal (8% del PIB).” *Europa Press*, 24/10/2013. <http://goo.gl/IPJmD2> (viewed 14/02/2014).

Generalitat de Catalunya (2007; 2009; 2011): Sistema d’informació en Drogodependències. Informe Anual.

Magraner, J. (2013): “Según jueces y fiscales progresistas la Fiscalía General sitúa en el mismo plano el tráfico de cannabis y las asociaciones de consumo.” *Cadena Ser*, 13/09/2013.

Marín, I. (2008): La Cultura “Cannábica” en España (1991–2007). Análisis Socioantropológico de un Nuevo Tipo de Movimiento Social. Granada: Universidad de Granada (doctoral thesis).

Memòria Departament d’Interior (2009, 2010, 2011). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Ministerio del Interior (2012): Anuario estadístico 2011. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2013): Anuario estadístico 2012. Madrid: Ministerio del Interior.

Mumbrú, J. (2013): “Los clubes de cannabis catalanes facturan cinco millones al mes.” *El País*, 28/12/2013.

Muñoz, J. y Soto, S. (2001): “El uso terapéutico de cannabis y la creación de establecimientos para su adquisición y consumo.” *Revista de Derecho Penal y Criminología*. 7: 49–94.

OEDT (2011): Situación y tendencias de los problemas de drogas en España 2011. Madrid: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Plan Nacional Sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (1990). Memoria 1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional sobre Drogas (1991): Memoria 1991. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional sobre Drogas (1996): Memoria 1996. Ministerio del Interior. (as cited in Bulletin of the World Health Organization 2013; 91: 136–141. doi: 10.2471/BLT.12.111054).

Plan Nacional sobre Drogas (2009): Memoria 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (as cited in Bulletin of the World Health Organization 2013; 91: 136–141. doi: 10.2471/BLT.12.111054).

Plan Nacional sobre Drogas (2009): Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000–2008. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Pretel, X. (2008): “Historia de la implementación de la reducción de daños y riesgos en la prevención de los usos problemáticos de drogas.” *III Seminario Repensar la Prevención Sexual del VIH/SIDA*, Febrero 14–15. Grupo de Prevención Sexual del VIH de RED2002.

Usó, J.C. (1995): *Drogas y cultura de masas. España 1855–1995*. Madrid: Taurus.

Lista respondentów

- ▶ Andreu Obrador i Siquier, psycholog
Założyciel SPOTT w Diputación de Barcelona.
- ▶ Carles Sedó Luzuriaga, edukator Còmic
Założyciel organizacji pozarządowych Educación para la Acción Crítica i Instituto de Políticas de Drogas y Sostenibilidad.
- ▶ Carlos González Zorrilla, prawnik
Były sędzia pokoju oraz dyrektor *Escuela de Policía de Cataluña*.
- ▶ Carmen Vecino, psychiatra
Servicio Prevención y Atención Drogodependencias w ramach *Agencia de Salud Pública de Barcelona* (ASPB).
- ▶ Ernesto Sierra Terradez, psycholog
Dyrektor operacyjny Czerwonego Krzyża w Katalonii oraz dyrektor programu studiów magisterskich o uzależnieniu od narkotyków na Uniwersytecie w Barcelonie.
- ▶ Felisa Pérez Anton, psycholog
Dyrektor techniczna Asociación Bienestar y Desarrollo.
- ▶ Gemma Calvet i Barot, prawnik
Senator w parlamencie Katalonii i była dyrektor generalna ds. narkotyków w Kraju Basków.

