대한보건연구 41권 2호 pp. 1~18(2015. 5)
Korean Public Health Research Vol. 41, No. 2, pp. 1~18(2015. 5)

위해감축 : 이론과 실제

Harm Reduction : theory and practice

문옥륜*, 김공현**
OkRyun Moon*, Kong-Hyun Kim**

*서울대학교 명예교수, **인제대학교 명예교수
*Professor Emeritus, Seoul National University
**Professor Emeritus, Inje University

Abstract

Harms exist everywhere and at any time in the world. We are, however, very much concerned with man-made or artificial harms, particularly from addictions caused by using substances such as tobacco products, alcohol, and drugs.

In this paper, we are going to overview "Harm Reduction": how it has been developed; and how it can be practised in the real situations. For this purpose, we will, at first, review harm reduction's definitions, principles, models which both major organizations and scientists concerned have suggested, Following them, we will introduce a Canadian practical case, as an example, which is guided for the harm reduction workers at the frontline to develop harm reduction programmes at their local level.

We are in the initial stage of harm reduction programme development, so that this paper can serve us as a good starting point in Korea for both experts, public health professionals, and general public interested in "Harm Reduction".

Key Words : ***Addictive Behaviors, Harms, Harm Reduction, Theory, Practice***

접수일 (2015년 3월 23일), 심사(수정)일 (2015년 4월 17일), 게재확정일 (2015년 4월 28일)

Ⅰ. 들어가는 말

"위해감축"은 1980년대 중반 경 유럽의 여러 도시들에서 주로 약물사용과 관련되는 해로움 때문에 새롭게 주목을 받기 시작하여 1990년대부터 윤곽을 드러낸 개념이지만(1-3) 오늘까지도 그에 대한 찬반의 논쟁이 끊이지 않고 계속되고 있다(4). 우리나라에서는 아직 이 용어가 관련 학계를 비롯하여 사회 전체적으로 익숙하지 않은 편이다.

그러나 세계 수많은 나라들은 이미 정책 면에서나 프로그램 면에서 이를 수용하여 고위험 행태들이 원인이 되어 발생하는 사람들의 생명과 건강상의 위해를 감축시켜 질병의 이환과 사망을 감축하는 등 긍정적 효과를 거두고 있다(5).

이 글의 목적은 현재 논의되고 있는 위해감축의 정의와 원리, 그 기원과 전파과정, 그리고 프로그램의 실제 개발사례 등 에 관한 기존 문헌을 고찰한 결과들을 제시, 우리나라에서도 이에 대한 논의를 활발히 전개하여 우리

* 교신저자 : 김공현
E-mail : gsphk21@naver.com

국민들이 고위험 행태들로 인하여 입을 해로움을 감축시켜 삶의 질을 향상시킬 수 있게 하는 데 있다.

Ⅱ. 위해감축 : 용어, 정의 및 원리

1. 용어의 선택

이 글의 핵심인 "위해감축(危害減縮)"은 영어 "Harm Reduction"을 우리말로 번역하기 위하여, 위해와 감축이란 두 낱말을 합성해서 새로 만들어 낸 용어이다. 국내 연구자들 특히 알코올과 관련된 연구들을 수행해온 연구자들 가운데는 이를 폐해감소(弊害減少)라고 번역하여 사용하는 분들도 있다. 그래서 먼저 이 용어가 가진 의미를 국어사전의 뜻풀이와 우리나라의 관련 법률에서 어떻게 표현하고 있는가를 탐색하여 그에 걸맞게 용어를 선택하려고 한다.

민중 엣센스 국어사전[1]은 위해(危害)를 "위험한 재해, 특히 사람의 생명을 위협하는 위험이나 해(害)"라고 풀이하였고, 새 국어대사전[2]은 이 위해를 영어 "Harm"과 동의어로 적시하고 있다. 그리고 앞에 말한 엣센스 국어사전은 폐해(弊害)를 "폐가 되는 나쁜 일"이라고 풀이하였다. 한 편 감축(減縮)은 "덜리고 줄어서 적어짐, 덜고 줄여서 적게 함"으로, 감소(減少)는 "덜어서 적게 함, 또는 줄어서 적어짐"이라 각각 풀이하고 있다. 특히 우리나라의 "마약류 관리에 관한 법률(법률 제11461호)"은 제1장 총칙 제1조(목적)에서 "이 법은 마약·향정신성의약품·대마 및 원료물질의 취급·관리를 적정하게 함으로써 그 오용 또는 남용으로 인한 보건상의 위해(危害)를 방지하여 국민보건 향상에 이바지함을 목적으로 한다."고 규정하고 있다.

그래서 국어사전들의 뜻풀이와 관련된 법률 조항에서의 쓰임을 감안하여 영어 "Harm Reduction"을 우리말로는 "폐가 되는 나쁜 일을 덜어서 적게 한다."는 의미를 나타내는 "폐해감소" 보다는 "사람의 생명을 위협하는 위험이나 해를 덜고 줄여서 적게 한다."는 의미를 함축하는 "위해감축"이 보다 적절할 것으로 생각하였다.

이런 이유들 때문에 영어 "Harm Reduction"을 우리말로 "위해감축"이라 번역하고 이하의 논의들에서는 "위해감축"이란 용어를 사용하려고 한다.

2. 정의

"위해감축"이란 무엇인가? 위해감축의 정의는 정의하는 주체, 맥락, 그리고 정의가 지향하는 표적에 따라 각각 달리 표현할 수 있을 것이다. 그래서 위해감축을 정의하는 주체, 맥락, 표적에 따라서 어떻게 정의하고 있는가를 살펴보기로 한다.

1) 국제위해감축협회(International Harm Reduction Association : ihra)

국제위해감축협회에서는 위해감축을 다음과 같이 정의하고 있다. 위해감축이란 합법적 혹은 불법적 향정신성물질들의 사용과 연관되는 건강상, 사회적, 경제적 위해들의 감축을 목표로 삼는 정책들과 프로그램들을 가리킨다. 위해감축은 공중보건과 인간의 기본권 등의 원리를 정착시키며, 약물사용과 연관된 문제들을 다루는 실용적이며 개인적 판단을 피하는 접근방법이기도 하다. 또한 위해감축은 소비감축 접근방법과 함께 작동하며, 약물이 없는 세계란 비현실적이므로 개인과 지역사회는 약물의 사용과 연관되는 위험들을 감축하는 도구들과 정보를 반드시 제공받아야 함을 인정한다(6).

2) 캐나다 브리티시컬럼비아 위해저감 전략과 사업(British Columbia(BC) Harm Reduction Strategies and Services, British Columbia, Canada)

캐나다의 브리티시컬럼비아 주의 '위해감축 전략과 위해감축 서비스'에서는 위해감축을 다음과 같이 정의하고 있다.

위해감축이란 인간행태의 위해한 효과들을 감축시키기 위하여, 정책과 사업화를 통해 필요한 조처들을 취한다.

1) 민중 엣센스 국어사전(제5판). 민중서관, 2001.

2) 새 국어대사전. 한국도서출판중앙회, 2000.

또한 위해감축은 개인들, 그들의 가족들, 그리고 지역사회가 보다 안전하고 보다 건강하기 위하여 관련된 정보를 제공받은 상태에서 의사를 결정하도록 지식, 수기, 자원, 지원을 제공하고 강화함을 목표로 하며, 편협한 개인적인 판단을 하지 않는 접근방법들과 전략들이기도 하다(7).

3) 미국 로스앤젤레스 홈리스 정신질환자를 위한 지역사회 모델(Community Model for Homeless People with mental Illness, Los Angeles, USA)

미국의 로스앤젤레스 시(市)의 '정신질환을 가진 홈리스들을 위한 지역사회 모델'에서 사용하고 있는 정의는 다음과 같다.

위해감축이란 약물사용, 알코올중독, 그리고 정신질환으로 인한 부정적 결과들을 감축하도록 주변의 상황을 다루어 사람들을 돕는 일련의 실천적 전략이다. 그래서 위해감축은 약물사용을 전적으로 즉각적으로 중단하게 하거나, 정신건강치료를 수용하게 하는 데에 초점을 맞추기 보다는 특정한 개인의 삶의 질, 건강, 웰빙 등의 개선을 성공의 중요한 기준으로 삼는다(8).

4) 호주 연방 보건국(The Department of Health, Australian Government)

호주 연방 '보건국'에서 내린 정의는 다음과 같다.

위해감축은 잠재적으로 위험한 행동과 연관된 위해들의 예방 혹은 감축에 초점을 두는 철학이며, 사람들이 그 같은 행동들을 실행하지 않도록 예방하는 데 초점을 맞추지 않는다. 위해감축은 약물사용의 현실성을 인정하는 실용적 개념이다. 위해감축 접근방법은 개인과 지역사회가 약물사용과 연관된 위해들을 감축시키는 것이 약물사용을 전적으로 배제하려는 기도(企圖)를 지지하는 것보다 효과적일 수 있음을 인정한다(9).

5) 영국의 위해감축동맹(United Kingdom Harm Reduction Alliance)

한편, 영국의 '위해감축동맹'은 위해감축이란 약물의 사용과 연관되어 개인, 지역사회, 그리고 사회 전체에 미치는 건강상, 사회적, 경제적 위해들을 감축시키기 위하여 실시하는 정책, 프로그램, 서비스와 활동 등을 명확히 정의하는 용어로 정의하고 있다(10).

