

ห้องบริโภคยาเสพติดในสหราชอาณาจักร*

DRUG CONSUMPTION ROOM IN UNITED KINGDOM

จิรวุฒิ ลิปิพันธ์

Jirawut lipiphan

มหาวิทยาลัยบูรพา

Dhurakijpundit University, Thailand

E-mail: Jirawut.lin@dpu.ac.th

บทคัดย่อ

จากหลักฐานที่พบว่า “ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย” จะถูกตอบสนองหลักการนี้โดยการมี “ห้องบริโภคยาเสพติด” ภายใต้การบริหารจัดการของงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มี การจัดการทำงานร่วมมือกับฝ่ายปกครองและชุมชนท้องถิ่น ซึ่งใช้ได้ดีใน สหพันธ์สาธารณรัฐ เยอรมนี แคนาดา ราชอาณาจักรเดนมาร์ก สหราชอาณาจักร เป็นต้น เหตุผลสำคัญคือ ผู้เสพที่ เดิมต้องพึ่งพายาเสพติดจากพ่อค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และยังคงหลบซ่อนจากสายตาของ กระบวนการยุติธรรมทางอาญา ได้มีโอกาสเลือกใหม่ที่ดีกว่า ได้ยาเสพติดที่บริสุทธิ์ภายใต้ การดูแลต่อสุขภาพของเขาโดยรัฐและไม่ผิดกฎหมาย โดยการที่รัฐจัดให้มีห้องบริโภคยาเสพติด ไปพร้อมๆ กับการบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างถูกต้องแท้จริง ภายใต้กฎหมายลดอันตราย จากการใช้ยาเสพติด เพื่อการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ

ผู้เสพยาเสพติดในระบบนี้จะต้องขึ้นทะเบียนผู้เสพยาเสพติดกับภาครัฐ ซึ่งจะพ้นจาก ความรับผิดชอบทางอาญา การขึ้นทะเบียนจึงเป็นวิธีการลดทอนความผิดในทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด และทำให้ผู้เสพยาเสพติดมั่นใจในระบบสาธารณสุข ซึ่งทำให้รัฐสามารถระบุตัวบุคคลและ จำนวนที่แท้จริงได้ และยังแยกให้เห็นชัดเจนถึงพฤติกรรมการเป็นผู้เสพ ซื้อขายเพื่อเสพหรือ ครอบครองเพื่อเสพ ออกจากอาชญากรในความผิดยาเสพติดได้อย่างชัดเจน ไม่ถูกเหมารวมไป ฟ้องร้องดำเนินคดีซึ่งคนกลุ่มนี้ต้องถูกจำคุกในเรือนจำเป็นจำนวนมากและลดการใช้มาตรการ การล่อซื้อ ลดอันตรายของผู้เสพยาเสพติดเองและลดอันตรายต่างๆ ให้กับสังคมจากผู้เสพยา

คำสำคัญ: ห้องบริโภคยา, ยาเสพติด, สหราชอาณาจักร

* Received 12 April 2022; Revised 21 May 2022; Accepted 26 May 2022



Abstract

From the main principle that “Drug addicts are patients” will respond to this principle by having The “drug consumption room” under the management of the medical and public health works in cooperation with the local government and community. which works well in Federal Republic of Germany, Canada, Kingdom, Denmark, United Kingdom, etc. The main reason is Former drug users had to rely on drugs from illegal drug dealers. and must also hide from the prying eyes of the criminal justice system. had the opportunity to have a better alternative Get pure drugs under his health supervision by the state and not illegal. By providing the state drug consumption room, along with the actual medical treatment under the law, reducing the harm from drug use. for good and efficient management

Drug users in this system must register drug users with the government. will be released from criminal liability Registration is therefore a way to reduce drug-related crimes. and make drug users confident in the public health system This allows the state to identify the person and the actual number. and also clearly distinguishes the behavior of being an addict Buy to buy or possess to consume. Clearly out of criminals in drug offenses. Not being stereotyped to prosecution, in which this group has been imprisoned in many prisons and reduced the use of temptation measures. Reduce the dangers of drug users themselves and reduce various dangers. to society from drug addicts

Keywords: Drug Consumption Rooms, Drug, United Kingdom

บทนำ

การทำลายหรือลดบทบาทขององค์กรอาชญากรรมยาเสพติดโดยมีต้องใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาในการปราบปรามดำเนินคดี กับทั้งยังลดปริมาณคดีขึ้นสู่ศาลอาญาและแก้ปัญหาผู้ต้องขังคดียาเสพติดล้นเรือนจำอีกด้วย เป็นวิธีการใหม่ที่หลายประเทศในยุโรปภาคพื้นใต้ดำเนินการแล้ว คือการจัดให้มีห้องเสพยาเสพติด มีพื้นที่ ห้อง หรืออาคาร ที่ได้รับ



อนุญาตจากคณะกรรมการยาเสพติดแห่งชาติ โดยผ่านการเสนอของคณะกรรมการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในแต่ละจังหวัด และได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ เพื่อให้ใช้พื้นที่ในโรงพยาบาลจังหวัด หรือสถานีนามัยตำบล เพื่อเป็นพื้นที่สำหรับการรับยาเสพติดและเสพยาเสพติดในช่วงเวลาที่ยาเสพติดชนิดนั้นออกฤทธิ์ ภายใต้คำสั่งของแพทย์ และการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและฝ่ายปกครอง ห้องเสพยาเสพติดให้ดำเนินการโดยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัด และการสนับสนุนในการรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อยจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย

การจัดสถานที่และทีมงานให้บริการดูแลให้มีการเสพหรือใช้ให้อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของรัฐหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายนั้นให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของตัวผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงการให้ความสำคัญในเรื่องความรู้สึกปลอดภัยของคนในสังคม อีกทั้งยังง่ายต่อการที่จะแก้ไขปัญหากรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น จึงเกิดประโยชน์กับทุกฝ่ายอย่างแท้จริง เป็นการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ครอบครัว วัด โรงเรียน มหาวิทยาลัย นายจ้าง และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการใช้กระบวนการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างแท้จริงในการบำบัดรักษา โดยวิธีการขึ้นทะเบียนผู้เสพยา ทำให้ได้ข้อมูลชัดเจนของกลุ่มผู้ใช้ยา ผู้ติดยาเสพติดที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด และมีฐานข้อมูลยืนยันรับรอง ประกอบกับมีวิธีการลดอันตรายใหม่ๆ ที่มีการนำมาใช้กันในหลายประเทศ ได้แก่ ห้องเสพยาเสพติด ซึ่งสามารถใช้ยาเสพติดตามคำสั่งจากแพทย์ การใช้ยาเสพติดที่ผลิตโดยรัฐที่ปราศจากการปนเปื้อน การรักษาในโรงพยาบาลระบบปิด ผู้เสพยาเสพติดจะยังอยู่ได้ในสังคมโดยไม่ก่ออันตรายให้กับตนเองเกินสมควร และไม่ก่ออันตรายให้กับสังคม คนกลุ่มนี้ไม่ถูกดำเนินคดีและถูกจำคุกเป็นจำนวนมากๆ ตามที่ปรากฏในทุกวันนี้ (อิงครัต ดลเจิม และคณะ, 2563)

กรณีถ้าผู้เสพเป็นผู้ป่วยจริง จะทำให้ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสาธารณสุข มีแพทย์ประจำตัวและบันทึกการบำบัดรักษาในเวชระเบียน และปฏิบัติตามกฎหมายนี้เท่านั้นที่มีฐานะผู้ที่เป็นผู้ป่วย ได้รับยกเว้นไม่มีความผิดอาญาในการเสพ ซื้อมาเพื่อเสพ ครอบครองเพื่อเสพ ตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยมีห้องเสพยาเสพติด” (drug consumption rooms) ที่มีลักษณะเป็นห้องหรืออาคารที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ ภายใต้การดูแลและการบริหารจัดการของคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับจังหวัด โดยให้ใช้เป็นสถานที่เสพยาเสพ



ติดตามคำสั่งของแพทย์ ภายใต้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการดูแลความสงบเรียบร้อยของฝ่ายปกครองตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ต้องออกมารับรอง ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้เปิดให้บริการใน 8 ประเทศ ได้แก่ เดนมาร์ก สาธารณรัฐฝรั่งเศส สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ไอร์แลนด์ อิตาลี นอร์เวย์ สเปนและสหราชอาณาจักร ข้อมูลศูนย์ตรวจสอบยาเสพติดและยาเสพติดของสหภาพยุโรป (EMCDDR) เน้นถึงความจำเป็นในการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการลดอันตรายอันเกิดจากการใช้ยาเกินขนาดและการจัดตั้งห้องบริโภคนาฬิกาเสพติด (DCRs) จากข้อมูลที่ครอบคลุมสหภาพยุโรป นอร์เวย์และตุรกี มีผู้เสียชีวิตจำนวน 9,138 ในภูมิภาคในปี 2016 ประมาณ 84% ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากยาเสพติด (opioid) เกินขนาดอย่างไรก็ดี สถิติผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดได้ลดลงอย่างต่อเนื่องในบางประเทศ เช่น สเปน เดนมาร์กและโปรตุเกส

ห้องเสพยาเสพติด

การเสพติด (Addiction) เป็นพฤติกรรมของมนุษย์มีมาตั้งแต่สมัยกรีกโบราณในช่วงเดียวกับสมัยพุทธกาล (กำจัด พ่วงสวัสดิ์, 2561) การเสพติดในวงแคบอาจพูดเฉพาะจากพืชเสพติดที่มีสรรพคุณออกฤทธิ์ตามธรรมชาติที่มีมาช้านานแล้ว เช่น ฝิ่น กระท่อม ฯลฯ ถูกพัฒนาโดยมนุษย์สู่สารเสพติดที่มีการผ่านกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการสกัดหรือปฏิกิริยาทางเคมีต่างๆ เช่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เป็นต้น ซึ่งต่อมามีผู้ใช้พืชเสพติดและสารเสพติดต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น จนเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาสารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้นๆ และเกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้เสพ คนเสพยาจำนวนมากต้องตายจากการเสพยาเกินขนาด ประกอบกับการพัฒนาขององค์กรอาชญากรรมทางด้านยาเสพติด เนื่องจากลงทุนน้อยแต่กำไรมาก มีความต้องการของคนที่ไม่จำกัดและมีคนเสพติดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ภาครัฐในระดับประเทศและในระดับระหว่างประเทศต้องให้ความสนใจและพยายามแก้ไขปัญหาการเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่องยาวนานมาจนถึงปัจจุบัน

สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ได้มีการศึกษาว่าไม่ใช่ทุกคนที่เสพยาจะต้องติดยาและต้องการได้รับการบำบัดรักษา โดยมีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกที่เป็นผู้เสพที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ใช้ยาที่ไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ดังนั้น การพิจารณาแยกกลุ่มผู้ใช้ยาจึงมีความสำคัญ



เนื่องจากบางคนอาจไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาหรือเพียงแต่อยู่ในกลุ่มเฝ้าระวังเท่านั้น แต่หากเมื่อทำการจำแนกแล้วพบว่ามีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ก็จะต้องให้เข้ารับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ในความหมายอย่างกว้าง “การเสพติด” (Addiction) เป็นพฤติกรรมของผู้บริโภค ตามศาสตร์ว่าด้วยการเสพติด (Science of Addiction) เป็นสิ่งที่มีอยู่ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ และได้มีการพัฒนาต่อๆ มาอย่างมากจนถึงปัจจุบัน การเสพติดเป็นพื้นฐานการดำรงชีวิตของมนุษย์ ถ้าสามารถผลิตอะไร หรือบริการอะไรที่ตอบสนองต่อการเสพติดของมนุษย์ได้มากเท่าไรก็ยิ่งทำให้เกิดกำไรมากเท่านั้น เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค เครื่องมือสื่อสารต่างๆ เป็นต้น (อิงคริต ดลเจิม และธานี วรภัทร์, 2561)

พฤติกรรมเสพติด (Behavioral Addictions) หมายถึง การกระทำกิจกรรมสิ่งหนึ่งบ่อยๆ ซ้ำๆ หวังผลพึงพอใจเฉพาะหน้า แต่กลับทำร้ายทั้งตนเอง-ครอบครัว-สังคมในระยะยาว พฤติกรรมการเสพติดมีหลากหลายรูปแบบแต่ที่พบเห็นบ่อย ได้แก่ เสพติดการกิน ติดบุหรี่ ติดสุรา ติดอินเทอร์เน็ต ติดสังคมออนไลน์ โทรศัพท์มือถือ ติดเกม ติดการพนัน ติดช้อปปิ้ง ติดการมีเพศสัมพันธ์ ติดการออกกำลังกาย ติดการทำงาน ซึ่งอาการติดยาเสพติดผิดกฎหมายนั้นเป็นเพียงหนึ่งในท่ามกลางพฤติกรรมเสพติดที่พบได้บ่อยดังกล่าว (Steve Sussman, 2017)

สำหรับ ห้องบริโภคนยาเสพติด (DCRs) ตามหลักสำคัญที่ว่า “ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย” จะถูกตอบสนองหลักการนี้โดยการมี “ห้องบริโภคนยาเสพติด” ภายใต้การบริหารจัดการของงานทางการแพทย์และสาธารณสุขทำงานร่วมมือกับฝ่ายปกครองและชุมชนท้องถิ่น ซึ่งใช้ได้ผลดีใน สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี อังกฤษ แคนาดา เดนมาร์ก และอีกหลายๆ ประเทศ เหตุผลสำคัญคือ ผู้เสพติดเดิมต้องพึ่งพายาเสพติดจากพ่อค้ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และยังต้องหลบซ่อนจากสายตาของกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ได้มีโอกาสสมิทางเลือกใหม่ที่ดีกว่า ได้ยาเสพติดที่บริสุทธิ์ภายใต้การดูแลต่อสุขภาพของเขาโดยรัฐและไม่ผิดกฎหมาย โดยการที่รัฐจัดให้มี “ห้องบริโภคนยาเสพติด” ไปพร้อมๆ กับการบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างถูกต้องแท้จริง กล่าวคือรัฐต้องตรา “พระราชบัญญัติลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” เพื่อการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคยาเสพติดใหม่นั้นเอง (ธานี วรภัทร์, 2564)

ผู้เสพยาเสพติดในระบบนี้จะต้องขึ้นทะเบียนผู้เสพยาเสพติดกับภาครัฐ จึงจะพ้นจากความรับผิดทางอาญา การขึ้นทะเบียนจึงเป็นวิธีการลดทอนความผิดในทางอาญาเกี่ยวกับยาเสพติด (De-Criminalization) และทำให้ผู้เสพยาเสพติดมั่นใจในระบบสาธารณสุข ซึ่งทำให้รัฐ



สามารถระบุตัวบุคคลและจำนวนที่แท้จริงได้ และยังแยกให้เห็นชัดเจนถึงพฤติกรรมการเป็นผู้เสพ ซื้อมาเพื่อเสพหรือครอบครองเพื่อเสพ ออกจากอาชญากรในความผิดยาเสพติดได้อย่างชัดเจน ไม่ถูกเหมารวมไปฟ้องร้องดำเนินคดีซึ่งคนกลุ่มนี้ต้องถูกจำคุกในเรือนจำเป็นจำนวนมาก และลดการใช้มาตรการการล่อซื้อ ลดอันตรายของผู้เสพยาเสพติดเองและลดอันตรายต่างๆ ให้กับสังคมจากผู้เสพยา

คำว่า “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” ในที่นี้จึงหมายถึง ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสาธารณสุข มีแพทย์ประจำตัวและบันทึกการบำบัดรักษาในเวชระเบียน และปฏิบัติตามกฎหมายนี้เท่านั้นที่มีฐานะเป็นผู้ที่เป็นผู้ป่วย ได้รับยกเว้นไม่มีความผิดอาญาในการเสพ ซื้อมาเพื่อเสพ ครอบครองเพื่อเสพ ตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

คำว่า “ห้องเสพยาเสพติด” (drug consumption room) ในที่นี้หมายถึง ห้องหรืออาคารที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ ภายใต้การดูแลและการบริหารจัดการของคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับจังหวัด โดยให้ใช้เป็นสถานที่เสพยาเสพติดตามคำสั่งของแพทย์ ภายใต้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการดูแลความสงบเรียบร้อยของฝ่ายปกครองตามกฎหมายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ต้องออกมารับรอง

ห้องบริโภคนาเสพติด (Drug Consumption Rooms (DCRs)) ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้เปิดให้บริการใน 8 ประเทศ ได้แก่ เดนมาร์ก สาธารณรัฐฝรั่งเศส สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ไอร์แลนด์ อิตาลี นอร์เวย์ สเปนและสหราชอาณาจักร ห้องบริโภคนาพัฒน์วัตถุประสงค์ในด้านเพื่อสุขภาพและการรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชนและความปลอดภัยของสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อและการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด และเพื่อเพิ่มการให้ภาครัฐได้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคือผู้ใช้อย่างแท้จริง เพื่อการดูแลสุขภาพ การจัดสวัสดิการต่างๆ และบริการบำบัดยาที่ยอมรับได้ตามมาตรฐาน เพื่อคุ้มครองดูแลประชาชนในเรื่องความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในสังคม ในขณะเดียวกันเพื่อทำให้มีสภาพแวดล้อมที่กำบังและเหมาะสมสำหรับการบริโภคนา เพื่อให้บรรลุมิติวัตถุประสงค์ด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคมดังได้กล่าวมาแล้ว การบริการต้องสามารถเข้าถึงสมาชิกได้มาก ต้องเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด อาจสรุปวัตถุประสงค์หลักของห้องบริโภคนาเสพติดได้ (Dagmar Hedrich, 2004) ดังนี้

1. เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการบริโภคนาเสพติดให้ได้มากที่สุด



- 2.วัตถุประสงค์เพื่อการดูแลในด้านสุขภาพของผู้บริโภคยาเสพติด
 - 3.เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยที่ช่วยให้การบริโภคยาที่มีความเสี่ยงต่ำและถูกสุขอนามัยมากขึ้น
(วัตถุประสงค์ระยะสั้น)
 - 4.เพื่อลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยในประชากรเป้าหมาย (วัตถุประสงค์ระยะกลาง)
 - 5.เพื่อรักษาเสถียรภาพและส่งเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการ (วัตถุประสงค์ระยะยาว)
 - 6.เพื่อเป็นการรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชนในสังคมและวัตถุประสงค์ด้านความปลอดภัยจากอาชญากรรม
 - 7.เพื่อลดการใช้สารเสพติดของบุคคลที่เสพยาในที่สาธารณะและลดความรำคาญที่เกี่ยวข้องที่อาจเกิดขึ้นในสังคมได้
 - 8.เพื่อหลีกเลี่ยงการเพิ่มขึ้นของอาชญากรรมในและรอบๆ พื้นที่นั้นๆ สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้สารเสพติดและการค้ายาเสพติดในที่สาธารณะ
- งานด้านสาธารณสุขและด้านการรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน จะมีบทบาทในห้องอุปโภคบริโภคทุกห้อง ในเนเธอร์แลนด์ สิ่งอำนวยความสะดวกส่วนใหญ่จะมีต้นกำเนิดมาจากความคิดริเริ่ม โดยชาวบ้านในละแวกใกล้เคียงและตำรวจ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆ ที่มีอำนาจ เป็นผู้กำหนดนโยบายท้องถิ่นและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลยาเสพติดจะเป็นผู้กำหนดเกณฑ์การรับเข้ากลุ่มขึ้นทะเบียน มักจะเป็นการทำงานร่วมกับตำรวจ ประชาชน อัยการและผู้อยู่อาศัยในละแวกนั้น และอาจจะมีความร่วมมือกับกลุ่มผลประโยชน์ผู้ขาย

การบริหารจัดการยาเสพติดในสหราชอาณาจักร

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริหารจัดการปัญหายาเสพติด เมื่อปี ค.ศ.2007 UK Drug Policy Commission ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ ได้รายงานสรุปว่า ประเทศอังกฤษมีระดับของการติดยาเสพติดสูงที่สุดในยุโรปตะวันตก สำนักข่าวรอยเตอร์และสตีเวนส์รายงานด้วยว่าชาวอังกฤษใช้ยาเสพติดเพื่อความสนุกสนานมากที่สุดในยุโรปตะวันตก และเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากยาเสพติดสูงที่สุดเป็นอันดับสองของประเทศในกลุ่มยุโรปตะวันตก (Mark A.R Kleiman. and James E. Hawdon, 2011)



รัฐบาลอังกฤษได้ใช้ความพยายามอย่างไม่ลดละในการควบคุมการใช้ยาในทางที่ผิด และการจำหน่ายมาตลอดทั้งศตวรรษที่ 20 และ 21 ในขณะที่ก่อนปี ค .ศ.1970 ได้มีนโยบาย ยาเสพติดอยู่บ้างแล้ว แต่รัฐบาล ก็ได้เพิ่มมาตรการในการควบคุมการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาท ด้วยการตรากฎหมายว่าด้วยการใช้ยาในทางที่ผิดปี ค.ศ. 1971 (Misuse of Drugs Act 1971) หรือที่เรียกกันโดยย่อว่า เอ็มดีเอ (MDA)

เหตุผลอย่างเป็นทางการของการออกและพัฒนากฎหมายเอ็มดีเอมีอยู่ด้วยกันสอง ประการ คือ ประการแรก เพื่อให้ประเทศอังกฤษสามารถปฏิบัติตามพันธกรณีของสนธิสัญญา ระหว่างประเทศหลายสนธิสัญญาที่ได้ให้สัตยาบันไว้ เช่น อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดปี ค .ศ.1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) และอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทปี ค .ศ.1971 (UN Convention on Psychotropic Substances, 1971) ประการที่สอง เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามของรัฐบาลที่จะพัฒนายุทธศาสตร์ยา เสพติระดับชาติที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง เพื่อแก้ไขปัญหา

การเสพยาและการติดยาเสพติดที่แพร่หลายมากขึ้นและฝังรากลึกอยู่ในสังคมอังกฤษ โดยแท้จริงแล้วเอ็มดีเอถือเป็นรากฐานในการพัฒนานโยบายยาเสพติดของประเทศอังกฤษ ใน ตอนปลายศตวรรษที่ 20 และต้นศตวรรษที่ 21 กฎหมายนี้ได้กำหนดระบบการจำแนกยาบัญชี หลักสามประเภท จากบัญชี ก ถึงบัญชี ค ยาเสพติดบัญชี ก ได้รับการกำหนดให้เป็นยาเสพติด ชนิดที่ร้ายแรงที่สุดต่อสังคมและสุขภาพของมนุษย์ ดังนั้นการครอบครองหรือจำหน่ายยาเสพติด ผิดกฎหมายในบัญชี ก จะได้รับการลงโทษหนักกว่าการครอบครองหรือการจำหน่ายยาเสพติด ผิดกฎหมายในบัญชี ค ซึ่งได้รับการพิจารณาว่ามีอันตรายต่อสุขภาพและสังคมน้อยที่สุด จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ระบบการแบ่งแยกประเภทยาของกฎหมายเอ็มดีเอ ก็ยังคงใช้อยู่เพื่อ ควบคุมหรือลงโทษการใช้สารในทางที่ผิดและการจำหน่ายสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

การควบคุมการผลิต การจำหน่าย และการใช้สารที่ไม่เคยมีการควบคุมมาก่อนโดย รัฐบาล เพิ่มความเข้มงวดมากยิ่งขึ้นในศตวรรษที่ 20 โดยเฉพาะสารที่ไม่เป็นที่รู้จักมาก่อนหรือ มีการใช้น้อย เช่น กัญชา แอมเฟตามีน และแอลเอสดี ก่อนที่สารเสพติดเหล่านี้จะกลายเป็น ส่วนหนึ่งของสังคมอังกฤษ ตัวอย่างเช่นกฎหมายยาพิษและเภสัชกรรมปี ค.ศ. 1908 (1908 Poisons and Pharmacy Act) ได้ควบคุมการขายไบโคคา (ซึ่งใช้ผลิตโคเคน) แก่สาธารณชน ไบโคคานั้นหาได้ง่ายโดยเสรี และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ เช่นใช้เป็นยารักษาสุขภาพ แปดปีต่อมา กฎหมายป้องกันราชอาณาจักร (Defense of the Realm Act) ได้จำกัดการขาย โคเคนให้เฉพาะแต่ผู้ที่ได้รับอนุญาต ในปี ค.ศ. 1920 กฎหมายยาอันตราย (Dangerous Drugs



Act) ได้จำกัดการผลิต การส่งออก การนำเข้า การจำหน่าย และการครอบครองไบโคคา และโคเคน ผีน มอร์ฟิน และเฮโรอีนให้เฉพาะแต่ผู้มีใบอนุญาตเท่านั้น ภายใต้กฎหมายป้องกันราชอาณาจักร เฉพาะแพทย์เอกชนเท่านั้นที่ได้รับอนุญาตให้สั่งโคเคนและเฮโรอีนให้กับผู้ป่วยที่ติดยา ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดอาการติดยา ในปี ค.ศ. 1964 กฎหมายยาอันตรายกำหนดว่าการปลูกัญชา โดยผิดกฎหมายถือเป็นความผิดทางอาญา และในปีเดียวกันกฎหมายยา (Drugs Acts) (การป้องกันการใช้อยาในทางที่ผิด) ก็กำหนดว่าการมีแอมเฟตามีนไว้ในครอบครองโดยผิดกฎหมายเป็นความผิดทางอาญา เช่นกัน จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นภายใต้กฎหมายป้องกันราชอาณาจักรปี ค.ศ. 1916 แพทย์สามารถสั่งโคเคนและเฮโรอีนเพื่อใช้ในการบำบัดอาการติดยา โดยไม่ต้องรับโทษเช่นเดียวกับการจำหน่าย และการเสพยาดังกล่าวก่อนที่ผิดกฎหมาย การปฏิบัติดังกล่าวรู้จักกันในนามของระบบของอังกฤษ (British System) อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 1967 การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายยาอันตราย ได้ห้ามการสั่งโคเคนและเฮโรอีนเพื่อใช้ในการทางการแพทย์ด้วย

จากกฎหมายที่บัญญัติออกมาทั้งหมดในศตวรรษที่ 19 และ 20 กฎหมายเอ็มดีเอ็มอีอิทธิพลต่อนโยบายยาเสพติดของอังกฤษมากที่สุด กฎหมายนี้ได้ตั้งระบบการแบ่งแยกประเภทของยาที่มีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้และต่อสังคมโดยทั่วไป การลงโทษสำหรับการใช้ในทางที่ผิดและการจำหน่ายยา ได้ถูกเพิ่มเติมเข้าไปในการจำแนกประเภทของยาดังกล่าว ภายใต้กฎหมายเอ็มดีเอ ยาในบัญชี ก (เช่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน เมทแอมเฟตามีน โคเคน ผีน หรือยาอี) ถูกกำหนดให้เป็นยาที่ “มีอันตรายที่สุด” ดังนั้นการเสพยาหรือจำหน่ายยาในบัญชีนี้ จะได้รับโทษที่รุนแรงที่สุด

บุคคลที่มียาเสพติดในบัญชี ก ไว้ในครอบครองจะได้รับโทษจำคุกสูงสุดเจ็ดปี การจำหน่าย หรือมีเจตนาที่จะจำหน่ายยาเสพติดในบัญชี ก จะได้รับโทษที่รุนแรงยิ่งขึ้น เพราะเป็นยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมส่วนใหญ่ได้ ดังนั้นผู้ค้ายาเสพติดในบัญชี ก อาจได้รับโทษสูงสุดถึงจำคุกตลอดชีวิตได้ ยาเสพติดในบัญชี ข (เช่น กล้วยา เห็ดซีโลซิน (psilocin) หรือซีโลไซบิน (psilocybin) ที่ปรุงสำเร็จแล้ว) ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้เสพและต่อสังคมน้อยกว่ายาเสพติดในบัญชี ก และในทำนองเดียวกันการเสพและการจำหน่ายยาในบัญชี ข ก็จะได้รับโทษที่น้อยกว่า ท้ายที่สุด ยาในบัญชี ค เช่นเคตามีน (ketamine) หรือยาระงับประสาท (tranquilizers) ได้รับการพิจารณาว่าเป็นยาที่มีอันตรายต่อร่างกายและต่อสังคมน้อยที่สุดในกลุ่มยาที่ถูกจัดว่าผิดกฎหมาย ดังนั้นผู้ค้ายาเสพติดในบัญชี ค อาจได้รับโทษจำคุกสูงสุด 14 ปี และผู้ที่มียาเสพติดในบัญชี ค ไว้ในครอบครองอาจได้รับโทษจำคุกสูงสุดสองปี



ท้ายที่สุดแล้ว มียาเสพติดไม่ครบทุกชนิดที่ได้รับการจัดอยู่ภายใต้กฎหมายเอ็มดีเอ และยาที่อยู่นอกเหนือจากกฎหมายดังกล่าวจะอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายยาปี ค.ศ. 1968 ซึ่งจะควบคุมการผลิตและการจำหน่ายยาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ กฎหมายยานี้ได้กำหนดยาออกเป็นสามประเภทคือ ยาที่ขายได้โดยเภสัชกรที่มีใบสั่งยาจากแพทย์ ยาที่เภสัชกรสามารถสั่งได้เอง และยาที่ขายได้ตามร้านขายยาทั่วไป

มาตรการลดอันตรายและการบำบัดแก้ไขของสหราชอาณาจักร กฎหมายยาอันตราย (Dangerous Drugs Act) ได้ให้อำนาจในการออกคำสั่งห้ามการใช้ยา (Drug Abstinence Order) และ ข้อกำหนดห้ามการใช้ยา (Drug Abstinence Requirement) คำสั่งและข้อกำหนดนี้ได้อนุญาตให้ศาลสั่งให้ผู้กระทำผิดที่มีอายุเกิน 18 ปี ละเว้นการเสพยาเสพติดในบัญชี ก ยิ่งไปกว่านั้นศาลยังสามารถสั่งให้บุคคลดังกล่าวต้องเข้ารับการตรวจสอบสารเสพติดในปี ค.ศ. 2003 รัฐบาลได้ออกกฎหมายกระบวนการยุติธรรมทางอาญา (Criminal Justice Act) กฎหมายนี้อนุญาตให้ศาลกำหนดข้อจำกัดในการประกันตัวผู้กระทำผิดซึ่งตรวจพบว่ามีสารเสพติดในบัญชี ก ขณะที่ถูกจับกุม ยิ่งไปกว่านั้นกฎหมายยาเสพติดปี ค.ศ. 2005 ทำให้ผู้กระทำผิดไม่สามารถปฏิเสธการเข้ารับการตรวจสอบสารเสพติดและการเข้ารับการบำบัดที่ตามมาท้ายที่สุด เช่นเดียวกับกฎหมายเอ็มดีเอ นโยบายยาเสพติดที่ประกาศใช้เป็นกฎหมายในช่วงท้ายของศตวรรษที่ 20 และต้นศตวรรษที่ 21 ทำให้รัฐบาลสามารถปฏิบัติตามพันธะที่ได้ลงนามไว้ในสนธิสัญญาระหว่างประเทศตัวอย่างเช่น กฎหมายลักลอบค้ายาเสพติดปี ค.ศ. 1994 (Drug Trafficking Act of 1944) ทำให้ประเทศอังกฤษสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ผิดกฎหมายปี ค.ศ. 1988 (1988 UN Convention Against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances)

มาตรา 7 ให้มีกฎข้อบังคับเพื่อเป็นการยกเว้นการกระทำบางอย่างจากบทบัญญัติความผิด

ซึ่งเกี่ยวกับการใช้เพื่อการบำบัดรักษาโรคหรือเพื่อการทำวิจัยทดลองทางวิทยาศาสตร์ The Misuse of Drug Regulations 1985 แบ่งยาออกเป็น 5 รายการ กฎข้อบังคับได้กำหนดการจัดกลุ่มบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดการดูแลเรื่องยาควบคุม ในขณะที่ปฏิบัติงานตามวิชาชีพและวางแผนงานสำหรับการดำเนินการของกิจกรรมบางอย่างอาจต้องได้ดำเนินการ กฎที่เข้มงวดมากกว่าเกี่ยวกับการนำเข้า



การส่งออก การผลิต การจัดส่ง การมีไว้ในครอบครอง การสั่งยาและการเก็บบันทึก นำมาใช้กับ schedule 1 ยากับการค่อยๆผ่อนกฎสำหรับรายการอื่นๆตัวอย่างเช่น ยาใน schedule 1 ซึ่งเข้มข้นที่สุด (ได้แก่ LSD และกัญชา) สามารถนำมาใช้จัดส่งหรือมีไว้ในครอบครองเฉพาะเพื่อการวิจัย หรือวัตถุประสงค์อื่น โดยผู้ที่ได้รับการจดทะเบียนไว้หรือไม่ไว้เพื่อใช้ทางการแพทย์ตามปกติและแพทย์ที่ไม่มีใบอนุญาตไม่สามารถสั่งยาได้ ยา ใน schedule 2 ซึ่งต้องมีการสั่งจ่ายยา ขึ้นอยู่กับจำนวนในการควบคุม ซึ่งเกี่ยวข้องกับใบสั่งแพทย์ การจัดเก็บรักษาให้ปลอดภัยและการที่ต้องมีการเก็บบันทึก ยา schedule 5 เช่นเดียวกัน ต้องขึ้นอยู่กับ การควบคุมด้านบริหารเป็นอย่างน้อยที่สุด และอาจจะให้สมารถนำเข้า ส่งออกหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อการใช้ส่วนตัวโดยอิสระ

กัญชาและกลุ่มกัญชา ที่ออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาท บางตัวและสารที่พัฒนามาจากสิ่งอื่น จัดอยู่ในกลุ่มรายการที่ 1 เนื่องจากไม่มีผลทางบำบัด ดังนั้นยาพวกนี้ใครก็ไม่สามารถสั่งได้ และสามารถมีไว้ในครอบครอง เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการวิจัยเท่านั้น ซึ่งทำได้โดยผู้มีใบอนุญาต Nabilone (กลุ่มกัญชาสังเคราะห์) ได้จดทะเบียนเพื่อสั่งจ่ายให้คนไข้ที่มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียนซึ่งมีผลเนื่องมาจากการบำบัดเคมีโรคมะเร็ง ซึ่งพิสูจน์แล้วไม่มีผลกระทบต่อยาอื่นๆ Dronabinoid (กลุ่มกัญชาชนิดหนึ่ง) ได้เปลี่ยนจาก schedule 1 เป็น schedule 2 และมีการสั่งจ่ายได้ อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ได้จดทะเบียนในอังกฤษและต้องสั่งจ่าย ตาม “ชื่อคนไข้”

มาตรา 10 ให้มีการจัดทำกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย เอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินธุรกรรม การบันทึก บรรจุภัณฑ์ และฉลาก การขนส่งและวิธีการทำลาย การสั่งจ่ายยา การจัดส่งข้อมูลเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาไปให้เจ้าหน้าที่ส่วนกลาง การจดทะเบียนของแพทย์เพื่อให้ยาควบคุมแก่คนไข้ที่ติดยาและการแจ้งเตือนล่วงหน้าโดยแพทย์ของคนไข้ที่ติดยา

The Misuse of Drugs (Supply to Addicts) Regulations 1997 มีข้อกำหนดเคร่งครัดอย่างยิ่งสำหรับแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตและสามารถสั่งจ่าย เฮโรอิน ไดเฟลิโนน และโคเคนได้ สำหรับการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดดังกล่าวมาแล้ว คนที่ถูกจับในอังกฤษ อาจจะได้รับการจัดการโดยวิธีต่างๆ กัน ซึ่งประกอบด้วย การตัดเดือนโดยตำรวจ หรือการฟ้องร้อง ตาม The Customs and Excise Act 1979 มีการยอมความ (การชำระเงินแทนการฟ้องร้อง)กันในคดีการนำเข้ากัญชาในปริมาณน้อย (10 กรัม หรือน้อยกว่านั้น) นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่อาจใช้ดุลยพินิจและไม่ดำเนินการต่อไป ทางเลือกสุดท้ายนี้จะไม่ปรากฏในสถิติอาชญากรรม



หากย้อนกลับไปในปี ค.ศ.1998 (An Act respecting Canadian citizenship, 2002) รัฐบาลของพรรคแรงงานของอังกฤษที่ได้รับเลือกตั้งใหม่ ได้ประกาศกำหนดให้มีโครงการการลดอาชญากรรม ดังนั้นรัฐบาลจึงได้นำแผนยุทธศาสตร์ 10 ปีซึ่งอิงรูปแบบคล้ายกันเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในประเทศอังกฤษ ยุทธศาสตร์มีวัตถุประสงค์ 4 ประการดังนี้

1. เพื่อช่วยเยาวชนในการต่อต้านการใช้ยาในทางที่ผิดเพื่อที่จะช่วยให้พวกเขาใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ วัตถุประสงค์หลักคือเพื่อช่วยลดจำนวนคนอายุต่ำกว่า 25 ปีที่รายงานตัวในการใช้ยาผิดกฎหมายในเดือนที่ผ่านมาและปีที่แล้ว โครงการนี้อาศัยการศึกษาในโรงเรียนและความพยายามในการป้องกันโดยเน้นเยาวชนที่อยู่ในจุดเสี่ยง

2. เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำในกลุ่มผู้กระทำผิดที่ใช้ยาในทางที่ผิดโดยให้โอกาสพวกเขาได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้ จึงได้เพิ่มทางเลือกในการบำบัดไว้หลายทางในชั้นการจับกุม การคุมประพฤติและการไปศาล นอกจากนั้นการบำบัดรักษายาเสพติดแบบใหม่และคำสั่งตรวจสอบจะมีอยู่ในทุกศาลในประเทศอังกฤษและเวลส์ โครงการนี้ช่วยให้ศาลสั่งผู้กระทำผิดไปรับการบำบัดรักษาด้วยความยินยอมของผู้กระทำผิดเป็นการคู่ขนานตามคำสั่งชุมชนอย่างอื่น หรือเป็นเสมือนคำตัดสินที่ขอบด้วยกฎหมาย นอกจากนี้ โครงการที่รู้จักกันในนาม Carats (Counseling, Assessment, Referral, Advice and Through care) มีอยู่ในทุกแห่งของประเทศอังกฤษและเวลส์และมีการวางแผนโครงการฟื้นฟูในคุกเสริมด้วย

3. ยอมรับว่าช่วงเวลาที่ยาวนาน เป็นปัญหาใหญ่อย่างหนึ่งสำหรับประชาชนที่ต้องการการบำบัดรักษาและการบำบัดรักษานั้นต่ำกว่าความต้องการ แผนของรัฐบาลจึงได้จัดให้มีการตั้งหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาแห่งชาติ (National Treatment Agency) ซึ่งจะรับผิดชอบในการจัดบริการบำบัดรักษายาเสพติดและให้บริการที่มีคุณภาพสูง แผนยุทธศาสตร์เพื่อลดความเสียหายจะเพิ่มขึ้นด้วย

4. เพื่อลดการเข้าถึงยาเสพติดในหมู่เด็กอายุ 5-16 ปี มีการจับกุมยาเสพติด class A เพิ่มขึ้น และยึดทรัพย์จากผู้ค้าเพิ่มขึ้น

ห้องบริโภคนาฬิกาในสหราชอาณาจักร

ด้วยความกังวลทางการเมืองและจริยธรรม เมื่อพิจารณาการทดลองใช้ห้องบริโภคนาฬิกา DCR ในสหราชอาณาจักร บนพื้นฐานที่ว่าห้องบริโภคนาฬิกา DCRs เสนอวิธีการทำงานที่ไม่เหมือนใครและมีแนวโน้มว่าจะทำงานร่วมกับผู้ติดยาที่มีปัญหา เพื่อลดความเสี่ยงของการใช้ยาเกิน



ขนาดปรับปรุงสุขภาพและลดความเสียหายและค่าใช้จ่ายต่อสังคม ในขณะที่จำนวนประเทศที่เพิ่มขึ้นในการใช้ห้องบริโภคนยาในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาได้แนะนำห้องบริโภคนยา (DCRs) รัฐบาลสหราชอาณาจักรยังยืนหยัดต่อการเรียกร้องสำหรับโครงการนำร่อง ขณะนี้มี DCRs ปฏิบัติการในแปดประเทศ: ออสเตรเลีย แคนาดา เยอรมนี ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปน และสวิตเซอร์แลนด์ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลสหราชอาณาจักรยังยืนหยัดต่อการเรียกร้องสำหรับโครงการนำร่องของการใช้ ห้องบริโภคนยา (DCRs) ตลอดช่วงทศวรรษสหราชอาณาจักรเป็นประเทศที่พยายามต่อสู้กับยาเสพติด ปัญหาด้วยมาตรการลดอันตราย การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี รายแรกและรายเดียวที่สำคัญของสหราชอาณาจักรในหมู่หัวฉีดเกิดขึ้นในเอดินบะระและดันดีในช่วงต้นทศวรรษ โดยการพัฒนาท้องถิ่นของการลดอันตรายต่างๆ มาตรการ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา แนวทางที่ได้รับแรงผลักดัน การสนับสนุน และความชอบธรรมมากขึ้น ACMD ซึ่งเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอิสระที่รับผิดชอบหน้าที่ให้คำแนะนำแก่รัฐบาลในด้านต่างๆ ประเด็นนโยบายยาเสพติด สรุปได้อย่างตรงไปตรงมาแนะนำว่า โอกาสในการป้องกันการดำเนินการจะต้องถูกยึดในขณะนี้หากโคกนาฏกรรมของเอดินบะระไม่ได้ให้ซ้ำกันทั่วราชอาณาจักร (Charlie Lloyd and Neil Hunt, 2007)

ข้อกังวลทางกฎหมาย การเมือง และจริยธรรม หลักฐานความต้องการ การตรวจสอบความต้องการพบว่าสหราชอาณาจักร มีปัญหามากมายที่เกี่ยวข้องกับการฉีดยาเสพติด การใช้ งาน รายงานจำนวนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาเกินขนาดที่ไม่ร้ายแรง เพิ่มความชุกของ HIV และ HCV และปัญหาผี เซลลูโลติส และอื่นๆ อย่างแพร่หลาย ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฉีด ปัญหาดังกล่าวเป็นที่แพร่หลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ประชากรผู้ใช้ ไร่บ้านในสหราชอาณาจักร ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักหรือนอนหลับยาก แม้ว่าพวกเขาที่จะหาปริมาณในสหราชอาณาจักร ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบอย่างมากต่อสังคม หลักฐานของผลกระทบของห้องบริโภคนยา DCR เอกสารการประเมินห้องบริโภคนยา DCR กำลังเติบโตทั้งในแง่ ขนาดและความเข้มงวดพร้อมการพัฒนาถึง ข้อ จำกัด

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มักเกี่ยวข้องกับผู้ใช้ที่มีปัญหาสุขภาพร้ายแรง มีเพียงรายเดียวเท่านั้น บันทึกการเสียชีวิตจากภูมิแพ้ปฏิกิริยามากกว่ายาเกินขนาด จึงพอสรุปว่าห้องบริโภคนยา DCR ป้องกันการเสียชีวิตได้อย่างแน่นอน แม้ว่าจะมีจำนวนไม่ชัดเจน ระดับที่ห้องบริโภคนยา DCR เป็น สามารถมีผลพิสูจน์ได้ต่อการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดในท้องถิ่นจะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เสียชีวิตดังกล่าวที่เกิดขึ้นและสัดส่วนและลักษณะของการฉีดยาในท้องถิ่นที่ห้องบริโภคนยา DCR สามารถ 'จับภาพ' ได้ สิ่งนี้มีความหมายชัดเจนสำหรับการเข้าถึงและเวลาเปิด



ทำการห้องบริโรคยา DCR ดูเหมือนจะมีประสิทธิภาพในการให้การรักษายาบาลและแนะนำผู้ใช้บริการด้านสุขภาพและสังคมอื่นๆ ดังนั้น มีแนวโน้มว่าที่ห้องบริโรคยา DCRs ยังสามารถนำไปสู่การลดการส่งสัญญาณของไวรัสที่เกิดจากเลือด แต่เป็นการยากที่จะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนอย่างไรก็ตาม ความเชื่อมั่นของเราว่าห้องบริโรคยา DCRs มีผลกระทบเชิงบวกในเรื่องนี้มีความกลัวว่าห้องบริโรคยา DCR จะดึงดูดผู้ใช้จำนวนมากจากนอกพื้นที่ปรากฏว่าคาดผิดหลักฐานแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้ห้องบริโรคยา DCR ส่วนใหญ่เป็นคนในท้องถิ่นที่นั่น (Charlie Lloyd and Neil Hunt, 2007)

อุปสรรคในการดำเนินการในสหราชอาณาจักร ในทางของการนำห้องบริโรคยา DCR ไปใช้ในสหราชอาณาจักร ปัญหาสำคัญในสหราชอาณาจักร การปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยยาแห่งสหประชาชาติ(1961,2514, 2531). แต่ปรากฏว่าห้องบริโรคยา DCRs มีส่วนทำให้บรรลุเป้าหมายหลายประการ จุดประสงค์ของการรักษาไม่ใช่เพียงการรักษาทางพยาธิวิทยาเท่านั้น แต่ยังลดความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับมัน (เช่นในการจัดการความเจ็บปวดอย่างรุนแรง) จากนั้นลดผู้เสพยาทางหลอดเลือดดำ ควรพิจารณาการสัมผัสกับสารก่อโรคเป็นการรักษา ดังนั้น ในขอบเขตที่ห้องบริโรคยา DCR มีส่วนช่วยในการรักษา (นิยามอย่างกว้างๆ) การฟื้นฟูและการกลับคืนสู่สภาพของยา ผู้ใช้ก็สามารถโต้แย้งได้ว่าเป็นการเติมเต็มจำนวน การบริโรคยาที่ถูกสุขอนามัย ปราศจากความเครียด และลดความเสี่ยงคือมั่นใจได้ด้วยการดูแลและควบคุมอย่างเพียงพอ ในการนำห้องบริโรคยา DCR ในสหราชอาณาจักร โครงการจากฉันทามติในท้องถิ่นและความร่วมมือที่ดีระหว่างทุกคนหน่วยงานสำคัญจะมีความจำเป็น ชุดที่ชัดเจนของท้องถิ่นกฎที่ตกลงกันในประเด็นต่างๆ เช่น การแบ่งปันยาและความช่วยเหลือให้กับหัวฉีดภายในห้องบริโรคยา DCR ก็เช่นกันข้อกำหนดเบื้องต้นที่จำเป็น สรุปว่าห้องบริโรคยา DCR สามารถขับเคลื่อนได้ในสหราชอาณาจักรโดยไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย ความเสี่ยงทางกฎหมายบางอย่างจะยังคงอยู่ แต่สิ่งเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยกฎหมายหลักและหรือกฎหมายรองที่อาจนำมาใช้ในภายหลังเมื่อศักยภาพอันตรายทางกฎหมายจะเข้าใจดีขึ้น (Charlie Lloyd and Neil Hunt, 2007)

ได้ข้อสรุป การนำร่องของห้องบริโรคยา DCR ในสหราชอาณาจักร โครงการได้รับการจัดตั้งขึ้นในขั้นต้นในการดำเนินงานที่ดีและทรัพยากรที่ดี โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและหลอดฉีดยา ในฐานะที่เป็นฉีดยาสาธารณะกลุ่มเป้าหมายหลักสำหรับห้องบริโรคยา DCRs เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวแล้วบริการจำนวนมาก ผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่นและธุรกิจเพิ่มห้องฉีดยามีแนวโน้ม



ว่า การรวมห้องบริโภคนา DCR เข้ากับเข็มที่ใช้งานในปัจจุบันและบทบัญญัติการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยายังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มต้นทุนสูง.

ข้อสรุปว่าห้องบริโภคนา DCR นำเสนอเอกลักษณ์และแนวทางการทำงานร่วมกับผู้ที่เสพยาด้วยความหวังแก้ปัญหาที่มากที่สุดเพื่อลดความเสี่ยงของการใช้ยาเกินขนาด ปรับปรุงสุขภาพและลดความเสียหายและค่าใช้จ่ายให้สังคม ความเสี่ยงของการเพิ่มขึ้นของการซื้อขายเฉพาะพื้นที่ต่อต้านสังคมพฤติกรรมและการก่ออาชญากรรม และหลักฐานการประเมินที่มีอยู่ได้แสดงให้เห็นห้องบริโภคนา DCR ที่จะไม่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นหรือลดลงในการก่ออาชญากรรม ปัญหาดังกล่าวสามารถจัดการได้ผ่านความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่ตีการปันส่วน หากต้องมีวิธีการที่มีเหตุผลในการจัดการกับอันตรายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยาในอังกฤษ แนวทางดังกล่าวควรรวมถึงการนำร่องห้องบริโภคนา DCR ด้วยวิธีนี้เท่านั้นจะสามารถประเมินประสิทธิผลของแนวทางในบริบทของสหราชอาณาจักร ในแง่ของวิธีการดำเนินการภายในเป้าหมาย ที่ตั้ง การทำงานระหว่างหน่วยงาน การบูรณาการกับที่มีอยู่บริการ และค่าใช้จ่ายในเวลา

ตัวอย่าง ที่เมืองกลาสโกว์ในสหราชอาณาจักรกำลังจะสร้าง "ห้องเสพยา" (Fix room) ซึ่งเปิดให้ผู้เสพยาเสพติดร้ายแรงอย่างโคเคนหรือเฮโรอีนเข้ามาใช้เป็นสถานที่เสพยาได้เกือบตลอด 24 ชั่วโมง ตามแบบอย่างของประเทศในแถบยุโรปหลายแห่ง เช่นสวีตเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี เดนมาร์ก สเปน รวมทั้งประเทศที่ห่างไกลออกไปเช่นแคนาดาและออสเตรเลีย ซึ่งมีห้องแบบนี้มานานหลายสิบปีแล้ว ห้องเสพยานั้นสร้างขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอัตราการตายจากการเสพยาเกินขนาด โดยสร้างพื้นที่ให้ผู้เสพยาเสพติดชนิดร้ายแรงและผิดกฎหมายเข้ามาเสพยาได้ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์หรือพยาบาล โดยผู้เสพยาจะไม่ถูกตำรวจจับกุมแต่อย่างใด ภายในห้องเสพยาจะมีพื้นที่และอุปกรณ์เพื่อการเสพยาเสพติดเตรียมไว้ให้พร้อม เช่นเข็มสะอาด แก้วน้ำ และภาชนะที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ผู้มาใช้บริการต้องนำยาเสพติดมาเอง

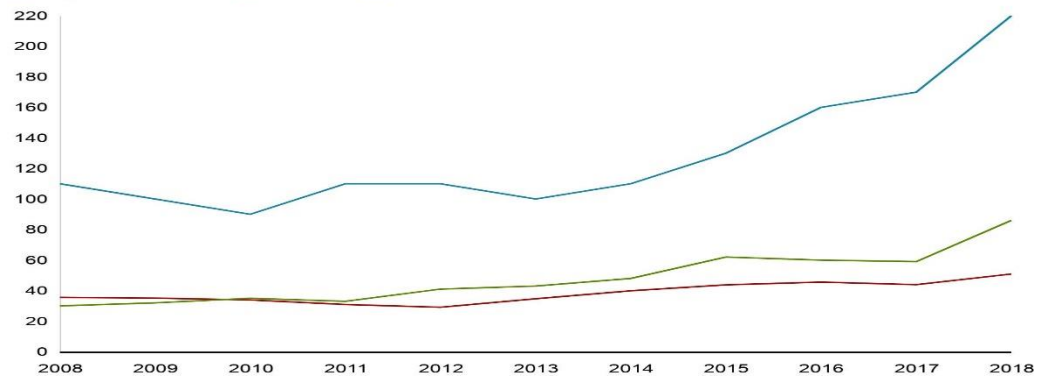


จากวิกฤตการเสียชีวิตจากยาทำให้สกอตแลนด์เรียกร้อง "แนวทางที่แน่วแน่มากขึ้น" แผนของกลาสโกว์สำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกพิเศษเพื่อให้ผู้ใช้ยาของตนเองภายใต้การดูแลทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลสกอตแลนด์แต่กฎหมายยาเสพติดสงวนไว้สำหรับรัฐบาลเวสต์มินสเตอร์

UK drug misuse deaths

Rate per million of population

— England and Wales — Scotland — Northern Ireland



Source: Government figures

BBC

ภาพที่ 1 แสดงกราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตจากยาในสหราชอาณาจักร

ผู้คนเกือบ 4,300 คนเสียชีวิตจากการใช้ยาในทางที่ผิดทั่วสหราชอาณาจักรในปี 2018 ตัวเลขสูงสุดเป็นประวัติการณ์ และตัวเลขในปีที่แล้วคาดว่าจะสูงพอๆ กัน จำนวนผู้เสียชีวิตในอังกฤษและเวลส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่อัตรายังคงต่ำกว่าในสกอตแลนด์มาก สกอตแลนด์คิดเป็นมากกว่าหนึ่งในสี่ของการเสียชีวิตด้วยยาในสหราชอาณาจักร ซึ่งมากกว่าส่วนแบ่งของประชากรมาก ตัวเลขล่าสุดแสดงให้เห็นว่ามีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดในสกอตแลนด์โดยเฉลี่ยมากกว่าสามคนต่อวัน

มีการระดมทุนเพิ่มเติมจากรัฐบาลอีก 20 ล้านปอนด์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ติดยาเขากล่าวว่าเขายังคงเชื่อมั่นว่า "แนวทางด้านสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินนี้เป็นแนวทางที่ถูกต้อง" แทนที่จะพยายามลงโทษผู้ใช้ที่ละเมิดกฎหมายช่วยชีวิต การลงทุนเพิ่มเติมนี้จะช่วยเราในความพยายามในการช่วยชีวิต" เป็นเวลากว่าสามปีแล้วที่สภาเมืองกลาสโกว์เสนอห้องบริโภคนายเป็นครั้งแรก

ทั้งรัฐบาลของสหราชอาณาจักรและสกอตแลนด์ต่างเห็นพ้องต้องกันว่าการแก้ปัญหาการติดยาเสพติดและระดับการเสียชีวิตของยาที่เพิ่มขึ้นควรมีความสำคัญเป็นอันดับแรก หัวใจสำคัญของวาระของรัฐบาลสกอตแลนด์คือแนวทางด้านสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นตัวอย่างจาก



การลดลงอย่างมากในการเสียชีวิตจากยาในโปรตุเกส มันเกี่ยวข้องกับการลดทอนความเป็นอาชญากรรมในครอบครองยาจำนวนเล็กน้อย บริการครอบคลุม และอาจมีการแนะนำ "ห้องแก้ไข" สิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้ติดยาสามารถฉีดยาได้อย่างปลอดภัยภายใต้การดูแล แต่การจะทำได้เช่นนี้ได้ รัฐบาลสก็อตแลนด์กล่าวว่า รัฐบาลต้องมีการล้มล้างนโยบายยาเสพติดและเปลี่ยนแปลงกฎหมายว่าด้วยการใช้ยาในทางที่ผิด

สรุป

ประเทศเราจึงต้องมีการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยมี “ห้องเสพยาเสพติด” โดยให้จัดให้มีพื้นที่ ห้อง หรืออาคาร ที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการยาเสพติดแห่งชาติ โดยผ่านการเสนอของคณะกรรมการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในแต่ละจังหวัด และได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดระดับชาติ เพื่อให้ใช้พื้นที่ในโรงพยาบาลจังหวัด หรือสถานีนอนาเมย์ตำบล เพื่อเป็นพื้นที่สำหรับการรับยาเสพติดและเสพยาเสพติดในช่วงเวลาที่ยาเสพติดชนิดนั้นออกฤทธิ์ ภายใต้คำสั่งของแพทย์ และการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและฝ่ายปกครอง เช่นเดียวกันกับประเทศต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว เพื่อให้เกิดศักยภาพในการจัดการกับปัญหายาเสพติดในเชิงป้องกันและบำบัดรักษา

ห้องเสพยาเสพติดให้ดำเนินการโดยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัด และการสนับสนุนในการรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อยจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง หรือผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย การจัดสถานที่และทีมงานให้บริการดูแลให้มีการเสพยาหรือใช้ให้อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของรัฐหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายนั้นให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของตัวผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงการให้ความสำคัญในเรื่องความรู้สึกปลอดภัยของคนในสังคม อีกทั้งยังง่ายต่อการที่จะแก้ไขปัญหาคาถาณเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น จึงเกิดประโยชน์กับทุกฝ่ายอย่างแท้จริง เป็นการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ครอบครัว วัด โรงเรียน มหาวิทยาลัย นายจ้าง และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการใช้กระบวนการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างแท้จริงในการบำบัดรักษา โดยวิธีการขึ้นทะเบียนผู้เสพยา ทำให้ได้ข้อมูลชัดเจนของกลุ่มผู้ใช้ยา ผู้ติดยาเสพติดที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด และมีฐานข้อมูลยืนยันรับรอง กอปรกับมีวิธีการลดอันตรายใหม่ๆ ที่มีการนำมาใช้กันหลายประเทศ ได้แก่ ห้องเสพยาเสพติด ซึ่งสามารถให้ยาเสพติดตามคำสั่งจากแพทย์ การใช้ยาเสพติดที่ผลิตโดยรัฐที่ปราศจากการปนเปื้อน การรักษาในโรงพยาบาลระบบปิด ผู้เสพยาเสพติดจะ



ยังอยู่ได้ในสังคมโดยไม่ก่ออันตรายให้กับตนเองเกินสมควร และไม่ก่ออันตรายให้กับสังคม คนกลุ่มนี้ไม่ถูกดำเนินคดีและถูกจำคุกเป็นจำนวนมากๆ ตามที่ปรากฏในทุกวันนี้

ข้อเสนอแนะ

เห็นควรให้มีต้นแบบกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อการจัดการกับปัญหาเสพติดที่ไม่ประสบความสำเร็จเพราะไม่สามารถควบคุมผู้เสพได้จริง จำแนกแยกแยะไม่ได้ว่าใครคือผู้เสพ ซื้อง่ายหรือครอบครองเพื่อเสพ ซึ่งมีฐานะเป็น “ผู้ป่วย” ที่รอการบำบัดรักษา กับผู้ค้ายาเสพติดเป็นอาชีพ ผู้ผลิต ผู้ขนส่ง ผู้นำเข้า ส่งออก นายทุนที่เป็นตัวการใหญ่ ซึ่งมีฐานะเป็น “อาชญากร” ตัวจริง ทำให้กลุ่มของผู้เสพที่เป็น “ผู้ป่วย” ต้องถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุกติดไปด้วยเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นนโยบายการปราบปรามอย่างหนักกลับช่วยทำให้ราคายาเสพติดมีราคาสูงขึ้นอีก และเกิดพัฒนาการของผู้เสพ ซื้อง่ายเพื่อเสพ ครอบครองเพื่อเสพ เปลี่ยนเป็นผู้ค้าอย่างเต็มตัวเพราะถูกระบบยุติธรรมของรัฐผลักให้เป็นเช่นนั้น และเมื่อพ้นโทษออกมาแล้วยังต้องพึ่งพายาเสพติดอยู่อีก ถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยต้องมีการจัดการกับปัญหาเสพติดด้วยวิธี “การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” ที่ใช้วิธีการแพทย์และสาธารณสุขที่ถูกต้อง และบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การรับรองของกฎหมาย “ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” เป็นพื้นฐานของการดำเนินการ

หลักการสำคัญในเรื่องนี้คือนโยบายรัฐบาลไม่สนับสนุนให้ประชาชนเสพหรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติดในทุกชนิดเพื่อเป็นการลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับครอบครัว คนรอบข้าง รวมถึงสังคมโดยรวม แต่ก็ต้องตระหนักเสมอว่าอาจมีเหตุผลปัจจัยที่ทำให้ประชาชนบางส่วนจำเป็นต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ซึ่งคนเหล่านี้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือบนหลักการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขและด้านสิทธิมนุษยชน

เพื่อเป็นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของบุคคลที่ต้องเสพยาเสพติดเป็นครั้งคราว หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพายาเสพติด และเป็นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดให้เป็นไปตามวิธีการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดการกับปัญหาเสพติดในระดับชาติและระดับจังหวัด ตลอดจนทั้งกระจายอำนาจให้ระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางและการตัดสินใจในการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลแก้ไขและช่วยเหลือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคมอย่างมีคุณค่าศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดย



ไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับตนเองและเป็นภาระต่อคนรอบข้าง อันยังให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกัน (Prevention) การบำบัดรักษา (Therapy) การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด (Drug help) ในมิติของงานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ถูกต้องแท้จริงร่วมกับบทบาทของฝ่ายปกครอง ครอบครัว ศาสนา และสถานศึกษา นายจ้าง หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยอย่างยั่งยืนสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

- กำจัด พ่วงสวัสดิ์. (2561). การเสพติด. วารสารกำลังใจ, 6(2). 33-35.
- ธานี วรภัทร์. (2564). ห้องบริโภคนยาเสพติด. วารสารกำลังใจ, 9(2). 29-34.
- อิงครัต ดลเจิม และคณะ. (2563). การพัฒนากฎหมายสาธารณสุขในการอภิบาลผู้ป่วยจากยาเสพติดในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.).
- อิงครัต ดลเจิม และธานี วรภัทร์. (2561). กระบวนการยุติธรรมกับระบบทุนนิยม. สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้าพัชรกิตติยาภา, หน้า 16.
- An Act respecting Canadian citizenship. (2002, September 30). Parliament of Canada. Retrieved from <https://www.parl.ca/LegisInfo/en/bill/37-2/c-18>
- Charlie Lloyd and Neil Hunt. (2007). Drug consumption rooms: An overdue extension to harm reduction policy in the UK. International Journal of Drug Policy, 5–9.
- Dagmar Hedrich. (2004). European report on drug consumption rooms. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Mark A.R Kleiman. and James E. Hawdon. (2011). Encyclopedia of Drug Policy. USA: SAGE Publications.
- Steve Sussman. (2017). Substance and Behavioral Addiction: Concept, Causes, and Cures. United Kingdom: Cambridge University.