- ▶ Imma Mayol i Beltran, psycholog
Założycielka Grupy IGIA, była senator parlamentu Katalonii oraz była dyrektor ASPB.
- ▶ Jaume Funes Artiaga, psycholog, edukator społeczny, dziennikarz
Autor wielu książek na temat nastolatków i młodzieży oraz ich kłopotów społecznych.
- ▶ Joan Colom i Farran, lekarz
Wicedyrektor generalny ds. uzależnień od narkotyków, Departament Zdrowia, Generalitat de Catalonia.
- ▶ Jokin Goiburú López, edukator społeczny
Członek zespołu ds. profilaktyki uzależnień od narkotyków w Santa Coloma de Gramenet oraz członek Agrupación de Usuari@s y Profesionales przy Autobús de Metadona.
- ▶ José Afuera Gómez, aktywista
Założyciel społecznego klubu konopnego „La Maca” i prezes Federación de Asociaciones Cannábicas de Cataluña (CATFAC).
- ▶ José Carbonell Viscasillas, aktywista
Przewodniczący Asociación de Pacientes Dependientes a Opiáceos (APDO).
- ▶ Josep Checa Soler, psychiatra
Koordynator ośrodka Centro público de Atención a las Drogodependencias “Baix Llobregat Nord”.
- ▶ Josep Rovira Guardiola, pracownik społeczny
Założyciel „Kontroli Energii”. Dyrektor Departamentu Narkotyków, Inkluzji i Biedy w Asociación Bienestar y Desarrollo.
- ▶ Lluís Serra Campoy, pielęgniarz
Koordynator Punt d’Informació per a Gent amb Problemes d’Alcoholisme i Altres Drogodependencies (PIGAD), Hospitalet de Llobregat.
- ▶ Milagros Pérez Oliva, dziennikarka
Specjalistka ds. narkotyków w dzienniku El País.
- ▶ Miquel del Río Meyer, psychiatra
Kierownik Oddziału Zdrowia Psychicznego i Uzależnień od Narkotyków dla Dorosłych, Szpital Mútua de Terrassa.
- ▶ Oriol Romaní i Alfonso, antropolog
Profesor antropologii społecznej, Universidad Rovira i Virgili, były prezes IGIA.

- ▶ Teresa Brugal, lekarz
Koordynator ds. Uzależnienia od Narkotyków oraz Działań Profilaktycznych, Agencia de Health Pública de Barcelona.
- ▶ Tre Borrás i Cabaces, lekarz
Koordynator Pomocy dla Uzależnionych od Narkotyków, Hospital Universitario Sant Joande Reus, prezes IGIA.
- ▶ Víctor Martí i Carrasco, psycholog
Koordynator Pomocy dla Uzależnionych od Narkotyków w *Centro de Orientación Sanitaria de Rubí* i były przewodniczący IGIA.
- ▶ Xavier Sánchez Pretel, edukator społeczny
Założyciel Asociación de soporte a las personas con problemas de drogas (ASAUPAM) oraz Federación estatal de Asociaciones de Personas afectadas por las drogas y el VIH (FAUDAS).
- ▶ Xabier Arana Bersategui, doktor prawa
Instituto Vasco de Criminología na Universidad del País Vasco.
- ▶ Xavier Ferrer Pérez, psycholog
Dyrektor techniczny *Fundación Salud y Comunidad* oraz programu magisterskiego o uzależnieniu od narkotyków na Universidad de Barcelona.
- ▶ Xavier Major i Roca, lekarz
Koordynator redukcji szkód przy Subdirección General de Drogodependencias w Departamencie Zdrowia, Generalitat de Cataluña.

Dodatkové zdroĎla

Arana Berastegi, X. (2005): *Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.

Barriuso, M. (2005): "Propuesta de modelo legal para el cannabis en el estado español." *Revista del Instituto Vasco de Criminología*, 19: 151–167.

Bolinaga, A. (2013): "Propostes de millora en la praxi del Programa d'Intercanvi de Xeringues i alternatives innovadores de Reducció de Danys als Centres Penitenciaris de Catalunya." Presentation at the *Jornada Salut Pública y Derechos Humanos* at the Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya, 28/11/2013. Barcelona.

Checa, J., Vilaregut, A., Gibert, F. (2006): *Posar fil a l'agulla*. Olesa de Montserrat: Ajuntament Olesa de Montserrat.

Comiss  Droga Delinq ncia. Il lustre Col legi d'Advocats de Barcelona (1991): "Proposta despenalitzadora." *IV Jornades Penalitzar-Legalitzar, Protegir-Controlar*, 14-16/02/1991. Barcelona.

Curt , F. (2011): *La gestió d'una iniciativa resistida: el cas de la Sala de Venopunci  a l'hospital de la Vall d'Hebron*. Barcelona: ESADE.

del Río, M. (2012): "Reflexiones sobre la articulación CAS-CSMA." Text presented at the *IV Jornada de Patología dual*. October 18 and 19, 2012.

Díaz, A., Barruti, M., Doncel, C. (1992): *Les línies de l'èxit?. Estudi sobre la naturalesa i l'extensió del consum de coca na a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Fundación Atenea (2011): *Prisiones, drogas y exclusión social*. Fundación Atenea, press kit 24/7/11.

Fundació Doctor Robert (2013): *Avaluació del Programa d'intercanvi de xeringues als centres penitenciaris de Catalunya. Resum executiu. Informe final d'avaluació*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Gamella, J. (1997): "Heroína en España (1977-1996)." *Claves de Razón Práctica*, 72: 20-30.