6) G. Alan Marlatt

미국 시애틀에 있는 워싱턴대학교 중독행태연구소 소장이었던 G. Alan Marlatt 교수는 2010년에 발표한 그의 논문(11)에서 위해감축을 다음과 같이 정의하였다. Marlatt의 이 정의는 앞에서 제시한 여러 정의들을 포용하고 있는 셈이다.

위해감축이란 보다 더 안전한 사용으로부터 통제된 사용으로, 더 나아가서 금단으로까지의 범위를 관통하는 몇 가지 전략들을 통합하여 알코올과 약물 등의 사용이나 다른 고위험 행동들에서 나오는 위해한 결과들을 감축하는 실용적 접근방법이다.

대부분의 위해감축 접근방법들의 가장 중요한 목표는 "개인들이 처해 있는 현재 상태 그대로에서" 그들을 만나, 그들의 위해한 행태를 무시하거나 비난하기 보다는 주어진 행태로 인하여 발생하는 위해한 효과들을 최소화하기 위하여 개인과 지역사회가 함께 작업한다.

3. 원리

국제위해감축협회는 2010년에 발표한 한 성명서에서 약물에 대한 위해감축 접근방법은 공중보건과 인권에 대한 강력한 공약에 기초하고 있음을 강조하면서, 위해감축의 원리들(principles)을 일곱 가지로 정리하여 다음과 같이 천명하고 있다(12).

1) 국제위해감축협회의 위해감축의 원리

(1) 위험과 위해를 표적으로 삼는다.

위해감축은 구체적인 위험(risks)과 위해(harms)에 초점을 맞추는 일종의 표적 지향적 접근방법이다. 정치가, 정책입안자, 지역사회, 일선의 요원, 그리고 약물 사용자는 다음에 열거하는 것들을 확인하여야 한다.

① 특정한 향정신성 약물의 사용과 연관되는 여러 위험들과 위해들은 무엇인가?

② 그러한 위험들과 위해들의 원인들은 무엇인가?

③ 이들 위험들과 위해들을 감축시키기 위하여 무엇을 할 수 있는가?

이처럼 위해감축은 위험들과 위해들의 원인들을 표적으로 삼는다. 특정한 위해들과 그의 원인들, 적절한 중재들에 대한 결정은 문제에 관한 상응의 사정(査定)과 요구되는 활동을 필요로 한다. 특정한 위험들과 위해들을 다루는 맞춤형 위해감축 중재라면 약물사용자들을 취약하게 만드는 요인들을 반드시 고려하여야 한다.

(2) 근거를 기초로 하면서 비용-효과를 추구한다.

위해감축 접근방법들은 실용적이며, 실행 가능하고, 효과적이며, 안전하고, 비용/효과적이어야 한다. 위해감축은 현재 이용 가능한 가장 강력한 근거에 기초를 두어야 한다. 대부분의 위해감축 접근방법들은 시행하기가 쉽고, 비용이 저렴하며, 개인의 건강과 지역사회의 건강에 큰 영향을 미친다.

자원이 부족할 미래의 세계에서는 비용은 적게 소요되나 영향력이 큰 중재들이 비용이 많이 소요되나 영향력이 작은 중재들보다 선호될 때, 편익은 최대화될 수 있을 것이다.

(3) 점증적(漸增的)이다.

위해감축 실천자는 개인들이 삶에서 실천하는 긍정적 변화가 아무리 작은 것일지라도 그 변화에 의미를 부여한다. 위해감축 중재는 강압적이기보다는 촉진적이며, 개인들의 요구들에 기초를 둔다. 그러므로 위해감축 서비스들은 현실 삶의 위치에서 사람들의 요구들을 충족시키도록 디자인된다. 다수의 사람들에게 유익한 서비스는 그것이 아무리 작아도 선택된 소수의 사람에게만 큰 유익을 주는 서비스보다 지역사회 편익이 크다.

특정한 맥락 하에서의 위해감축의 목적을 한 편에는 보다 실행이 가능한 선택지를, 다른 한 편에는 실행 가능성이 조금 낮은 선택지를 배열하는 등으로 위계를 정할 수도 있다. 이 위계에서, 금단(abstinence)은 위해감축을 위하여 성취하기 어려운, 그러나 바람직한 선택으로 고려될 수 있다. 약물사용자들에게는 그들의 생명을 유지하게 하는 것이 다른 어떤 선택지들보다도 우선순위가 가장 높기 때문이다.

(4) 존엄성을 인정하고 동정심을 표하라.

위해감축 실천가는 사람을 현재의 모습 그대로 수용하고 비판하지 않는다. 약물사용자도 언제나 누군가의 아들이거나 딸이고, 자매이거나 형제이며, 아버지이거나 어머니이다. 이러한 동정심은 약물과 관련된 문제들을 가진 사람들의 가족과 지역사회에까지 미치게 하여야 한다.

또한 실천자들은 약물사용자들에게 고의적으로 낙인찍는 것을 반대한다. 사람들을 '약물남용자', '불행을 가져오는 사람', '술주정뱅이', '마약 상습자', '남용자',혹은 '사회적 악' 등과 같은 언어로 표현하는 것은 약물사용자들에 대한 고정 관념들을 영속화하고, 그들을 사회적 진보에서 뒤떨어지게 하며, 그들을 도와주지 못하게 하는 장애물들을 만들어낼 뿐이다. 전문용어와 일상의 언어도 항상 존경과 관용을 전달할 수 있어야 한다.

(5) 권리들의 보편타당성과 상호의존성을 인정하라.

기본적 인권은 누구에나 적용된다. 약물사용자도 그러한 인권을 가지고 있다. 그 같은 인권들의 예를 들면, 성취 가능한 최상의 건강 수준을 누릴 권리, 사회적 서비스를 받을 권리, 근로할 권리, 과학적 발달로부터 얻을 수 있는 편익을 향유할 권리, 부당한 구류(구금)로부터 자유로울 권리, 무자비한 비인간적 그리고 자존심을 멍들게 하는 치료로부터 자유로울 권리 등이다. 위해감축은 약물통제, 약물 예방이라는 이름으로 약물사용자에게 가해지는 고의적인 고통들과 위해들을 반대하며, 약물사용자를 존중하고 그들의 기본적 인권들을 보호하는 대응조치들을 촉진한다.

(6) 위해를 강화하는 정책들과 실천들에 도전하라.

약물과 관련된 위험들과 위해들은 그 원인이 되는 요인들이 많다. 개인의 행태와 선택, 약물을 사용하는 환경, 약물 사용을 통제하고 관리하는 법률과 정책 등을 예로 들 수 있다. 정책들과 실천사항들 가운데는 의도적이든 비의도적이든 간에 약물사용자들에게 위험과 위해를 새롭게 만들어 주거나 악화시키는 것들이 많다. 이러한 것들 가운데 몇 가지 예를 들면, 약물 사용을 법으로 금지하기, 차별 대우, 부정부패한 단속의 시행, 제한하고 징벌하는 법률과 정책, 생명을 구하는 의료와 위해감축 서비스의 거부, 사회적 불형평 등이 있다. 위해감축 정책들과 실천으로 개인행태가 변화될 경우, 그러한 개인들을 적극 지지해주어야 한다. 그러나 위험한 약물 사용 환경을 만들어내어 약물과 관련한 위해에 원인을 제공하는 국제 및 국내의 법률과 정책들에는 도전이 필수적이다.

(7) 투명성, 책임, 그리고 참여가 강조되어야 한다.

실천자들과 의사결정자들은 자신들의 중재들과 의사결정사항들에 대해서는 물론이고, 그 결과들의 성공과 실패

에 대해서도 책임을 짊어져야 한다. 위해감축은 공개적 대화, 협의, 토론 등을 적극 권장한다. 광범위한 이익당사자들이 정책의 개발, 프로그램의 시행, 전달 및 평가 등에 유의하게 관여해야 한다. 특히 약물사용자들과 영향을 받는 지역사회는 자신들에게 영향을 미치는 의사결정과정에 관여할 수 있어야 한다.

2) 캐나다 브리티시컬럼비아 위해저감 전략과 서비스 당국(BC Harm Reduction Strategies and Services, British Columbia, Canada)

캐나다의 '브리티시컬럼비아 위해감축 전략과 서비스 당국'은 2011년에 위해감축에 관여하고 있는 일선 직원들이 참고할 매뉴얼을 발행하였는데 거기에서 위해감축의 원리들을 다음과 같이 제시하였다. 그들이 제시한 원리들은 국제위해감축협회가 천명한 원리들과 크게 다르지는 않지만, 양자를 서로 비교하면 이해의 폭이 넓어질 것으로 생각되어 여기에 소개한다(7).

(1) 실용주의(Pragmatism)

위해감축은 약물사용이란 금단부터 만성적 의존까지 연속적인 행태들을 포함하며 여러 상이한 사회적 위해들을 만들어내는 복잡하고 다면적인 현상임을 인정하고, 또한 정신에 영향을 미치는 혹은 무드를 변화시키는 물질들을 비의료적으로 사용하는 현상을 보편적 현상으로 받아드린다. 그리고 약물의 사용은 위험을 수반하기도 하지만 사용자와 사회에 편익을 제공한다는 점도 반드시 고려하여야 함을 받아들여야 한다.

(2) 인권(Human Rights)

위해감축은 약물사용자가 가진 인간의 기본적 존엄성과 인권을 존중하고, 또한 약물을 사용하겠다는 약물사용자의 의사결정을 받아들이며, 약물의 사용을 비난하거나 지지하는 판단은 전혀 하지 않는다. 위해감축은 자결(自決)에 대한 개개 약물사용자의 권리를 용납하며, 능동적 약물사용이란 맥락 하에서 정보를 재대로 수용한 후 그 정보에 기초하여 내리는 의사결정을 지지한다. 특정한 개인을 위한 선택, 책임, 그리고 관리 등을 강조한다.

(3) 위해들에 초점을 맞춤(Focus on Harms)

위해감축에서는 어떤 한 개인이 약물을 사용한다는 사실이나 그 정도는 약물사용으로 기인하는 위해들에서는 이차적인 것일 뿐이다. 약물사용 그 자체를 줄이기보다는 사용자와 여타 사람들에게 미치는 약물사용의 부정적 결과들을 줄이는 데 우선순위를 둔다. 위해감축은 약물 사용의 실천행동과 그 패턴을 보다 안전하게 변화되는 것을 강조하면서도 약물사용의 연속선에 따른 모든 단계들마다 그에 적절한 전략들이 필요함을 인정한다.

(4) 중재 선택지들을 최대한 활용(Maximization of Intervention Options)

위해감축은 약물사용자가 상이한 여러 접근방법으로부터 편익을 얻을 수 있다는 것과 각각의 사람에게 확실히 작동하는 특정 예방접근방법이나 치료접근방법이 없다는 것을 받아들인다. 그래서 사람을 생존하게 하고 안전하게 하는데 도움을 주는 광범위한 중재들에 신속히 접근하고 다양한 선택지 중에서 어느 것이라도 선택할 수 있게 한다. 약물사용에 의해 영향을 받은 개인들과 지역사회를 효과적인 위해감축 전략의 창안에 관여하게 할 필요가 있다.

(5) 당면한 목표들의 우선순위(Priority of Immediate Goals)

위해감축은 약물을 사용하는 "그 사람이 존재하고 있는 곳(where the person is)"으로부터, 그리고 그 사람의 가장 절박한 요구에 초점을 맞추는 점에서 부터 출발한다. 그리고 약물사용자들이 동시에 보다 충분하고 보다 건강한 삶을 영위할 수 있게 하는 성취 가능한 중재들의 체계를 수립하려고 한다. 위해감축은 시간이 걸려서 얻어지는 점진적 수익들의 중요성에 기초를 두고 일을 추진한다.

(6) 약물사용자의 관여(Drug User Involvement)

위해감축은 약물사용자들이 자신들의 약물사용에 대한 정보의 가장 훌륭한 소스(source)이고, 약물사용으로 인한 위해들을 저감시키는 가장 적합한 중재결정에 서비스 제공자들과 함께 일하도록 역량을 강화할 필요성이 있음을 인정한다. 또한 약물사용자들이 선택사항들을 결정하고 자신들의 삶을 변화시킬 수 있는 능력을 가지고 있음을 받아들인다. 약물사용자들의 적극적 참여가 위해감축의 핵심이다.

Ⅲ. 위해감축의 관리모형

1. 모형

미국을 비롯한 세계 대부분의 국가들은 국민들의 약물 사용과 중독에 대하여 서로 경쟁적이면서도 혼란을 야기하는 다음의 두 가지 모형들을 가지고 관련된 문제들을 관리하고 있다. Marlatt는 그 두 모형 중 하나를 도덕모형(moral model)으로 또 다른 하나는 질병모형(disease model)으로 구분하여 설명하고 있다(13).

1) 전통적 중독관리모형

(1) 도덕모형

도덕모형에 기초한 약물관리정책은 불법적인 약물사용은 도덕적으로 잘못된 것이라는 가설 하에 불법적인 약물의 생산, 분배, 혹은 사용 행위 등을 모두 형벌을 받아 마땅한 범죄로 규정한다. 그래서 불법적인 약물의 생산을 원천적으로 금지시키고 그 분배체계를 통제/감시하여 공급을 감축시키며; 사용자는 체포, 구금, 격리하는 등으로 수요를 감축하는 일에 국가의 재정을 투입한다.

다시 말하면 불법약물의 생산, 공급 등은 도덕적으로 잘못된 일이므로 국가가 일련의 과정을 철저히 통제하여 소위 "공급을 감축하는 접근방법(supply reduction approach)"을 통하여 약물의 오용, 남용, 중독 등을 일으키는 약물의 공급을 원천적으로 막아 약물의 사용과 중독으로 야기되는 사회적 문제들을 일거에 해결하자는 것이다.

미국이 시행하고 있는 소위 약물과의 전쟁(War on Drugs)은 이 같은 모형의 전형을 보여주고 있다고 말할 수 있다. 미국 정부는 약물중독이 없는 사회를 만들자는 구실을 가지고 이 전쟁을 수행하면서 이웃 국가들인 콜롬비아를 비롯하여 라틴아메리카의 코카인 재배 밭들을 초토화하여 쑥대밭으로 만들어버렸고, 자국의 법정과 교도소를 약물사용자들로 넘쳐나게 만들고 있다. 또한 이 전쟁의 수행에 천문학적인 국가재정을 투입하고 있으나, 과연 이 전쟁은 언제 끝을 볼 수 있을 것이며, 그 결과는 어떻게 될 것인가? 라는 질문에 정확히 답변하지 못하고 있다.

(2) 질병모형

질병모형은 중독(알코올 중독 혹은 히 헤로인 중독)을 치료와 재활이 요구되는 일종의 생물학적/유전적 질병으로 정의한다. 국가가 인정하는 시설에서 면허를 받은 전문가에 의해 중독의 예방, 치료, 그리고 개인들의 약물에 대한 욕구와 수요의 교정 등, 즉 전문가가 중심이 되어 사용자들의 "수요 감축"(demand reduction)"을 강조한다. 그리고 그 최종으로 달성할 목표를 사용자들의 완전한 금단의 성취에 둔다. 그러나 그 결과는 예상과는 달리 중독자들의 대부분은 여전히 중독의 늪에서 헤어 나오지 못하고 있는 실정이다.

(3) 두 모형의 공통점

앞에서 예시한 약물의 사용과 중독을 해결하려는 전통적 접근방법인 도덕모형과 질병모형은 기본적 가정, 접근방법, 시행의 과정, 그리고 강조점 등을 각각 달리하고 있다. 그럼에도 두 모형들은 몇 가지 중요한 공통점들을 가지고 있다.

첫째, 궁극적 목표를 최고 수준(high-threshold)인 약물의 사용과 중독의 금단으로 정해놓고 있으며,

둘째, 사용/중독에 초점을 맞추고 있고,

셋째, 전문가를 핵심으로 하는 사업을 하향식으로 추진하며,

넷째, 법을 어기는 자와 지키는 자; 환자와 정상인; 등으로 각각 이원화하여 서로를 단절시키게 하는 것을 들 수 있다.

다섯째, 앞에 열거한 점들보다 훨씬 더 중요한 공통점은 두 모형 그 자체만으로는 그 어느 모형도 최고 수준의 목표로 추구하는 "금단"을 성취하기는 현실적으로나 실천적으로 불가능에 가깝다는 점이다.

2) 실천적 대안 : 위해감축

(1) 대안의 필요성

따라서 우리 사회가 약물의 사용과 중독으로 인하여 당사자들, 그들이 속한 가족과 지역사회, 그리고 사회 전체가 받는 고통을 해결하려는 사회적 갈등과 비용 등을 줄여서 당사자들을 포함하여 사회 구성원 모두가 행복감을 가지고 향상된 삶의 질을 누리려 한다면, 앞에서 논의된 두 모형과는 다른 새로운 대안을 모색하여 실천하는 일이 절실히 필요하다.

(2) 대안 : 위해감축

"위해감축"은 1980년대 중반부터 유럽의 몇몇 도시들에서 "약물의 사용과 중독"으로 인하여 야기되는 사회적 문제들을 해결할 가능성을 보여주는 한 대안으로 조명을 받기 시작하여 오늘날 전 세계로 번져나가 많은 국가와 자치령에서 원용하고 있다. 그때 이후로부터 지금까지 이해당사자들, 학술단체, 각국의 지방정부, 중앙정부, WHO/UN을 비롯한 국제기구, 행정/정책 관련자들 모두 불법적인 약물의 사용과 중독의 울타리를 넘어 흡연, 음주, 섹스, 도박 등의 영역에까지 그 범위를 넓히고, 이러한 "위해감축"의 정의, 원리, 그리고 실행할 방안 등을 찾아서 실천하려 노력하고 있다.

(3) 대안으로서 의 "위해감축"의 특성

약물의 사용과 중독의 문제들을 해결하려는 전통적인 도덕모형과 질병모형의 대안으로서의 "위해감축"이 가진 특성들을 몇 가지 들면 다음과 같다.

첫째, 위해감축은 중독 행태로 인하여 발생하는 효과 혹은 결과물에 초점을 두고 있다.

둘째, 위해감축은 행태를 불법행태(좌측)와 합법행태(우측)로, 사람을 환자(좌측)와 정상인(우측)으로 나누기는 하지만 둘 모두를 연속된 일직선상에 있는 양극으로 간주하고, 중독 행태로 인한 해로운 결과들을 감축시키기 위하여 여러 가지 중재, 절차, 정책 등을 통하여 가능한 한 좌측에서 우측으로 점진적으로 움직이게 하면서 변화를 일으키게 한다.

셋째, 위해감축은 세상에는 약물을 사용하는 사람들은 많이 있고, 또한 고 위험의 행태와 연루되는 사람들 역시 많다는 현실을 있는 그대로 받아들인다.

넷째, 위해감축은 절대적 금단을 정책이나 프로그램의 최고 수준의 목표로는 받아들이지만, 이 목표를 가장 낮은 목표와 가장 높은 목표 사이를 여러 단계로 나누어 놓고, 각 단계마다 성취하여야 할 표적(target)들을 설정하여 점진적으로 올라가 최고 수준의 목표를 달성하도록 정책과 프로그램을 시행한다.

다섯째, 위해감축은 상향식 접근방법을 선호한다. 다시 말하면, 약물의 사용자와 중독자들, 즉 이해당사자들이 자신들과 관련된 정책의 개발, 프로그램의 기획, 시행, 평가 등의 과정에서 중심적 역할을 능동적으로 적극적으로 수행하여 지방과 중앙 정부의 관여, 개발, 시행 등을 촉진한다.

여섯째, 위해감축은 "사람과 행태를 각각 현재의 상태 그대로 받아들인 다음" 낮은 수준에서부터 출발하여 더 높은 수준을 지향하여 점진적으로 변화하게 하여 최고 수준의 목표를 달성하게 한다.

일곱째, 위해감축은 개인과 함께 개인을 둘러쌓고 있는 사회적 맥락(social context)을 동시적으로 함께 다룬다.

2. 혁신의 전파

1) 위해감축 개념의 태동

"위해감축(Harm Reduction)"이란 용어는 1980년대 중반부터 유럽의 여러 도시들에서 정맥주사를 이용하는 약물사용자들 간에 인간면역결핍바이러스(HIV)가 크게 유행하여 그것이 그 도시들의 중요하고 시급한 공중보건문제로 부각되어 이에 대한 적절한 대처방안의 강구와 시행이 불가피하게 되면서부터 세간의 주목을 받기 시작하였다.

유럽의 도시들은 약물사용자들, 특히 정맥주사 사용자 간에 급속하게 번져서 유행되고 있는 HIV/AIDS의 확산을 차단하려는 접근방법의 하나로 주사약물사용자들이 사용했던 주사바늘이나 주사기를 소독해주거나 새로운 것들로 교환해주는 프로그램을 실시하기 시작하였다.

이들 도시의 정부와 그 도시에서 활동하고 있던 시민단체들은 당시까지 전통적으로 시행되어오던 사람들의 정신건강에 영향을 크게 미치는 약물들의 공급과 수요를 엄격하게 통제하여 국민의 건강을 유지/향상시키려 꾀했던 전통적 접근방법과는 다른 여러 가지 혁신적 중재들의 개발과 시행에서 중요한 역할을 수행하였다.

위해감축은 이러한 일련의 과정에서 전통적 접근방법들과는 다른 혁신적 대안으로 등장하여 유럽의 여러 국가들을 시작으로 호주, 북미의 캐나다와 미국, 그리고 아세아의 중국, 인도네시아, 태국 등 여러 국가들에서 정책과 실천면에서 받아들여져 널리 시행되고 있다(13).

2) 2개의 뿌리

위해감축이 전파된 경로를 추적해보면 두 개의 큰 뿌리가 찾아진다. 한 뿌리는 유럽의 내지에 속해 있는 네덜란드에서 나서 자란 뿌리이고, 다른 또 한 뿌리는 영국에

서 자란 뿌리이다. 이를 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다(13).

(1) 네덜란드 모형

네덜란드는 일찍이 1972년에 그때까지 전통적으로 시행해오던 약물정책을 변화시키기 시작하여 1976년에는 "네덜란드 아편법(Dutch Opium Act)"를 개정하였다. 개정된 아편법은 약물을 "수용불가위험의 약물(헤로인, 코카인, 암페타민, 엘 에스 디)"과 마리화나와 하쉬쉬(hashish) 같은 위험이 낮은 약물들로 구분할 수 있게 하였다. 또한 네덜란드 정부는 이를 통하여 자기들이 실용적인 정부이고, 또한 대마초(cannabis) 소비자들이 약물의 사용 그 자체로부터 오는 피해보다 형사소송절차에서 오는 더 큰 피해를 입었던 상황을 회피할 수 있도록 노력하는 정부임을 입증하였다.

보다 인간적이며 실용적인 접근방법을 지향하는 이 사회운동은 네덜란드의 약물사용자들과 중독자들 스스로 이 운동에 무엇인가를 직접 투입하도록 자극하였다. 1980년에는 소위 "마약사용자약정(Junkiebond : Junkie League)"이 로테르담에서 결성되었다. 이 조직은 중독성 환각제 사용자들을 위한 조합(trade union)의 일종이었다. 지금은 대부분의 주요 도시들에 이와 유사한 조직체들이 운영되고 있으며, 네덜란드 Junkie League의 연합회에 대표들을 보내고 있다.

이 조합은 약물사용자의 이익을 돌보는 데서부터 출발하였다. 가장 중요한 것은 사용자의 질적 열화(劣化)와 싸우는 것, 다른 말로 하면 중독자들의 주거를 포함하여 전반적 상황을 개선하는 것이었다. 이 조합의 경영철학은 약물사용자들 자신들이 자기들의 문제가 무엇인가를 가장 잘 알고 있다는 것이다. 이 조합의 업무 가운데는 methadone의 분배, 소독된 주사기의 이용 가능성, 국회의원과 경찰관서의 정책 등등에 대해서 정부의 관련 공무원들과 상담하는 업무가 포함되어 있었다.

"Junkiebond"와 연관된 중독자들의 투입은 1984년에 암스테르담에서 처음으로 주사바늘 교환 프로그램의 개발로까지 진전되었다. 지방정부의 건강서비스당국은 일주일에 한 번씩 1회용 주사바늘과 주사기를 "조합"에 전달하여 사용자들에게 분배하게 하였고, 또한 사용된 주사바늘들을 수집도 하게 하였다. 교환된 주사바늘과 주사기의 수는 1985년에는 100,000개이었던 것이 1988년에는 720,000개로 증가하였다고 한다.

(2) 영국(Merseyside) 모형

영국은 약물오남용자들이 헤로인과 코카인 같은 약물들을 치료를 이유로 처방받을 수 있는 소위 "의료화 접근방법(medicalization approach)"을 개발하여 선도하였다. 영국에서 중독자에 대한 약물처방은 1920년대의 Rolleston 위원회 추천으로 거슬러 올라간다. 이 위원회는 저명한 의사들로 구성되어 중독자들이 사용한 약물로 인해서 입을 수 있는 해로움을 줄이거나, 그들의 삶을 유용하게 이끌어주기 위해서 마약류를 사례에 따라 처방을 받도록 추천할 수 있게 하였다. 이러한 중독자들을 위한 마약류 처방은 그 이후 이어지는 수년 동안 냉대를 받았지만 이 정책은 영국의 Merseyside 주에서 계속 실시되었고, Liverpool 시(市) 주민들도 이 서비스를 받았다.

이러한 정책을 실시해온 영국의 Merseyside 주 보건당국은 1990년에 산하 도시들 가운데 하나인 Liverpool 시에서 제1차 "위해감축에 관한 국제대회(The first International Conference on Harm Reduction)"를 개최하도록 후원하여 그 대회를 성공적으로 마치게 하였다. 이를 시발점으로 유럽의 국가들을 포함하여 세계의 많은 국가들이 위해감축의 정의와 원리에 부합되는 정책들을 채택하여 그에 맞는 프로그램을 개발 시행하고 있다.

3) 국제위해감축협회(International Harm Reduction Association ; IHRA)

(1) 국제위해감축대회

1990년에 영국의 Liverpool 시에서 개최되었던 제1차 국제위해감축대회가 성공리에 폐막된 이후부터 이 국제대회는 대륙을 넘나들며 세계의 여러 국가들의 도시에서 매년 연례행사로 개최되고 있다. 제1차 대회 후 2년만인 1992년에는 유럽 대륙에서, 대서양의 남쪽으로 멀리 떨어져 있는 호주의 멜버른에서 제3차 대회가, 그리고 다시 2년이 지난 1994년에는 북아메리카 주에서는 처음으로 캐나다의 토론토에서 제5차 대회가 개최되었다.

이 국제대회는 2015년에도 아시아의 말레이시아 쿠알라룸푸르에서 10월 18일부터 21일까지 24번째로 개최될 예정이다. 아세아에서는 이 대회가 2001년에 인도의 뉴델리에서, 2003년에 태국의 치앙마이에서, 2009년에 다시 태국의 방콕에서 벌써 3차례나 개최되었고, 말레이시

아 쿠알라룸푸르에서 이번에 네 번째로 열린다.

이들 국제대회는 위해감축의 개념과 원리를 널리 퍼뜨리고, 참석자들 간에 지식과 경험을 나누며, 위해감축을 실천하는 사람들 그리고 이를 위하여 활동하는 사람들을 한 데 묶어 네트워크를 형성하는 데 크게 도움을 주고 있다(14).

(2) 국제위해감축협회의 창설

국제위해감축협회(이하 협회라 칭함)는 1996년에 호주의 남쪽에 위치한 태즈메이니아 주의 주도(州都) 호바트에서 개최된 제7차 국제위해감축대회에서 국제비정부조직(International Non-Government Organization)의 하나로 창설되어 현재 영국의 수도 런던에 본부를 두고 있다(Website: www.ihra.net)(14).

(3) 협회의 비전

협회는 기본적으로 불법 약물의 사용과 관련되는 정책의 결과로 일어나는 위해를 감축시키자는 주창(主唱)을 뒷받침하며, 약물정책의 개혁에 대해서 근거중심의 보건정책과 인권을 기초로 하는 최상의 실천적 접근방법을 촉진한다. 또한 협회는 개인과 지역사회가 불법약물 사용자의 건강, 존엄 그리고 인권을 증진하는 약물에 관한 법률, 정책, 그리고 실천 등으로부터 편익을 얻도록 전 세계적 변화를 성취하는 것을 목표로 삼고 있다(15).

(4) 협회의 주요 활동

이 협회는 초창기에는 연례행사로 개최되는 국제위해감축대회들을 서로 연계/소통하게 하고, 약물사용과 HIV에 대한 건강에 기초한 접근방법을 집단적으로 옹호하도록 촉진하는 것을 목표로 삼았다. 그 이후 이 대회는 연차를 이어나가면서 대회의 윤곽을 더욱 뚜렷하게 만들었고, 그에 발맞추어 위해감축의 개념, 접근방법, 그와 관련된 정책과 프로그램 등을 전 세계적으로 발전시켜 나가고 있다.

2006년에 이 협회는 이전까지 수행해왔던 국제위해감축대회와 관련된 업무를 뛰어넘어 공중보건 전반에 관한 연구와 분석, 그리고 인권에 관한 업무를 수행할 수 있도록 업무의 범위를 크게 확장하였다.

창립된 해로부터 15년이 지난 2011년에 "Harm Reduction International"로 그 명칭을 변경하여 현재 사용하고 있으며, 전 세계에서 8,000명 이상이 회원으로 가입해 활동하고 있다(14).

4) 국제연합과 세계보건기구의 "위해감축"에 대한 지지, 승인, 합법성 인정

국제연합과 세계보건기구는 1998년 이래 두 기구들이 합동으로 펴낸 여러 실천지침서들과 정책선언문들에서 위해감축 접근방법을 지지 승인하면서 이들의 실천을 촉진해오고 있다. 유엔에이즈계획(UNAIDS), 세계보건기구(WHO), 유엔마약범죄사무소(The United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC), 국제마약통제단(International Narcotics Board : INCB) 등은 약물(마약)들을 주사하는 사람들을 위한 각 기관의 HIV 예방, 치료 및 돌봄을 위한 종합적 중재들 가운데 마약대체치료법, 주사바늘과 주사기 교환프로그램 등을 포함하고 있다(16).

(1) 지지, 승인 및 합법성 인정

① 유엔과 그 산하기관

유엔총회와 산하 조직들이 위해감축 접근방법에 대하여 지지하거나 승인한, 그리고 합법성을 강조한 구체적 예들 가운데 몇 가지를 요약하면 다음과 같다.

a. 1998년 약물수요 감축에 대한 지침 원리들에 관한 선언문을 총회에서 채택.

b. 2001년 HIV/AIDS에 관한 공약 선언문을 특별총회에서 채택하면서 지지.

c. 2006년 HIV/AIDS에 관한 정책선언문을 총회에서 채택하면서 승인.

d. 2007년 HIV 예방을 강화하기 위한 UNAIDS의 실천지침서에 "위해감축" 대책들을 포함.

e. 2008년 약물사용이 건강과 사회에 미치는 해로운 효과를 감축시키기 위한 UNODC(유엔마약범죄사무소)의 종합접근방법에서 지지

f. 2009년 유엔인권고등판무관은 인권과 위해감축을 약물정책의 관건이라 주장

g. 유엔총회는 매년 개최되는 총회 시마다 세계의 약물문제의 대응은 유엔헌장의 목적과 원리들, 특히 인권법과 완전히 일치하게 수행되어야 한다는 결의문을 채택해 오고 있다. UN의 인권과 관련된 산하기관들은 위해감축 서비스의 제공을 관련 국제법이 이행을 요구하는 의무의 하나로 해석한다.

② 세계보건기구

세계보건기구는 유럽지역사무처(2202년), 동지중해지역

사무처(2005년) 등의 결의문들을 통하여, 그리고 본부의 필수의약품목록(2007년), 기술보고문서(technical paper: 2004년) 등을 통하여 위해감축 프로그램을 지지하고 승인하였으며, 회원국들이 이를 강화하여 널리 소개할 것을 촉구하였다. 또한 UN의 관련 산하기관들(UNODC, UNAIDS)과 2004년에 공동으로 발표한 정책 브리핑과 보고서에서도 이를 지지하고, 승인하였고, 그 합법성을 강조하면서 위해감축 중재들을 시행하기 위하여 UNODC, UNAIDS 및 국제비정부기구들(NGOs)과 긴밀하게 네트워크를 형성하여 사업을 적극적으로 추진하고 있다.

(2) 근거에 대한 국제적 검토

위해감축 접근방법, 즉 소독된 주사기구들에 대한 접근성 제고, 마취약 대체요법, 지역사회를 기반으로 하는 현장 서비스 등을 포함한 위해감축 중재들이 HIV와 관련된 위험한 행태들을 감축시키는, 그래서 약물을 주사로 사용하는 사람들 가운데서 HIV, C형 간염, 기타 혈액으로 전염되는 바이러스들 등의 유행을 예방하는 가장 효과적이며, 비용-효과가 가장 높은 수단이라는 일관된 강력한 근거들이 현재 많이 있다. 이 근거들을 검토하여 발표된 대표적 예를 들면 다음과 같다.

① 미국 의학연구원(Institute of Medicine, USA)

2006년에 발행한 “Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence”라는 책자를 통하여 근거들을 종합적으로 검증한 후 권고사항들을 근거에 의해 제공하였다.

② 세계보건기구

a. 2004년에 발행한 “Evidence for Action Technical Papers : Effectiveness of Drug Dependence Treatment in HIV Prevention”,

b. 2007년에 발행한 “Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons : Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies” 등을 통하여 근거를 종합적으로 검증하였다.

5) 세계적 지지 현황

2012년 현재, 97개의 국가 혹은 자치령들이 (1) 국가 정책문서들에서 “위해감축”에 분명한 지지 표명(83개국; 2010년보다 4개국 추가), (2) 주사바늘 교환 프로그램 운영(86개국; 2010년보다 4개국 추가), (3) 마약대체 프로그램 운영(77개국; 2010년보다 7개국 추가), (4) “약물소비방(drug consumption rooms)” 제공 등 네 가지 항목 중에서 하나 혹은 그 이상의 항목들을 운영 혹은 실시하고 있었다. 이들 국가들의 대륙별 분포와 그들이 실시하는 항목들을 살펴보면 Table 1과 같다(17).

표에서 특히 우리나라가 속해 있는 아세아의 현황을 주목하여 살펴보면, 19개의 국가 혹은 자치령의 명칭이 적시되어 있다. 국가별로 상황을 좀 더 알아보면 다음과 같다. 아프가니스탄(1, 2, 3 항목), 방글라데시(1, 2, 3 항목), 캄보디아(1, 2 항목), 중국(1, 2, 3 항목), 홍콩(1, 3 항목), 인도(1, 2, 3 항목), 인도네시아(1, 2, 3 항목), 마카오(1, 2, 3 항목), 말레이시아(1, 2, 3 항목), 몰디브(3 항목), 몽골(2 항목), 미얀마((1, 2, 3 항목), 네팔(1, 2, 3 항목), 파키스탄(2 항목), 라오스(1 항목), 필리핀(1, 2 항목), 대만(1, 2, 3 항목), 태국(1, 2, 3 항목) 등으로 수록되어 있다.

위에 열거한 대부분의 국가들이 1, 2, 3 항목은 실시하고 있으나 아직은 “약물소비 방(들)”을 제공하고 있는 국가나 자치령은 전혀 없는 것으로 파악되었다.

북아메리카에서는 캐나다가 1, 2, 3, 4 항목 모두를 수용하고 있으나 미국은 1, 2, 3 항목만을 수용하고 있었다. 우리와 같이 세계보건기구 서태평양지역사무처에 소속된 호주는 1, 2, 3, 4 항목 모두를, 그리고 유럽의 독일, 룩셈부르크, 네덜란드, 스페인, 스위스 등 역시 1, 2, 3, 4 항목을 모두 수용하고 있었다.

사하라 남부 아프리카에서도 케냐, 모리셔스, 세네갈, 세실리스, 남아프리카, 탄자이냐, 잔지바르 등 7개국도 이미 받아드리고 있었고, 중동 및 북 아프리카에서도 이집트, 이란, 이스라엘, 요르단, 레바논, 모로코, 오만, 팔레스타인, 시리아, 튀니지 등 10개 국가나 자치령이 받아드리고 있었다.

Table 1에서 살펴볼 수 있는 바와 같이 아세아에서도 중국을 포함하여 19개 국가들이, 그리고 전 세계적으로는 93개국들(자치령 포함)이 위해감축 접근방법을 국가의 HIV, 바이러스성 간염 및 약물 사용 정책이나 전략으로 수용하여 각국들이 자신들의 상황에 따라 다각적으로 실천하고 있었다.

그러나 협회가 2012년에 펴낸 보고서에 의하면 우리 대한민국을 아직까지 이들 4개의 항목들 가운데서 어느

Table 1. Countries or territories employing a harm reduction approach in policy or practice

Country or territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	Needle exchange programmes operational	Opioid substitution programmes operational	Drug consumption room(s)
ASIA				
Afghanistan	O	O	O	X
Bangladesh	O	O	O	X
Cambodia	O	O	X	X
China	O	O	O	X
Hong Kong	O	X	O	X
India	O	O	O	X
Indonesia	O	O	O	X
Macau	O	O	O	X
Malaysia	O	O	O	X
Maldives	X	X	O	X
Mongolia	X	O	X	X
Myanmar	O	O	O	X
Nepal	O	O	O	X
Pakistan	O	O	X	X
PDR Laos	O	X	X	X
Philippines	O	O	X	X
Taiwan	O	O	O	X
Thailand	O	O	O	X
Vietnam	O	O	O	X
CARIBBEAN				
PuertoRico	X	O	O	X
Trinidad and Tobago	O	X	X	X
EURASIA				
Albania	O	O	O	X
Armenia	O	O	O	X
Azerbaijan	X	O	O	X
Belarus	O	O	O	X
Bosnia & Herzegovina	O	O	O	X
Bulgaria	O	O	O	X
Croatia	O	O	O	X
Czech Republic	O	O	O	X
Estonia	O	O	O	X
Georgia	O	O	O	X
Hungary	O	O	O	X
Kazakhstan	O	O	O	X
Kosovo	O	O	O	X
Kyrgyzstan	O	O	O	X
Latvia	O	O	O	X
Lithuania	O	O	O	X
Macedonia	O	O	O	X
Moldova	O	O	O	X
Montenegro	O	O	O	X
Poland	O	O	O	X
Romania	O	O	O	X
Russia	X	O	X	X
Serbia	O	O	O	X
Slovakia	O	O	O	X
Slovenia	O	O	O	X
Tajikistan	O	O	O	X
Turkmenistan	X	O	X	X
Ukraine	O	O	O	X
Uzbekistan	O	O	X	X

Country or territory	Explicit supportive reference to harm reduction in national policy documents	Needle exchange programmes operational	Opioid substitution programmes operational	Drug consumption room(s)
LATIN AMERICA				
Argentina	O	O	X	X
Brazil	O	O	X	X
Colombia	O	X	O	X
Mexico	O	O	O	X
Paraguay	O	O	X	X
Uruguay	O	O	X	X
MIDDLE EAST and NORTH AFRICA				
Egypt	X	O	X	X
Iran	O	O	O	X
Israel	O	O	O	X
Jordan	O	X	X	X
Lebanon	O	O	O	X
Morocco	O	O	X	X
Oman	X	O	X	X
Palestine	X	O	X	X
Syria	O	X	X	X
Tunisia	O	O	X	X
NORTH AMERICA				
Canada	O	O	O	O
United States	O	O	O	X
OCEANIA				
Australia	O	O	O	O
New Zealand	O	O	O	X
SUB-SAHARAN AFRICA				
Kenya	O	X	O	X
Mauritius	O	O	O	X
Senegal	X	X	O	X
Seychelles	X	X	X	X
South Africa	X	O	O	X
Tanzania	O	O	O	X
Zanzibar	O	X	X	X
WESTERN EUROPE				
Austria	O	O	O	X
Belgium	O	O	O	X
Cyprus	O	O	O	X
Denmark	O	O	O	X
Finland	O	O	O	X
France	O	O	O	X
Germany	O	O	O	O
Greece	O	O	O	X
Iceland	nk	X	O	X
Ireland	O	O	O	X
Italy	O	O	O	X
Luxembourg	O	O	O	O
Malta	O	O	O	X
Netherlands	O	O	O	O
Norway	O	O	O	O
Portugal	O	O	O	X
Spain	O	O	O	O
Sweden	O	O	O	X
Switzerland	O	O	O	O
United Kingdom	O	O	O	X

* Source : Harm Reduction International. The Global State of Harm Reduction 2012. pp14-15.

항목도 수용하지 않고 있는 국가로 파악되고 있는 것으로 나타났다. 앞으로 정부는 위해감축 접근방법에 대하여 이해를 넓혀가면서 사회적 공론을 수렴하여 적절한 프로그램을 개발, 시행, 평가하고, 학계는 정부가 이와 관련되는 정책을 수립하여 시행할 수 있는 과학적 근거를 마련하며, 정부는 이와 관련된 새로운 사업과 연구를 지원하여 위해감축 관련 프로그램들을 적극 시행할 수 있는 정책을 만들고, 법적 정비를 하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

Ⅳ. 개발 사례 : 기초자치단체의 위해감축 프로그램

캐나다의 브리티시컬럼비아는 2011년에 만든 “위해감축” 훈련 매뉴얼을 통하여 지방자치단체가 “위해감축”(약물사용과 관련하여)에 대응하는 방안을 개발하는 과정(8개의 단계)과 각 단계별 요령들을 예시하였다. 이들이 예시한 방안을 8단계로 나누어 설명되는 과정과 각 단계의 요령(18)을 소개하면 다음과 같다.

이 예시는 앞으로 우리나라의 지방자치단체들이 위해감축 전략들을 개발하려고 할 때 참고자료로 이용할 수 있을 것으로 생각된다.

1. 제1단계 : 주요 이해당사자들을 함께 모이게 한다.

지방자치단체는 예방 가능한 약물과 관련된 위해를 파악하고, 이를 물질남용을 다루는 다른 사업들, 특히 치료를 받고 있는 사람들과 어떻게 연계시킬 것인가를 파악한다. 이를 위한 준비회의는 가능한 한 소규모로, 그러나 자치단체의 지도자, 법 집행기관(검찰, 경찰)의 대변자, 지역사회 지도자, 교육당국자, 보건당국자 등이 참석하게 하여야 한다.

2. 제2단계 : 담당책임부서와 조직을 새롭게 지정하거나 만든다.

준비회의를 개최한 다음에는 핵심 그룹이 위해감축과 연관이 되는 부서들과 기관들을 포함하여 조직을 만들어 낸다. 이 조직은 앞으로 정확한 정보를 제공하고, 지역사회의 토론을 촉진하며, 지역사회의 지지를 조장하고, 이와 관련된 쟁점에 대한 이해를 시키는 등 개발과정을 수행해나가야 할 것이다.

이 핵심 그룹은 자치단체의 지도부서가 이끌어 나가는 것이 아주 바람직하다. 구조는 의회의 한 위원회, 시장 직속의 태스크그룹, 혹은 지방 위해감축추진단 등의 형태를 취할 수 있다. 이 지도부서의 역할과 책임 등이 참여자들을 위해서 구체화 되어야 한다. 행정적 지원을 이용하는 방법은 진행하는 지역사회 동원을 지속하는 데, 그리고 자치단체의 위해감축 전략의 개발과 시행을 조정하는 과정에서 결정적 몫을 한다.

의사소통계획을 반드시 개발하고, 그 계획이 제 몫을 다하게 하여야 한다. 일반 주민들과 잠재적 이해 당사자들이 사업의 진척에 대한 정보를 계속적으로 받게 하는 것 역시 중요하다. 해당 지역 대중매체와 밀접하게 관련을 맺는 것이 그 지역의 일반주민들이 정확한 정보를 가지게 하는 데 중요하다.

3. 제3단계 : 지역사회의 주요 협조자들을 파악하라.

앞에서 말한 핵심 그룹은 발기한 사업을 보다 확대하기 위하여 조직에 관여할 잠재적 참여자 명단을 작성한다. 지역사회에서 신임을 받는 사람이 이 작업을 수행할 강력한 적임자일 수가 있다. 위해감축을 개발하는 초창기 사업들 가운데는 약물 이용자들의 삶을 개선하기 위하여 약물 이용자들과 직접 일을 수행해서 그들의 신뢰를 받는 사람들의 참여에 의해 강화되는 사업들이 많다. 이러한 예로 현장에 나가서 약물 이용자들을 도와 그들의 문제들을 다루는 요원을 들 수 있다.

문제가 되는 물질을 본인 스스로 사용해 본 경험을 가진 개인들을 포함시키려는 노력을 최대한 기울여야 한다. 이러한 개인들은 현재도 그러한 물질을 사용하면서 지역사회의 도움을 구하려는 사람일 수도 있고, 현재는 사용을 중단한 이전 사용자일 수도 있다. 또한 보건, 사회 서비스, 교육, 경찰/검찰 당국에서 대표로 참여하는 사람들이 될 수도 있다. 이러한 협력자들을 찾아낼 수 있는 후

보지/기관들로는 중독치료시설, 경찰관서, 약국, 사회사업소, 교회, 보건소/지소, 정신보건시설, 기타 지역사회의 기관/단체들이다.

이 단계에서 공동의 과정을 강화하기 위하여 하여야 할 일들을 몇 가지 제안하면 다음과 같다.

1) 비전(vision)과 미션(mission) 성명서를 개발한다.

여기에서 비전성명서란 만일 개발한 최초의 사업이 성공하면, 지역사회가 어떻게 보일 것인가를 기술한 것이다. 미션성명서는 비전을 성취하기 위하여 사업을 어떻게 추진해 나갈 것인가를 표현한 것이다.

2) 기대하는 것들을 분명히 한다.

그룹 구성원들이 수행할 역할과 맡을 책임을 개발하라. 앞으로 구성원으로 가입할 수 있는 기준들이 무엇인가를 개발하라.

3) 사람들마다 당면한 문제에 대한 쟁점들을 이해한다고 가정하지 않는다.

모든 구성원들이 질 높은 정보를, 그리고 지침을 모두가 획득할 수 있게 보장하라.

4) 여러분의 제안서를 지역사회의 기존 조직들과 토론하면서, 그들이 그 사업 가운데서 어떤 것을 받아들일 가능성이 있는가를 알아보라.

4. 제4단계 : 요구사정을 시행하고, 지역의 서비스 목록을 만든다.

요구사정을 세밀하게 시행하여 그 결과를 기초로 위해감축 서비스 면에서 충족되지 못한 요구의 수준을 결정한다. 지역사회는 건강, 교육, 경찰 등 기존의 자료 소스(source)들로부터 도움을 받아야 한다. 그리고 자료 소지자들이 위해감축 종합전략의 개발, 시행, 사정, 평가 등을 지원하기 위하여 필요한 자료들의 수집을 돕도록 격려한다.

해당 지역사회에서 시행되고 있는 기존의 예방, 치료, 지원 및 시행 서비스들을 감사(監査)한다. 각각 서비스들 간에 격차가 있는가? 서비스에 대한 현재 수요와 향후에 출현할 수요 간에 짝이 맞지 않는 것이 있는가? 그리고 무엇이 이용 가능한가? 사용자들이 이들 서비스들을 얻는 데 방해하는 장애물들이 있는가?

자치단체의 위해감축 전략은 반드시 실질적인 정보에 기초를 두며, 계속적으로 모니터 되고, 평가되는 것 등이 중요하다.

5. 제5단계 : 그 지역에서만 독특하게 수행되는 위해감축 전략을 개발한다.

요구사정, 지역 서비스 감사, 문제가 있는 물질의 사용에 대응하기 위한 기존 조직의 계획들과 주요 이해당사자들의 조언 등으로부터 얻은 정보를 사용하여 자치단체 위해감축 종합전략의 안을 작성한다. 위해감축 종합전략은 적어도 다음과 같은 성분들이 구비되어 있어야 한다.

1) SMART 목표들(Goals)과 목적들(Objectives)

(1) 구체적이며(Specific),

(2) 측정이 가능하고(Measurable),

(3) 성취가 가능하며(Achievable),

(4) 결과 지향적이고(Results oriented),

(5) 시한(Time limited) 등이 있어야 한다.

2) 전략적 접근방법

(1) 근거에 기초한 중재들로 위해의 짐(burden)을 최소화하라.

이들 중재들은 근거에 기초한 위해감축 대책들로, 특히 약물과 관련된 위해를 수용이 불가할 정도의 수준까지를 경험한 지역사회의 구성원들을 표적으로 삼는다. 이들은 위해의 수준을 유의하게 감축시키는 것을 목표로 삼는다. 지역사회들은 주의를 요하는 물질의 형태와 사용자 그룹을 구체화하여 사용자 그룹의 특별한 관심사를 다루는 근거 중심의 중재들을 추구하게 한다.

(2) 기존의 서비스와 하부구조를 강화한다.

여기에서는 기존의 위해감축 노력을 강화하고, 물질 사용으로 인하여 생기는 위해들을 감축시키기 위한 다부문적 접근방법들을 촉진함을 목표로 삼는다. 예를 들면, 지

자체들이 자기가 속한 광역자치단체들의 건강당국자들, 그리고 지역사회에서 관련 서비스들을 제공하고 있는 자들과 협의 하에 위해감축 프로그램들의 수립, 지역 서비스들의 협동과 통합을 지지하는 분명한 지침들의 개발에 방해되는 장애들을 파악하여 제거하도록 권면을 하는 등이다.

또한 지자체들은 이웃 지역사회 그리고 같은 광역자치단체에 속해 있는 다른 지자체들과 협의/조정하기 위한 기회들을 파악하여야 한다. 위해감축 종합전략의 개발에서 한 지역사회가 가진 문제들이 다른 지역사회에서는 반복되지 않도록 반드시 주의하여야 한다.

(3) 주요 요소들

다음의 성분들을 구비한 종합적이고, 통합된, 그리고 균형이 잡힌 전략을 개발한다.

① 예방

위해감축은 예방으로부터 출발한다. 효과가 있는 예방 전략들은 사람들이 정보를 갖게 하고, 그래서 건강에 이로운 선택을 할 수 있는 기회들과 지원적 환경들을 조성해낸다. 원격지 서비스(outreach services)와 지역사회와 학교가 통합된 상태에서 시행되는 위해감축 교육이 예방 전략들 가운데 좋은 예의 하나이다. 위해의 예방은 약물의 지나친 투여의 예방과 관리, 주사바늘의 교체, 감독을 받으며 소비하는 시설 등을 통하여 HIV 혹은 C형 간염의 감염과 같은 물질 사용으로 인한 건강상의 결과들의 감축에 도움이 될 수 있다.

② 치료

치료도 위해감축의 중요한 성분의 하나이다. 치료를 통하여, 물질을 의존하는 사람들이 자신들의 물질 사용을 관리할 수 있게 되고, 금단(abstinence)과 회복으로 지향하여 움직이게 지원받을 수 있기 때문이다. 치료 서비스에는 해독, 지원적 회복, 요양시설에서의 돌봄, 약물 요법, 그리고 일차보건의료 등이 포함된다. 특히, 치료 서비스는 의지하는 사람들로부터 격리된 사람과 현재 정신건강 상의 쟁점들을 가진 사람에게 중요하다.

③ 지역사회 지원들

주거(housing) 역시 위해감축에는 대단히 중요하다. 많은 사람들은 안정된 삶을 영위할 채비가 안 되어 있다는 이유만으로 예방 프로그램들과 치료 프로그램들에 접근이 불가능하거나 연계를 유지할 수가 없게 된다. 비상시, 과도적인, 그리고 지원적인 주거(住居)는 약물 사용을 계속하는 사람들, 그리고 회복 중에 있는 사람들 모두가 이용 가능하여야 한다. 사람들이 지역사회와 재통합하도록 도울 수 있는 지원들 가운데는 낮은 수준(low threshold)의 정신건강 및 중독 서비스, 지역사회에서의 확실한 원격구제활동(outreach), 생활과 직업을 위한 수기 훈련과 지원적 고용 등이 포함된다.

④ 단속(enforcement)

경찰은 불법 약물들을 사용하는 사람들과 직접적인 접촉을 규칙적으로 가진다. 그래서 경찰관들은 문제가 있는 물질의 사용으로 생기는 위해를 감축시키도록 개인들과 지역사회들을 도울 수 있는 좋은 위치에 있다. 경찰은 각성원(sobering center), 주사바늘 교환 등과 같은 위해감축 서비스를 위한 프로토콜 개발 과정에서 건강 서비스를 제공하는 전문가들과 밀접하게 동역함으로서 이러한 돕는 일을 수행할 수 있다.

(4) 역할과 책임

지자체 위해감축 전략을 시행하면서 직면하는 도전과 과제들은 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫째는 지역사회 파트너들이 맡아야 할 역할과 짊어질 책임들을 보여주는 도해(圖解)를 그리는 것이고, 둘째는 기관들 간의 조정/협의를 위한 분명한 의정서(議定書)와 지침서를 제정(制定)하는 일이다. 예를 들면, 지자체들은 미래의 기획과 서비스의 전달이 전략적 목적들을 고려하고, 지자체들의 규정에 의한 권한과 이들 목적의 달성을 지원하는 기존 서비스들의 충분한 이용을 보장하는 의사결정 기전, 그들 자신들의 기획을 검토하며, 미래의 기획과 서비스 전달을 분명히 안내해주는 “위해감축” 정책을 개발하기로 동의하는 일 등을 들 수 있다.

6. 제6단계 : 지역사회를 동원하고 전략을 시행한다.

1) 지역사회를 총동원하는 목적(purpose)은 다음과 같다.

(1) 지역사회에 정보를 제공하고 그들의 견해에 귀를 성심으로 기울이기 위하여,

(2) “위해감축”을 받아들임에 있어서 수반되는 장애물들을 감축시키기 위해서,

(3) 지역사회가 지고 있는 쟁점과 문제들에 대한 거부를 극복하기 위해서,
(4) 들려주는 견해 하나하나에 존경심을 가지고 경청함을 실증하기 위해서,
(5) 프로젝트에 대한 지역의 주인노릇을 증진하기 위해서,
(6) 개인들과 조직 간에 협의/조정을 발전시키기 위해서.

2) 총동원하는 방법

(1) 대중교육

지역사회가 지자체의 위해감축 전략을 널리 알리는 일에는 과거에 성공한 지역사회 동원 전술을 사용하는 것이 가장 좋다.

효과적인 대중교육은 쟁점들에 대한 인식을 높이고, 위해감축 정책의 실천에 요구되는 지역사회의 지원을 증가시킨다. 지역사회 상담은 지역사회 구성원들에게 위해감축 전략에 대한 정보를 제공하고, 그것들에 대한 관심을 일으키는 쟁점들을 파악하며, 또한 잠재적 지지자들과 비평가들을 파악하는 값있는 기회를 제공한다.

(2) 정보 제공의 필요성

대중에게 정보를 제공하는 이벤트들은 위해감축과 같은 논쟁적 쟁점을 다룰 때 특별히 도움이 된다. 이들 이벤트들은 목적과 확실한 정보를 공유하며, 오해를 다룰 수 있는 기회를 제공해 준다. 지역사회는 쟁점들에 대해서 어떠한 결정을 하지 않을 수도 있지만 훌륭한 근거를 가지고 있고 바람직한 목적들을 가지고 있는 어떤 전략에 대해서는 장차 진지하게 고려할 수 있을 가능성이 있을 것이다.

공개 모임들은 어떤 지역사회가 그 관심을 표현할 수 있는, 그리고 정보와 조언을 경청할 수 있는 중요한 길이기도 하다. 모임을 효과적인 모임이 되게 조직하는 방법은 여러 가지가 있다. 즉 패널 토론, 정보를 많이 가지고 있는 연설자에 의한 프레젠테이션, 영상물이나 비디오 보기, 지역사회 주민, 지자체 공무원들, 지역의 위해감축 서비스 제공자들 간에 질의응답하기 등을 예로 들 수 있다.

(3) 정보 제공 방법

정보를 가지고 대중에게 다가가는 방법들도 여러 가지를 사용할 필요가 있다. 기술된 정보를 대중매체에 전달하는 방법, 과정을 이끄는 공무원들이 지역의 대중매체들과 면담을 하는 방법, 기술된 정보와 설문지들을 시민들에게 나누어 주는 방법 등을 생각할 수 있다.

7. 제7단계 : 시행을 모니터하고 필요하면 방향을 조정한다.

전략의 시행을 지역사회 파트너와 상담하면서 규칙적으로 모니터하는 것이 중요하다. 시행을 모니터 할 경우, 질문할 주요 사항들은 다음과 같다.

1) 전략이 시의에 맞게 시행되고 있는가?
2) 자원들이 효율적으로 효과적으로 배치되고 있는가?
3) 지역사회 파트너들과 일반인이 진척에 만족하는가?
4) 목표와 목적들은 충족되고 있는가? 등이다.

8. 제8단계 : 결과를 널리 알게 전한다.

지역사회 파트너들이 흥미를 계속하여 가지게 하고 지원을 지속적으로 하게 하려면 그들에게 규칙적으로 정보를 제공하는 것이 대단히 중요하다. 구체적인 의사소통 전술들로는 매체의 상황보고, 보고서, 웹사이트, 지역사회 모임, 지역의 신문들에 끼워 넣기 등이 포함된다.

Ⅴ. 맺는 말

위해감축은 오늘 우리 사회에서는 혁신적 용어이다. 그러나 유럽에서는 1980년대부터 위해를 감축할 수 있는 서비스를 요구하는 목소리가 삶의 현장에서부터 들리기 시작하여 1990년 중반부터 활발한 논의를 거쳐 지금은 국제적으로 제 모습을 갖추고 있다. 따라서 우리나라 보건학계에서도 이 개념을 논의하여 실용화하자는 생각은 그렇게 진부한 사고만은 아니라고 하겠다.

예를 들면, 네덜란드의 도시에 거주하는 속칭 “약물중독자들”은 약물을 주사로 투약하였다. 이 때, 이들은 일단 사용한 주사기와 바늘을 재사용하는 것이 일상사였다. 그 과정에서 혈액으로 전염 또는 감염되는 질병들(예: HIV/AIDS, B형 간염)이 예상외로 급속히 광범위하게 번지는 사태에 직면하게 되었다. 이에 놀란 당사자들과 공

중보건을 담당하는 일선의 직원들을 포함한 정부의 관계자들, 보건학계, 모두가 새로운 접근방법의 모색이 절실함을 느끼게 되었다. 그들이 모두 합심하여 창안해 낸 접근방법/전략이 바로 "위해감축"이다.

그들을 포함하여 우리들이 이 같은 사태를 해결하려는 전통적 접근방법은 소위 이분법에 기초를 둔, 곧 "예"가 아니면 "아니요"로 나눈 다음 "아니요"를 "예"로 변화시키는 하향식 접근방법/전략이다. 이를 좀 더 구체적으로 말하면, 약물 중독자와 정상인, 담배 흡연자와 비흡연자, 술꾼과 정상인, 도박꾼과 정상인, 도색가와 정상인 등등으로 각각 양분해놓고 전자를 모두 완전히 변화시켜 후자로 되돌려 놓는 것을 목표로 삼고, 이의 성취를 향해 일로매진하지 않았든가 싶다.

그러나 그러한 변화의 실현이 현실적으로 가능하였든가 하고 묻지 않을 수 없다. 당사자가 아닌 사람들은 왜 그렇게 못하느냐고 쉽게 말하지만 당사자들은 모두가 그렇지 않을 수도 있다. 그렇게 변화하여 "정상"이 될 수 있었다면 그 지경이 되지도 안 했을 것이다. 덜 해롭게 할 수 있는 단계에서부터 시작하여 "정상(正常)"을 지향하여 한 걸음 한 걸음 점진적으로 걸어 나아가면 안 될까? 위해에 빠진 사람들 자신들로부터 시작하여 전문가들이 합세해 모두가 함께 실행하는 극히 실용적이며 인간적인 접근방법/전략, 이것이 이른 바 상향식 "위해감축"접근방법이고 전략이다.

우리도 이제부터라도 "위해감축"에 대해서 차분히 바른 길을 탐색해 그것들을 실천하여 약물, 흡연, 음주, 도박, 도색에 빠진 우리들의 형제자매들을 끌어안아 정상으로 변화되게 도와줌으로써 우리 모두의 삶의 질을 향상시키자고 제언하고 싶다.

왜냐 하면, "위해감축", 그것은 기술적으로 실행이 가능하며, 철학적으로는 인도주의적이고, 정책적으로도 수용가능하고 효과적인 접근방법이고 전략이기 때문이다.

참 고 문 헌

1. Erickson PG. Harm reduction: what it is and is not. Drug Alcohol Rev. 1995;14(3):283-285.
2. Single E. Defining harm reduction. Drug Alcohol Rev. 1995;14(3):287-290.
3. Riley D., Sawka E., Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper. Substance Use & Misuse. 1999;34(1):9-24.
4. Collins SE., Clifasefi SL. Current Status, Historical Highlights, and Basic Principles of Harm Reduction. In Marlatt GA., Larimer ME. eds. Harm Reduction ; Pragmatic Strategies for Managing Hihg-Risk Behaviors(2nd Ed.). New York: The Guilford Press; 2012, p 3-35.
5. Cook C., Bridge J., Stimson GV. The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. In: Rhodes T., Hedrich D. Harm Reduction: evidence, impact and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010, p 37-56.
6. International Harm Reduction Association. The Global State of Harm Reduction 2008. London: International Harm Reduction Association; 2008 p 10.
7. BC Harm Reduction Strategies and Services. Harm Reduction Training Manual: A Manual for Frontline Staff involved with Harm Reduction Strategies and Services. BC: BC Harm Reduction Strategies and Services; 2010, p 5-6.
8. Community Model for Homeless People with Mental Illness. What is Harm Reduction? Available from communitymodella.org/downloads/Part1.pdf.
9. The Department of Health, Australian Government. Harm Reduction. In: National Hepatitis Resource Manual 2nd Edition. The Department of Health, Australian Government. 2008. Available from http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/--
10. The United Kingdom Harm Reduction Alliance. statement on the meaning of 'harm reduction': Definition of harm reduction. UK Harm Reduction Alliance. Available from : www.ukhra.org/harm_reduction_definition.html.
11. Marlatt GA., Witkiewitz K. Update on Harm-Reduction

Policy and Intervention Research. Ann. Rev. Clin. Psychol. 2010;6:591-606.

12. Harm Reduction International. What is harm reduction? Harm Reduction International. Available from http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction.
13. Marlatt GA. Harm Reduction: Come As You Are. Additive Behaviors. 1996;21(6):779-788.
14. Harm Reduction International. History. Harm Reduction International. Available from http://www.ihra.net/history.
15. Wikipedia, the free encyclopedia. Vision of Harm Reduction International. Wikipedia. Available from : http://en.wikipedia.org/wiki/Harm_Reduction_International.
16. International Harm Reduction Association and Human Rights Watch International Support for Harm Reduction : An overview of multi-lateral endorsement of harm reduction policy and practice. London: International Harm Reduction Association and Human Rights Watch. 2009.
17. Harm Reduction International. The Global State of Harm Reduction 2012. London; Harm Reduction International. 2012. p 14-15.
18. BC Harm Reduction Strategies and Services. Harm Reduction Training Manual: A Manual for Frontline Staff involved with Harm Reduction Strategies and Services. BC: BC Harm Reduction Strategies and Services; 2011, p 13-17.