Gamella, J. (1990): *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Popular.

Garín, T., Fuertes, S. (2012): *Drogues: prevenció i formes d'acció socioeducativa*. Apunts UOC. Barcelona: UOC.

González, C., Funes, J., González, S., Mayol, I., Romaní, O. (1998): *Repensar las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.

González Zorrilla, C. (1999): *Política(s) criminal(es) en materia de drogas*. Madrid: Centro de Documentación Judicial. Consejo General del Poder Judicial.

González Zorrilla, Carlos. (1987): "Drogas y control social". *Poder y control*, 21: 49-65.

Grupo de Estudios de Política Criminal (1991): Una alternativa a la actual política criminal sobre drogas. <http://www.gepc.es/web/sites/default/files/ficheros/gepc1.pdf> (viewed 14/2/2014).

Hidalgo Downing E. (2007): *Heroína*. Madrid: Amargord.

Martín, J., Benítez, C. (2008): *Drogodependencias y Prisión: Estudio sobre la situación de las personas con problemas de drogas en prisión*. Madrid: UNAD.

Martinón Quintero, R. (2011): *El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de políticas públicas. El caso de las políticas de drogas en España (1982-1996)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Megías, E., Rodríguez, E., Megías, I., Navarro, J. (2004): *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.

Pere Martínez Oró D., Pallarés Gómez J. (2013): *De placeres y Riesgos. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio.

Revista *Espai en Blanc* (2007), 3-4: monograph "La sociedad terapéutica".

Roig Forteza, A. (2013): L'estigmatització de les dones consumidores d'heroína. *Revista Crítica Penal y Poder*. 4: 104-131.

- Romaní, O. (1999): *Las drogas. Sueños y Razones*. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O., Espinal, N., Rovira, J. (1989): *Presa de contacte amb els drogodependents d'alt risc. Un programa pilot*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.
- Romaní, O. (1993): *Los estudios sobre drogas en España en la década de los 80: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup IGIA.
- Sepúlveda, M., Báez, F., Montenegro, M. (2008): *“No en la puerta de mi casa.” Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup IGIA.
- Subdirecció General de Drogodependències (2008): *Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut.
- Usó, J.C. (2012): *Píldoras de realidad*. Madrid: Amargord.
- VV.AA. (1988): *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- VV.AA. (2001): *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.

Źródła audiowizualne

- Can Tunis* (2007). Reż. José González Morandi i Paco Toledo. 84 min.
- Morir de día* (2010). Reż. Laia Manresa i Sergi Díes. 97 min.
- Venopresión* (2007). Reż. Dani Arrando, David Giménez i Liliana Moreno. 39 min.

0 autorach

Òscar Parés Franquero ma licencjat z filozofii i antropologii oraz tytuł magistra wydziału nauki o uzależnieniach od narkotyków na Universidad de Barcelona. Obecnie pełni funkcję wicedyrektora Fundacji International Center for Ethnobotanical Education Research & Service. Przeszedł szkolenie jako wolontariusz w „Kontrola Energii”, gdzie został później zatrudniony do prowadzenia zajęć, które miały przygotować warsztaty edukacyjne nt. rzeczywistości narkotykowej w życiu młodych ludzi. Współpracował z *Subdirección General de Drogodependencias* w rządzie Katalonii, koordynując programy redukcji ryzyka w nocnych lokalach oraz działania dotyczące regulacji rządowych dla społecznych klubów konopnych. Dzięki wieloletniej współpracy europejskiej, Òscar Parés Franquero uczestniczył w licznych projektach o tematyce narkotykowej, takich jak „Demokracja, Miasta & Narkotyki” oraz NEWIP. Założył ponadto *Instituto de Políticas de Drogas y Sostenibilidad*, który w 2012 roku zorganizował 1. Forum Stowarzyszeń Konopnych Katalonii. Dzięki Transnational Institute uczestniczył aktywnie w Conferencia Latinoamericana de Políticas de Drogas w Bogocie (2012) i w dwóch edycjach „*Diálogo de Expertos*” – w Urugwaju i Amsterdamie (2013).

José Carlos Bouso ma licencjat z psychologii i jest magistrem farmacji. W swojej działalności zawodowej skupia się na badaniach klinicznych i studiach neuropsychologicznych nad długotrwałymi skutkami substancji takich jak ayahuasca, marihuana, *Salvia divinorum*, 2C-B, kokaina, czy ekstazy. Jest autorem licznych artykułów naukowych oraz współautorem kilku książek. Działając w ramach Instituto de Políticas de Drogas y Sostenibilidad, łączy swoją działalność kliniczną z zainteresowaniem polityką narkotykową opartą na dowodach naukowych. Obecnie jest dyrektorem projektów naukowych w Fundacji Center for Ethnobotanical Education Research & Service, prowadząc badania nad skutkami zdrowotnymi zażywania substancji takich, jak chociażby ayahuasca, iboga czy medyczna marihuana.

Global Drug Policy Program

Zainicjowany w 2008 roku program dąży do przesunięcia akcentów w międzynarodowej polityce narkotykowej – porzucenia obowiązującego dzisiaj podejścia penalizującego na rzecz modelu, stawiającego na pierwszym planie zdrowie publiczne oraz prawa człowieka. Program stara się poszerzyć, zróżnicować i umocnić siatkę organizacji o podobnym nastawieniu, które aktywnie kwestionują dzisiejszą międzynarodową politykę w tym zakresie.

Wdraża ona bowiem strategię, twardą ręką wprowadzającą w życie rozwiązania, które nie tylko ponoszą fiasko, nie osiągając swoich celów, jakimi są redukcja użycia i produkcji narkotyków oraz handlu nimi, ale w efekcie przynoszą udokumentowane nasilenie zjawisk mających związek z narkotykami – przemocy, kryzysów w ochronie zdrowia publicznego oraz łamania praw człowieka.

Open Society Foundations

Open Society Foundations działają w ponad stu krajach na rzecz tworzenia prężnego i tolerancyjnego ustroju demokratycznego i odpowiedzialności władzy przed obywatelami. We współpracy z lokalnymi społecznościami Open Society Foundations przyczyniają się do sprawiedliwości i poszanowania praw człowieka, wolności słowa i zapewnienia dostępu do służby zdrowia i oświaty.

Polityka narkotykowa, które opiera się na prawach człowieka i promuje ochronę zdrowia publicznego, jest dla Open Society Foundations priorytetem. Nasze wysiłki skupiają się na promowaniu współpracy między podmiotami, działającymi na rzecz reformy polityki narkotykowej, i poszerzaniu ich kręgu, zachęcaniu użytkowników narkotyków, by bronili swoich praw na poziomie krajowym i międzynarodowym, a także na wspieraniu badań nad ekonomicznymi i społecznymi kosztami polityki narkotykowej w formach realizowanych obecnie.

Matka potrzebą wynalazku. Pionierska polityka narkotykowa w Katalonii to piąta z publikacji Międzynarodowego Programu Polityki Narkotykowej (Global Drug Policy Program) w Open Society Foundations, które omawiają pozytywne przykłady reform w polityce narkotykowej na świecie. Ufamy, że przedstawione przez nas studia przypadków stanowiąc będą inspirację dla decydentów oraz działaczy, by wspólnie z użytkownikami narkotyków, a także innymi osobami odczuwającymi skutki polityki narkotykowej, wypracować politykę stawiającą w centrum prawa, ale która jest jednocześnie poparta naukowo i ma ludzkie oblicze.

Matka potrzebą wynalazku. Pionierska polityka narkotykowa w Katalonii to pierwsze opracowanie z serii: „Studia nad polityką narkotykową”, analizujące formułowanie tej polityki na poziomie regionalnym. Pokazuje, w jaki sposób Katalonia – mimo penalizującej polityki na poziomie krajowym – w obliczu epidemii heroiny wdrożyła podejście wspólnotowe i skoncentrowane na ochronie zdrowia publicznego. Katalonia to także miejsce narodzin społecznych klubów konopnych – prawdziwie nowatorskiego rozwiązania, wyrastającego u zbiegu sprzecznych interesów i praw. Studium przedstawia cenną analizę sytuacji, w jakiej powstały społeczne kluby konopne, ich działanie, walkę o przetrwanie, oraz potencjalną wartość, jaką stanowią dla całej Hiszpanii. Potrzeba matką wynalazku może stanowić źródło inspiracji dla decydentów na każdym poziomie, szukających alternatywnego podejścia do kwestii używania narkotyków, leczenia oraz redukcji szkód.

Oprócz reformy polityki narkotykowej Open Society Foundations działają na całym świecie na rzecz ochrony zdrowia, praw i równości, edukacji i młodzieży, praworządności i odpowiedzialności, a także mediów i sztuki. Dążymy do tego, by budować aktywną i tolerancyjną demokrację, w której rządzący czują odpowiedzialność przed swoimi obywatelami.



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS