

Marjolijn Uitzinger  
Wydział Prasy, Informacji i Kontaktów Publicznych  
Rada Miejska Amsterdamu - 1992 r.

## **POLITYKA WOBEC NARKOMANII W AMSTERDAMIE**

### **I. Wstęp**

Amsterdam, który liczy ponad 700000 mieszkańców, jakkolwiek jest stolicą Holandii, to jednak nie jest metropolią porównywalną z Berlinem, Londynem czy Paryżem. Może on jednak pochwalić się wieloma cechami wielkiego miasta takimi jak: klimat społeczny i kulturalny, rola ośrodka handlowego, wielokulturowy skład jego ludności.

W Amsterdamie ujawniają się również ciemne strony organizmu miejskiego. Miasto boryka się z wieloma problemami związanymi z narkomanią. Przestępczość i dewiacyjne zachowania narkomanów zakłócają zarówno życie mieszkańców jak i odwiedzających miasto turystów. Ponadto rozpowszechnianie się wśród narkomanów choroby AIDS stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Są to więcej niż wystarczające powody, by władze miejskie uczyniły wszystko co potrafią dla polepszenia sytuacji. Eksperymenty, innowacje i konsultacje ze wszystkimi zainteresowanymi stronami pozwoliły miastu z czasem rozwinąć pragmatyczną politykę. Politykę określającą priorytety zgodnie z odczuciami władz miejskich. Zaangażowane w sprawę instytucje, władze miejskie, policja, sądy, publiczna służba zdrowia i agencje pomocy społecznej połączyły swoje siły dla wprowadzenia środków umożliwiających osiągnięcie najlepszych efektów.

Policja miejska stara się głównie walczyć z handlem narkotykami, przestępstwami związanymi z narkomanią, zapobiegać narkomanii i zmniejszać konsumpcję narkotyków. Celem jest zminimalizowanie szkodliwych skutków dla społeczeństwa jako całości. Poprzez programy rehabilitacji czyni się wszystko co możliwe, by pomóc narkomanom w zerwaniu z nałogiem. Jeśli się to nie udaje, podejmowane są różne wysiłki by zredukować szkody

psychiczne i fizyczne ponoszone przez jednostki. Powstrzymanie rozpowszechniania się AIDS jest następną ważną kwestią.

Jednym z powodów, dla których Amsterdam wybrał takie podejście do narkomanii jest fakt, iż „twardsze” metody stosowane w innych krajach nie przyniosły rozwiązania problemu narkomanii. Co więcej, mniej subtelne, bardziej bezkompromisowe podejście nie pasowałoby do holenderskiego stylu myślenia, a z pewnością nie pasowałoby do mentalności mieszkańców Amsterdamu.

Narkomania jest problemem społecznym, a doświadczenie nauczyło nas, iż problemów społecznych nie można rozwiązać przez stosowanie przemocy. Z tego powodu Amsterdam wybrał „trzecią drogę”, nie totalną walkę z narkomanami, nie tworzenie rajów dla narkomanów, ale całościową kampanię mającą na celu zmniejszenie szkód wyrządzanych społeczeństwu przez narkomanów i zorganizowanie tym narkomanom, którzy wyrażą chęć, pomocy. Nie możemy po prostu pomachać magiczną pałeczką i spowodować zniknięcie problemu. Jest to problem zbyt złożony i niektóre jego aspekty nigdy nie będą rozwiązane. Ale nasze podejście okazało się użyteczne. Liczba narkomanów stopniowo zmniejszała się, a narkomani HIV-pozytywni nie „pączkowali”. Innymi słowy, być może nie rozwiązaliśmy problemu narkomanii, ale wzięliśmy go pod kontrolę.

Prezentowane opracowanie przedstawia informacje o problemie narkomanii i podejściu amsterdamskim oraz jego efektach.

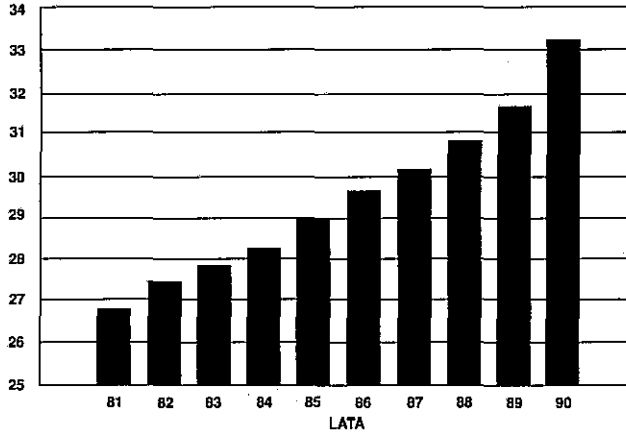
## **2. Kilka faktów i liczb**

W Holandii, której ludność wynosi ok. 15 milionów, liczba narkomanów używających narkotyków twardych, ustabilizowała się w granicach od 15 000 do 20 000. Około 6 000 - 6 500 narkomanów mieszka w Amsterdamie i zbliżona liczba ok. 5 500 - 6 000 (30%), żyje w Rotterdamie. Pozostali rozproszeni są w Hadze, Utrechcie i w ponad 60 mniejszych miastach. Amsterdam różni się od pozostałych trzech dużych miast jeśli chodzi o wielkość problemu, a także jeśli chodzi o jasne sformułowanie problemu i zastosowanie specyficznego zintegrowanego podejścia do narkomanii.

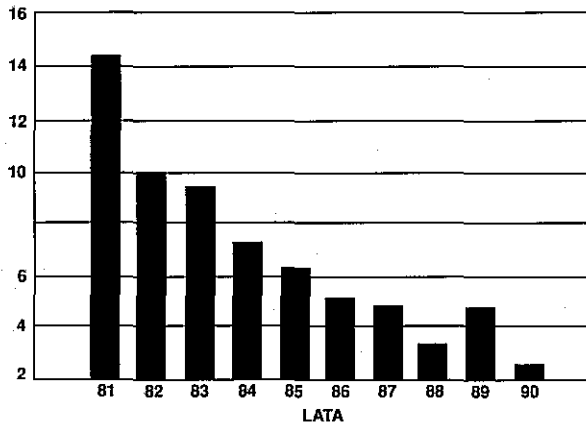
Gdy w opracowaniu tym używamy terminu „narkomanii” (addicts) mamy na myśli narkomanów używających heroinę. Jeśli chodzi o narkomanów w Amsterdamie dysponujemy następującymi danymi. Około 1 500 narkomanów pochodzi z Surinamu, Antyli Holenderskich lub Maroka. Kolejne 2 500 pochodzi z kontynentu europejskiego, głównie z Niemiec lub

Włoch. Wśród nich tylko około 1 000 narkomanów przebywa w Holandii całkowicie legalnie. Pozostali narkomani są Holendrami.

Wykres 1  
Wiek narkomanów stosujących twarde narkotyki



Wykres 2  
Odsetki narkomanów stosujących twarde narkotyki w wieku poniżej 22 lat.

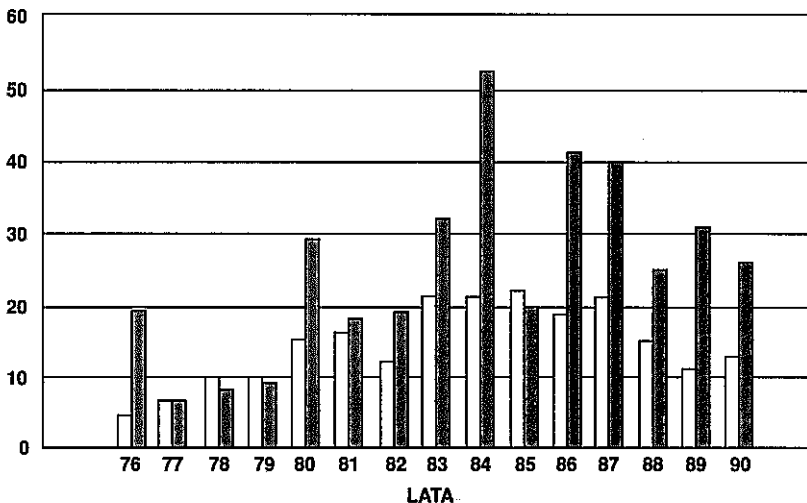


Z czasem narkomani zaczynają przyjmować równolegle coraz więcej środków, łącząc z heroiną: kokainę, alkohol, środki uspokajające. Między rokiem 1981 a 1991 miał miejsce wzrost przeciętnego wieku narkomanów z 26 do 32 lat i spadek odsetka narkomanów w wieku niższym niż 22 lata z 14,4% w roku 1981 do 2,5% w roku 1991. Stało się tak, ponieważ coraz mniejsza ilość młodzieży rozpoczyna branie narkotyków. Zdecydowanie największa grupa narkomanów to mężczyźni: stanowią oni 70% wśród białych i nie mniej niż 90% narkomanów wśród mniejszości etnicznych. Heroina jest zażywana na wiele sposobów. Około 40% narkomanów przyj-

muje ją w formie iniekcji, a pozostałe 60% pali papierosy nasycone heroiną lub inhaluje się na modłę chińską ze srebrnej folii. Metody te mają wiele wspólnego z pochodzeniem narkomanów. Narkomani pochodzący z mniejszości etnicznych rzadko używają igieł, podczas gdy 40% Holendrów i 70% narkomanów w innych krajach europejskich stosuje właśnie iniekcje.

Iniekcja heroiny jest ryzykowna. Szczególnie niebezpieczne jest używanie igieł, z których uprzednio korzystał ktoś inny, ponieważ może to doprowadzić do infekcji HIV i poważnych schorzeń wątroby wywołanych przez wirusa żółtaczki. Już od roku 1985 przeprowadza się anonimowe badania epidemiologiczne wśród narkomanów. Bardzo ostrożne szacunki wskazują, iż około 30% ogólnej ilości narkomanów przyjmujących heroinę w formie iniekcji jest HIV-pozytywnych. Odsetek ten utrzymuje się na stałym poziomie przez ostatnich kilka lat.

Wykres 3  
Zgony z powodu przedawkowania narkotyku



Stabilizacja ta jest faktem pozytywnym, chociaż oczywiście nie ma powodu do radości. Infekcja HIV prowadzi do choroby i zgonu. W celu zminimalizowania dalszego rozszerzania się wirusa HIV, narkomanom stworzono możliwość wymiany używanych igieł na nowe i wielu narkomanów z tego korzysta.

W czerwcu 1991 roku, w Holandii zarejestrowanych było 1737 osób chorych na AIDS, a 135 spośród nich było narkomanami. Nastąpił znaczny spadek ilości przypadków ostrej hepatitis B wśród narkomanów: z 26 w roku 1984 do 5 w roku 1989. Niestety liczba ta zwiększyła się do 34 przypadków w roku 1990.

Z czasem wystąpiło także zmniejszenie zgonów narkomanów wskutek przedawkowania. Zgony z tego powodu są szczególnie częste wśród cudzoziemców z Europy i nieco rzadsze wśród narkomanów holenderskich. Narkomani wywodzący się z grup mniejszości etnicznych raczej palą heroinę, co w tym aspekcie niesie mniejsze zagrożenie.

W roku 1990 wskutek przedawkowania zmarło w Amsterdamie 39 narkomanów, 24 cudzoziemców z Europy, 13 Holendrów i 2 narkomanów pochodzących z mniejszości etnicznych. W roku 1988, 1989 i 1990 ilość zgonów była mniej więcej podobna: 40, 42 i 39. W latach 1983 - 87, wartość ta była znacząco większa; wynosiła przeciętnie 60 przypadków rocznie.

### **3. Zasady holenderskiej polityki wobec narkomanii**

Główne zasady polityki amsterdamskiej wobec narkomanii zostały przyjęte także przez inne miasta i wywierają znaczący wpływ na politykę państwową. Jakkolwiek poszczególne akcenty i instrumenty działania mogą być różne, każde holenderskie miasto w obliczu względnie rozpowszechnionej narkomanii trzyma się ogólnie tych samych zasad. Polityka ta opiera się na dwóch przesłankach: wzmocnieniu efektywności Ustawy o Opium regulującej kryminalne aspekty handlu narkotykami i wprowadzeniu zapobiegawczych środków w zakresie zdrowia publicznego i działań społecznych. Punktem wyjścia jest tutaj dążenie do minimalizacji zagrożeń wynikających z przyjmowania narkotyków dla każdego poszczególnego narkomana oraz społeczeństwa jako całości. Podejście to jest pragmatyczne, ponieważ skierowane jest na osiągnięcie maksimum efektywności. Podejście emocjonalne i dogmatyczne pozostawałoby w sprzeczności z kulturą holenderską i tradycjami a ponadto, jak udowodniono w innych krajach, podejście dogmatyczne tworzy więcej problemów niż ich rozwiązuje.

#### **Prawo a narkomania**

Już od roku 1976, podejście holenderskie, różniące się w kilku kwestiach od rozwiązań przyjętych w innych krajach, wyraża się w Ustawie o Opium. Zasadniczą cechą tej Ustawy jest rozróżnienie pomiędzy narkotykami łagodnymi i twardymi, to jest narkotykami z których zażywaniem łączy się „niemożliwe do zaakceptowania” ryzyko. By uniknąć w tym miejscu nieporozumień wyjaśnijmy, iż łagodne narkotyki są pochodnymi cannabis (konopii indyjskich), takimi jak marihuana i haszysz, a termin narkotyki twarde odnosi się w Holandii do heroiny, kokainy, LSD, amfetaminy i XTC.

Ustawa o Opium także wyraźnie oddziela handel narkotykami od zażywania narkotyków. Posiadanie narkotyków dla własnych potrzeb nie jest karane tak ostro jak posiadanie ich w celach handlowych. Podział ten ma na celu uniknięcie traktowania narkomanów jak recydywistów kryminalnych.

Handel lub posiadanie dużych ilości twardych lub miękkich narkotyków, to znaczy ilości przewyższających potrzeby jednostki, jest ostro karane wyrokami wieloletniego więzienia i/lub grzywnami. Eksport i import twardych narkotyków jest traktowany jako najpoważniejsze przestępstwo kryminalne i podlega karze maksymalnej do dwunastu lat więzienia i/lub grzywnie do 100 tys. guldenów. Sprzedaż, przewóz i produkcja narkotyków są zagrożone karą do ośmiu lat więzienia. Maksymalny wyrok za import lub eksport pochodnych konopii indyjskich sięga czterech lat więzienia. Posiadanie małych ilości łagodnych narkotyków dla celów osobistych (mniej niż 30 gram) jest uznawane raczej za wykroczenie niż czyn kryminalny i jest karane więzieniem do jednego miesiąca. Jednakże, jeśli jednostka która posiada twarde narkotyki dla własnego użytku popełni przestępstwo, może być według prawa skazana na rok więzienia.

Na gruncie przedstawionych rozwiązań prawnych opracowano wskazówki dotyczące wykrywania i ścigania powyższych czynów karalnych. Ustanowiono podyktowane interesem społecznym priorytety i dokonano odpowiednich wyborów. Działalność dochodzeniowa policji jest skierowana na przestępstwa, które mogą najbardziej zaszkodzić społeczeństwu. Innymi słowy, ludzie, którzy palą marihuanę od czasu do czasu nie są obiektem ogólnego „polowania na czarownice”, ale czyni się wszystko dla zminimalizowania obrotu narkotykami zarówno łagodnymi jak i twardymi.

Działania śledcze i ściganie są prowadzone zgodnie z ustaleniami podejmowanymi na regularnie przeprowadzanych konsultacjach, w których bierze udział burmistrz, prokurator i komisarz policji. W Holandii to burmistrz jest odpowiedzialny za utrzymanie ładu i porządku oraz ogólne dowodzenie policją w mieście. Prokurator podlega ministrowi sprawiedliwości i jest odpowiedzialny za ściganie i karanie czynów karalnych. Oznacza to, iż komisarz policji podlega burmistrzowi oraz prokuratorowi. Dla zapewnienia optymalnej koordynacji burmistrz, komisarz policji i prokurator regularnie omawiają wszystkie kwestie, w ramach spotkań, które uzyskały nazwę „konsultacyjne trójki”.

W Holandii nie podejmuje się żadnych wysiłków skierowanych bezpośrednio na wykrycie faktu posiadania lub sprzedaży mniejszej niż 30 gram ilości łagodnego narkotyku, można więc powiedzieć, iż czyny takie są

„tolerowane”. W pewnej ilości miast, włączając Amsterdam, te małe ilości środków są sprzedawane w sposób jawny w kawiarniach. Celem takiej „tolerancyjnej” zasady jest ochrona użytkowników względnie mało niebezpiecznych narkotyków od popadnięcia w zależność od układów nielegalnych, które mogłyby uczynić ich podatnymi na wejście na margines życia społeczeństwa i zmusić ich do kontaktów z handlarzami twardymi narkotykami i wszystkimi zagrożeniami jakie się z tym łączą. Badania pokazują, iż w obecnym stanie rzeczy bardzo niewielu narkomanów zmienia narkotyki łagodne na twarde.

Poza utrzymaniem prawa i porządku, równie ważnym elementem holenderskiego podejścia do narkotyków są placówki publicznej służby zdrowia i agencje pomocy społecznej.

Tutaj, główne elementy to:

- na poziomie lokalnym i regionalnym powinna istnieć sieć placówek pomocy medycznej i społecznej dla narkomanów,
- narkomani powinni mieć łatwy dostęp do tego typu pomocy,
- powinna być promowana rehabilitacja społeczna narkomanów i byłych narkomanów.

#### **4. Polityka władz Amsterdamu**

Typowy dla amsterdamskiego podejścia do narkomanii jest pragmatyzm połączony z pakietem różnych zapobiegawczych działań oraz współpraca różnych instytucji włączonych w walkę z narkomanią. Można to uznać za podejście realistyczne. Problem narkomanii istnieje i nie wydaje się, by mógł być kiedykolwiek rozwiązany. Dlatego lepsze są jakiegokolwiek działania na rzecz zminimalizowania zagrożeń i szkodliwych oddziaływań na resztę społeczeństwa niż prowadzenie bezskutecznej wojny przeciw wszystkiemu, co ma cokolwiek wspólnego z twardymi narkotykami.

W Stanach Zjednoczonych wykazano, jak bezcelowa i w istocie rzeczy prowadząca do skutków odwrotnych do zamierzonych, może być taka walka. Jej efektem jest zamknięcie się narkomanów w obrębie nielegalnego układu i ich niedostępność dla działań prewencyjnych, działań o charakterze socjalnym i zdrowotnym oraz zwiększona podatność narkomanów na zwrócenie się ku działaniom kryminalnym dla uzyskania narkotyków, których potrzebują. Mając na uwadze powyższe doświadczenia, Amsterdam stworzył pewną ilość programów pomocy narkomanom, polegających na dostarczaniu substancji alternatywnych (takich jak programy metadonowe). Ten sposób działania z pewnością nie oznacza, iż Amsterdam jest rajem dla

narkomanów, gdzie każdy może swobodnie używać i handlować narkotykami, gdzie heroina jest rozprowadzana bezpłatnie, a każdy narkoman jest uprawniony do uzyskania pomocy. Wręcz odwrotnie, prewencja i zniechęcanie do brania narkotyków są głównymi komponentami podejścia amsterdamskiego. Czyni się zatem wiele wysiłków by zwalczać handel narkotykami i ograniczyć szkodliwe efekty narkomanii dla społeczeństwa. Aż do wczesnych lat osiemdziesiątych, politykę władz amsterdamskich charakteryzowała ogromna tolerancja wobec narkomanów. Uczyniło to Amsterdam bardzo atrakcyjnym miejscem dla narkomanów z zagranicy i zaowocowało rozszerzeniem się problemu.

Narastała świadomość potrzeby zatrzymania tego procesu i faktu, iż narkotyki nie są problemem wyłącznie z zakresu zdrowia publicznego, ale także pogwałceniem porządku społecznego. W roku 1984, wspierana szeroką aprobatą publiczną, wprowadzona została nowa polityka, kontynuowana aż do dnia dzisiejszego. Politykę tę charakteryzują następujące elementy:

- a) Policja, instytucje opieki społecznej i służby zdrowia oraz ośrodki kulturalne współpracują ze sobą w ramach „zintegrowanego” podejścia do narkomanii. Za koordynację odpowiadają władze miejskie.
- b) Narkomania jest zwalczana poprzez wprowadzanie programów prewencyjnych, zniechęcanie narkomanów z zagranicy do przyjeżdżania do Amsterdamu i podejmowanie aktywnych działań przeciw handlowi narkotykami i przestępstwom związanym z narkomanią.
- c) Uciążliwości wywołane przez narkomanów w niektórych miejscach w mieście są ograniczane do poziomu minimalnego. Jednostki powodujące uciążliwości mogą być pozbawione prawa dostępu do określonych części miasta przez pewien okres czasu.
- d) Poprzez docieranie do tak dużej ilości narkomanów jak to tylko możliwe i prowadzenie systemu rejestracji, utrzymuje się ogólny wgląd w naturę i rozmiary problemu heroinowego.
- e) W celu zmniejszenia zagrożeń dla samych narkomanów oraz dla społeczeństwa w całości, placówki medyczne i pomocy społecznej koncentrują się na pomocy narkomanom, którzy jeszcze nie chcą lub nie są w stanie zaprzestać przyjmowania narkotyków. Metadon jest rozprowadzany wśród narkomanów zarejestrowanych jako mieszkańcy Amsterdamu i chcących podać swoje personalia.
- f) Narkomani są motywowani do zaprzestania przyjmowania narkotyków i udziału w programach rehabilitacji i robi się wszystko, by włączyli się z powrotem do życia społecznego. Już od roku 1984, ważnym



celem dodatkowym jest ograniczenie rozprzestrzeniania się AIDS. Wszystkie elementy działań mają to na uwadze.

Program metadonowy i kontrola rozpowszechniania AIDS odgrywają tak centralną rolę w amsterdamskim podejściu do narkomanii, iż zasługują tutaj na specjalną uwagę.

## 5. Program metadonowy

Metadon jest syntetycznym narkotykiem, który był wynaleziony w Niemczech w roku 1941, pierwotnie jako środek zwalczania bólu, a w Stanach Zjednoczonych był stosowany w latach 60-tych do leczenia narkomanów uzależnionych od heroiny. Jest to substancja uzależniająca, która może być podawana w ściśle określonych ilościach w postaci tabletki lub jako płyn. Gdy heroina jest czynna tylko przez kilka godzin, efekt działania metadonu trwa co najmniej 24 godziny. W Holandii, metadon jest używany w celu dotarcia do osób uzależnionych od heroiny i pomocy w ustabilizowaniu zażywania przez nich narkotyków oraz ułatwienia im przejścia przez okres głodu narkotycznego (objawy zespołu abstynencyjnego). Program metadonowy jest znany w kraju i za granicą, ale uważany jest za kontrowersyjny.

Doświadczenia pokazują, iż dostarczanie substancji zastępczych jest efektywnym sposobem utrzymywania kontroli nad problemem uzależnienia, ograniczenia zachowań zakłócających życie społeczne i ochrony narkomanów przed chorobami i zgonami. Wszystkie miasta holenderskie stojące wobec problemów związanych z narkomanią, wprowadziły programy metadonowe.

Amsterdamski program metadonowy został rozpoczęty w roku 1979 i był pierwotnie skierowany do narkomanów pochodzących z Surinamu. Ich sytuacja materialna oraz stan zdrowia psychicznego i fizycznego był znacznie gorszy w tym czasie, niż w przypadku innych narkomanów. W szczególności przedmiotem troski był ich stan zdrowia. Władze Amsterdamu zdecydowały się na poszerzenie istniejących placówek dla tej grupy i rozpoczęcie programu metadonowego.

Program metadonowy podporządkowany został Miejskiemu Wydziałowi Medycznemu i Opieki Zdrowotnej. Uważano, iż Wydział Opieki Zdrowotnej z dyspozycyjnym personelem medycznym i pielęgniarским, dobrymi możliwościami organizacyjnymi i operacyjnymi, podporządkowany władzom miejskim stanowiłby najlepsze zaplecze dla tego rodzaju programu. Ustawodawstwo holenderskie zezwala na dystrybucję metadonu i może on

być przepisany przez lekarzy. Co więcej, wszyscy w Amsterdamie tak dobrze znają Miejski Wydział Opieki Zdrowotnej, iż nie mają oporów by się z nim kontaktować. Podobnie jak projekt wymiany igieł, również program metadonowy wywoływał początkowo gorące dyskusje dotyczące zasad polityki zdrowotnej i zasad etycznych. Jest faktem poza dyskusją, iż ludzie przyjmujący metadon nadal są uzależnieni i że w istocie lekarze pomagają im w podtrzymywaniu zależności, chociaż zgodnie z lekarskim kodeksem etycznym powinni narkomanów „leczyć”. Jednocześnie władze miejskie były realistyczne w stopniu wystarczającym, by mieć świadomość, iż osiągnięcie przez narkomana stanu, gdy chce i może przerwać przyjmowanie narkotyków wymaga wiele czasu, a niektórzy nigdy takiego stanu nie osiągną. Zatem jeszcze raz punktem wyjścia był pragmatyzm. Dystrybucja metadonu umożliwia ludziom, którzy nie są jeszcze w stanie przerwać przyjmowania narkotyków, prowadzenie mniej lub bardziej normalnego życia. W roku 1982 władze Amsterdamu zdecydowały się na rozszerzenie programu i otwarcie go również dla innych narkomanów. Był to początek systemu realizowanego również dzisiaj, przydzielania codziennej porcji metadonu. Rozdział dokonywany jest w dzielnicowych ośrodkach zwalczania AIDS i przez dwie mobilne placówki dystrybucji (autobusy), które docierają do pewnej liczby stałych miejsc lub w okolice, gdzie zbierają się codziennie narkomani.

Procedura jest następująca. Narkomani zgłaszają się do jednej z czterech placówek walki z AIDS, gdzie są badani, czy rzeczywiście pozostają w stanie zależności od narkotyków. Ustalona zostaje dawka metadonu i informacja ta jest przekazywana personelowi placówki mobilnej. Tam narkoman otrzymuje każdego dnia podpisaną jego nazwiskiem fiolkę metadonu.

Nie każdy jest upoważniony do udziału w tym programie. Konieczne jest spełnienie następujących kryteriów:

- utrzymywanie regularnych kontaktów (co najmniej raz na trzy miesiące) z lekarzem ogólnym lub lekarzem z wydziału opieki zdrowotnej,
- umieszczenie nazwiska narkomana w centralnym rejestrze metadonowym,
- cudzoziemcy są uprawnieni do udziału w programie tylko wtedy, gdy są zarejestrowani jako mieszkańcy Amsterdamu,
- narkomani nie mogą zabierać metadonu do domu,
- zabronione są zachowania agresywne i gwałtowne.

By zapewnić możliwie sprawną dystrybucję metadonu, nie stawia się żadnych dalszych wymogów, takich jak badanie moczu, by sprawdzić czy

klienci przyjmują ponadto nielegalne środki, czy obowiązkowe spotkania z pracownikiem socjalnym. Ogólnie, klienci programu nadal przyjmują również środki nielegalne, ale przyjmowanie metadonu oznacza, iż potrzebują ich w znacznie mniejszej ilości. Nie muszą więc popełniać przestępstw by mieć pieniądze na ich codzienną porcję.

Ostre wymagania dotyczą tylko narkomanów, którzy chcą być leczeni w jednej z czterech placówek dzielnicowych. Celem działania tych placówek, gdzie około 2000 narkomanów otrzymuje pomoc medyczną bez przyjmowania do szpitala, jest ograniczenie spożycia narkotyków do akceptowanego minimum. Narkomani otrzymują metadon w postaci pastylek, wymagana jest zatem większa odpowiedzialność osobista niż w przypadku narkomanów otrzymujących swoją dawkę metadonu w formie płynu w placówce ruchomej. Klientom nie zezwala się na łączenie metadonu z używaniem innych narkotyków i jest to kontrolowane poprzez badania moczu. Klienci, którzy łamią te zasady przestają być leczeni w placówkach dzielnicowych i przekazywani są placówce ruchomej.

Podejmowane są wysiłki dla zmniejszenia dawek, by klienci powoli, ale na pewno zaprzestawali jednocześnie brania oprócz metadonu innych narkotyków, jakkolwiek często jest to dla nich krok zbyt trudny. Klienci są jednak w stanie, w wielu przypadkach, ograniczyć przyjmowanie narkotyków do akceptowanego poziomu. Gdy jednostka zaczyna funkcjonować względnie dobrze i jest w stanie przejąć za siebie odpowiedzialność, pojawia się pragnienie odejścia z placówki pomocy i przejścia pod opiekę własnego lekarza ogólnego. W ten sposób dokonuje się zerwanie ostatnich więzi z układem narkomańskim.

W Amsterdamie praktykuje pewna liczba lekarzy zajmujących się dystrybucją metadonu. Leczą oni ogółem 1 400 pacjentów, po około 10 każdy. Współpracują oni ściśle z miejskim wydziałem zdrowia, który jest gotowy przyjąć pacjenta z powrotem do programu metadonowego, jeśli pojawia się jakiś problem. Tak bliska współpraca lekarzy ogólnych i wydziału zdrowia jest unikalna i ogólnie funkcjonuje w sposób niezwykle satysfakcjonujący.

Z szacowanej ilości 6 000 do 6 500 narkomanów w Amsterdamie, około 4 600 objętych jest programem metadonowym. Dystrybucja metadonu łączy się w sposób oczywisty z efektami pozytywnymi. Ponieważ miejski wydział zdrowia ma dzięki programowi regularne kontakty z większością narkomanów, łatwe jest dotarcie do nich z informacjami o innych istotnych kwestiach, zwłaszcza dotyczących zapobieganiu AIDS. Już od roku 1986

placówki ruchome rozprowadzają czyste strzykawki, igły i prezerwatywy. Dystrybucja metadonu nie doprowadziła do zwiększenia popytu. Wręcz przeciwnie, istnieje stały spadek liczby klientów, jakkolwiek ogólnie, są oni leczeni przez dłuższe okresy.

Ponadto, regularne kontakty dostarczają sposobności do udzielenia dalszej pomocy w przerwaniu przyjmowania narkotyków, poprzez programy rehabilitacji i pomocy społecznej. W rezultacie, pewna liczba narkomanów, którzy poddali się detoksykacji i leczeniu rehabilitacyjnemu podwoiła się od czasu wprowadzenia mobilnych punktów i programu wymiany igieł. Innym pozytywnym efektem jest to, iż władze mają lepszy wgląd, co do liczby narkomanów i w ich sytuację. Dane te pozwalają podejmować decyzje o korektach działań, jeśli są one potrzebne.

Dystrybucja metadonu odgrywa również istotną rolę w odniesieniu do innego celu, jakim jest zminimalizowanie uciążliwości dla pozostałej części społeczeństwa. Program metadonowy umożliwia narkomanom funkcjonowanie w ramach społeczeństwa w sposób mniej lub bardziej normalny. Bez niego, szkodliwe skutki dla miasta i ludzi byłyby znacznie większe, ponieważ narkomani sięgaliby do każdej dostępnej metody zdobywania pieniędzy potrzebnych na dzienną dawkę narkotyku.

## **6. Kontrola rozszerzania AIDS**

Głównym celem działań skierowanych na AIDS i narkotyki jest zapobieganie dalszemu rozpowszechnianiu się infekcji HIV wśród narkomanów. Opieka nad narkomanami HIV-pozytywnymi i chorymi na AIDS jest zorganizowana tak dobrze, jak to możliwe. Pomocy udzielają istniejące placówki medyczne i jest ona skierowana na zapobieganie dalszemu pogłębianiu się izolacji społecznej pacjentów. Dystrybucja metadonu jest przykładem jednego z działań mających na celu uczynienie życia narkomanów chorych na AIDS bardziej znośnym.

Państwowa polityka wobec AIDS i narkotyków jest formułowana przez Ministerstwo Pomocy Społecznej, Zdrowia i Kultury. Celem tej polityki jest także zapobieganie dalszemu rozpowszechnianiu się AIDS przez krew i spermę. Instrumentami ograniczającymi ryzyko są bezpieczny seks, bezpieczne używanie narkotyków i zmiany w zachowaniach społecznych i indywidualnych. Jeśli nie jest możliwe skłonienie odpowiedniej liczby narkomanów by przegrali przyjmowanie narkotyków, jedynym skutecznym działaniem jest skłonienie ich do stosowania bezpieczniejszych metod

przyjmowania środków. Uwaga jest skierowana również na promowanie bezpiecznych technik seksualnych i używanie prezerwatyw. Lecz nawet w kwestii bezpiecznych metod przyjmowania narkotyków polityka pozostaje pragmatyczna. Jeśli nie można powstrzymać narkomanów przed zażywaniem narkotyków, należy dostarczyć im bezpiecznego sprzętu, sterylnych igieł. W Amsterdamie około 30% narkomanów stosujących iniekcje jest HIV-pozytywnych. Dotyczy to grupy około 800 narkomanów, z których połowa jest pochodzenia holenderskiego a jedna czwarta pochodzi z krajów europejskich. Wielkości te są ustabilizowane, lecz pozostaje faktem, iż jest to sprawa bardzo poważna. Pomimo postępu medycyny w ostatnich latach, prędzej czy później AIDS prowadzi do zgonu.

Wirus przekazywany jest nie tylko poprzez niezabezpieczone kontakty seksualne, ale także poprzez igły do iniekcji. Wielu narkomanów używa igieł wspólnie. W roku 1984 umożliwiono narkomanom wymianę igieł używanych na nowe. Potrzeba stworzenia takiej możliwości została po raz pierwszy sformułowana przez Ligę Narkomanów, ich własną organizację ustanowioną dla obrony ich interesów. Liga wspierała ludzi w terenie, żądała takich rozwiązań, gdy lokalne apteki zaprzestały sprzedaży igieł dla około 200 narkomanów latem 1984 roku. Liga obawiała się, że doprowadzi to do epidemii ostrej żółtaczkii zakaźnej wśród narkomanów.

Miejski wydział zdrowia i władze miejskie miały początkowo pewne obawy. Jedno z zastrzeżeń polegało na tym, iż takie rozwiązanie mogłoby zachęcać ludzi do stosowania iniekcji i usunąć jakiegokolwiek bodźce do zaprzestania przyjmowania narkotyków. Jednakże zalety rozdawania sterylnych igieł były tak oczywiste, iż pomimo zastrzeżeń, władze Amsterdamu zdecydowały się na wprowadzenie ograniczonego programu. Leżało to także w interesie zdrowia publicznego, by zatrute strzykawki nie znajdowały się w plastikowych workach na śmieci, lub były rozrzucone po parkach i miejscach wypoczynku.

Wydział zdrowia zakupił duże ilości nowych igieł i raz w tygodniu dostarczał je Lidze oraz zabierał igły używane. Początkowo wymieniano w ten sposób około tysiąca igieł tygodniowo. Gdy AIDS stało się powodem troski w roku 1985, inne instytucje zdecydowały się na wprowadzenie tego typu rozwiązań. Były one następnie szeroko propagowane. W roku 1985 wymieniono 100 tys. igieł, w roku 1987 - 700 tys. i nie mniej niż milion w roku 1991.

Dokonano oceny programu wymiany igieł. Badania pokazały, iż ogólnie spożycie narkotyków nie wzrosło, a narkomani wykorzystujący możliwość wymiany igieł rzadziej dzielili się nimi z innymi. Tylko 29% narkomanów

korzystających z programu wymiany igieł wskazało, iż w okresie ostatnich sześciu miesięcy częściej sięgali po narkotyki, a 38% stwierdziło, że przyjmowali narkotyki rzadziej. Badania sekwencyjne wymagają porównywalnych wyników. Tylko 9% narkomanów, którzy korzystali z wymiany igieł deklarowało dzielenie się igłami z innymi narkomanami w ostatnim miesiącu, gdy wśród narkomanów, którzy nie korzystali z tego programu odsetek dzielących się wynosił 22%.

Działania skierowane na zapobieganie AIDS koncentrują się na zmianie zachowań. Poprzez docieranie do tak dużej ilości narkomanów jak tylko to możliwe i informowanie ich o bezpiecznym sposobie przyjmowania narkotyków i bezpiecznym seksie, próbuje się wyjaśnić jak ważna jest zmiana ich zachowań. Poza sterylnymi igłami bezpłatnie lub za bardzo niską cenę dystrybuowane są kondomy.

## 7. Prewencja i zniechęcanie

Działania prewencyjne przynoszą w efekcie znaczne oszczędności, dlatego właśnie nigdy nie jest zbyt wcześnie na nauczanie dzieci o zagrożeniach związanych z narkotykami. Dzieci w szkołach podstawowych, w wieku od 6 do 12 lat są uczone jak żyć w zdrowy sposób, poznają szkody wywołane paleniem, piciem lub zażywaniem narkotyków. W ostatnich latach policja w Amsterdamie przeprowadziła kampanię zapobiegania narkomanii wśród starszych uczniów klas podstawowych. Nauczyciele mogą przyjść na posterunek policji wraz z uczniami i rozmawiać z narkomanami. Oczywiście lekcje tego rodzaju muszą być uzupełnione informacjami o różnego rodzaju narkomaniach. Lekcje nie są obowiązkowe; wymagają zgody rodziców, narkomanów i wszystkich osób w nich uczestniczących. W szkołach średnich i ośrodkach dla młodzieży również prowadzona jest intensywna kampania informacyjna o zagrożeniach związanych z używaniem narkotyków. Inny element polityki prewencji ma na celu zapobieganie przechodzeniu od narkotyków łagodnych, mniej niebezpiecznych, takich jak haszysz czy marihuana, do narkotyków twardych. Dlatego w Holandii istnieje wyraźna granica pomiędzy podejściem do narkotyków łagodnych i narkotyków twardych. W kawiarniach i ośrodkach młodzieżowych policja nie podejmuje żadnych działań w przypadku posiadania małych ilości (mniej niż 30 gram) łagodnych narkotyków, pod warunkiem iż nie niepokojeni są inni ludzie w otoczeniu, kupujący mają ukończone 18 lat i nie prowadzi się ukrytej reklamy towaru.

Działania te są oczywiście dokładnie badane. Jeśli sąsiedzi skarżą się, jeśli sprzedawane są duże ilości narkotyków łagodnych lub twardych, policja interweniuje natychmiast i w imieniu burmistrza Amsterdamu lokal jest zamykany. Poprzez „przymknięcie oka” na używanie i sprzedaż małych ilości łagodnych narkotyków, władze powstrzymują narkomanów od przyłączania się do kręgów przestępczych, gdzie sprzedawane są narkotyki twarde.

Innym elementem podejścia amsterdamskiego do problemu narkomanii jest zniechęcanie, leżące w interesie ludzi z sąsiedztwa, dla których przyjmowanie narkotyków przez współmieszkańców jest znaczącą niedogodnością, jak również leżące w interesie samych narkomanów. W pewnym stopniu, kwestia zniechęcania sprowadza się do powstrzymywania narkomanów od zakłócania spokoju. Oczywiście, zwalczanie przestępczości jest tu również pomocne.

Handel narkotykami jest aktywnie zwalczany przez specjalną jednostkę policji, Brygadę Narkotykową. Policja może także przedsięwziąć działania przeciw narkomanom dokonującym napadów, kradzieży w sklepach i na ulicach lub innych przestępstw zapewniających środki do zapłaty za codzienną porcję narkotyków.

Jednym z głównych zadań policji amsterdamskiej, w efekcie spotkań konsultacyjnej trójki, w których uczestniczą: burmistrz, prokurator i komisarz policji, jest zminimalizowanie niedogodności wywoływanych przez narkomanów i zmniejszenie handlu narkotykami. Poprzez stałą obserwację, śledztwa i aresztowania, zespół policyjny może mieć handel narkotykami pod kontrolą i zmniejszać współczynniki przestępczości. W ramach tych działań, kawiarnie, gdzie sprzedawane są regularnie twarde narkotyki są zamykane. Podejście to okazało się efektywne, ponieważ współczynniki przestępczości zmniejszyły się w latach 1987-88 i od tego czasu ustabilizowały się na niższym poziomie.

Innym aspektem podejścia amsterdamskiego jest postawa wobec narkomanów z zagranicy. Około 20 do 30% narkomanów w Amsterdamie pochodzi z innych krajów europejskich, głównie z Niemiec. Wielu z nich przyjeżdża do holenderskiej stolicy ponieważ nie mogą uzyskać pomocy, której potrzebują w swoim własnym kraju. Grupa ta, na mniej lub bardziej trwale, osiedliła się w Amsterdamie. Ponadto istnieją również „narkomani turyści”, przyjeżdżający do Amsterdamu na krótki okres czasu. Jest oczywiste, że Amsterdam nie jest szczęśliwy z powodu napływu takich cudzoziemców. Miasto ma wystarczającą ilość własnych problemów.

W celu zniechęcenia zagranicznych narkomanów do przyjazdu do Amsterdamu, miasto zdecydowało nie udzielać im takiej pomocy, jaką otrzymują miejscowi narkomani. Oznacza to, iż nie są oni uprawnieni do udziału w regularnej dystrybucji metadonu. Jednakże, stosunek do nich pozostaje humanitarny. Jeśli narkomani-cudzoziemcy są w złym stanie fizycznym, mogą uzyskać konsultacje w ramach specjalnej godziny przyjęć w miejskim wydziale zdrowia. Mogą tam otrzymać pomoc kryzysową i sterylne igły oraz prezerwatywy, a jeśli konieczne - metadon przez ograniczony okres czasu. Pomoc ta ma wyłącznie przejściowy charakter i powinni oni wracać do swoich krajów po tygodniu, czy dwóch.

Narkomanom-cudzoziemcom, zwłaszcza z Niemiec, udziela się pomocy, aby umożliwić im powrót do ich kraju. W ciągu ostatnich kilku lat władze holenderskie i różne instytucje pomocy społecznej i ochrony zdrowia kontaktowały się z władzami sąsiednich krajów. Celem tych kontaktów było stworzenie programów pomocy, by umożliwić narkomanom powrót do ich własnych krajów i otrzymanie tam pomocy, której mogą potrzebować. Dotyczy to tylko narkomanów, którzy nie popełnili żadnego przestępstwa na terenie Holandii. Jeśli złamią tutaj prawo, podlegają deportacji. W deportacjach narkomanów do miejsca odbywania kary władze Holandii współpracują blisko z władzami krajów sąsiadujących. Dzięki takim środkom i ogólnej polityce zniechęcania Amsterdam przestał być już Mekką narkomanów. Narkomani z zagranicy szczęśliwie zaczynają to rozumieć i nastąpiło znaczne ograniczenie turystyki narkotykowej.

## **8. Opieka społeczna i medyczna**

Dla wprowadzenia przynoszącej sukcesy polityki wobec narkotyków, najważniejszą sprawą jest dotarcie do tak wielu narkomanów jak to tylko możliwe. Jeśli sami dobrowolnie nie proszą o pomoc należy do nich dotrzeć innymi kanałami. Taką rolę pełnią pracownicy terenowi działający w kręgu narkotykowym, którzy wiedzą o wszystkim, co się tam dzieje, dostarczają ustnych i pisemnych raportów o AIDS i robią wszystko by spełnić funkcję pomostu łączącego narkomanów z instytucjami pomocy społecznej i ochrony zdrowia publicznego, w celu niesienia pomocy. Specjalnie wyszkoleni pracownicy terenowi kontaktują się z prostytutkami - heroinistkami.

Dwa razy dziennie lekarze z wydziału zdrowia stawiają się na komendach policji dla zbadania aresztowanych narkomanów. Każdego roku około 1500 narkomanów przewija się z różnych powodów przez posterunki poli-



cji. Lekarze udzielają im podstawowej pomocy medycznej, włączając w to metadon, dostarczają użytecznych informacji na temat możliwości leczenia, programu wymiany strzykawek i innych kwestii związanych z AIDS. Pomoc medyczna i społeczna dostarczana w ten sposób ma dwa główne cele: pomoc samym narkomanom i ograniczenie niedogodności dla innych ludzi. Pomoc społeczna oznacza pomoc narkomanom w rozwiązaniu problemów mieszkaniowych, finansowych i prawnych. Pomoc medyczna, jak już w tym opracowaniu wspomniano, polega na regularnych badaniach medycznych, podawaniu metadonu, dystrybucji sterylnych igieł, kondomów i leczeniu szpitalnym. W Amsterdamie prowadzonych jest także wiele szczegółowych programów, z których kilka przedstawimy poniżej.

### **Program „narkomani uliczni”**

W Amsterdamie żyje około 300 do 400 narkomanów stwarzających poważne problemy. Zwykle nie mają oni stałego adresu, widocznych środków utrzymania i spędzają większość czasu w śródmieściu. Większość z nich próbuje zdobyć pieniądze włamując się do samochodów lub napastując ludzi na ulicach, czyniąc niebezpieczną całą dzielnicę, przez zakłócanie spokoju publicznego. Ponieważ do grupy tej nie docierają istniejące programy i prowadzi ona życie przestępcze, wybrano skuteczniejsze rozwiązanie. Każdemu narkomanowi-kryminaliście, który miał problemy z policją cztery razy w ciągu roku, daje się następujące możliwości wyboru: może odbyć cały wyrok bez zwolnień warunkowych lub podjąć leczenie w klinikach rehabilitacyjnych. Musi on odbyć cały cykl leczenia rehabilitacyjnego, w przeciwnym wypadku wraca do więzienia.

Program ten rozpoczął się w roku 1989 i jest prowadzony w ścisłej łączności z władzami państwowymi. Należało oczywiście stworzyć dodatkową bazę: kliniki rehabilitacyjne i ośrodki readaptacyjne oraz cele więzienne. Już od roku 1990 program był w pełni operacyjny. W przybliżeniu około 250 narkomanów ulicznych wybrało kliniki rehabilitacyjne. Innym tego nie umożliwiono, ponieważ albo nie było miejsc, albo sąd nie wydał zgody na leczenie, albo mieli oni problemy językowe lub psychiatryczne, albo nie wyrażali chęci udziału w odpowiednim programie leczenia rehabilitacyjnego.

### **Program szpitalny**

Wielu narkomanów trafia do ogólnych szpitali, które nie są wyposażone w odpowiedni sposób, by radzić sobie z ich specyficznymi problemami.

Program powstał by udzielić narkomanom pomocy, jakiej potrzebują. Wyspecjalizowany zespół pielęgniarek psychiatrycznych odwiedzał narkomanów w szpitalach, doradzał personelowi medycznemu i koordynował leczenie. Celem tych działań było sprawdzenie, czy pacjenci ci podlegają normalnemu leczeniu w połączeniu z odpowiednimi dawkami metadonu.

Ludzie pracujący w tym programie są gotowi do kontaktu z narkomanami chorymi na AIDS. Ponieważ opieka nad pacjentami chorymi na AIDS jest często źle koordynowana, personel szpitalny włączony w ten program jest odpowiedzialny za leczenie narkomanów chorych na AIDS. Próbuje oni uczynić życie tych pacjentów możliwym do zniesienia w tym stopniu w jakim to możliwe. Jednym ze sposobów jest kontrolowanie podawania metadonu. Działają oni w ścisłej współpracy ze specjalistami szpitalnymi, instytucjami pomocy społecznej i zdrowotnej poza szpitalnymi, krewnymi pacjentów i lekarzami ogólnymi.

### **Pomoc psychiatryczna**

Coraz częściej instytucje pomocy społecznej i ochrony zdrowia konfrontowane są z narkomanami, którzy mają znaczące problemy psychiatryczne. Ponieważ placówki dla narkomanów nie są wyposażone odpowiednio dla leczenia psychiatrycznego i odwrotnie, placówki psychiatryczne nie są przygotowane do leczenia narkomanów, pacjenci nie mają się gdzie zwrócić. Z tego powodu różne instytucje pracowały razem by zapewnić tym ludziom odpowiednią pomoc psychiatryczną. Celem był wgląd w chorobę jednostki i zapewnienie pomocy oraz leczenia skierowanego na specyficzne problemy psychiatryczne poszczególnego narkomana (pomoc zindywidualizowana). Diagnoza może być postawiona na oddziale leczenia narkomanii wydziału zdrowia, zatrudniającego od sześciu lat psychiatrę. Leczenie może być przeprowadzone w innych placówkach, włącznie z klinikami rehabilitacyjnymi. W Regionalnym Instytucie Leczenia Otwartego Pacjentów Psychiatrycznych (RIAGG) czynione są przygotowania dla powołania grupy roboczej d/s narkomanii i psychiatrii, która może odegrać ważną rolę platformy kooperacji.

### **Prostytutki uzależnione od heroiny**

W Amsterdamie żyje kilkaset prostytutek zażywających heroinę.

Jakkolwiek stanowią one niewielką grupę wśród ogółu prostytutek w mieście, stanowią istotny problem, który nie jest łatwo rozwiązać. Około 50% tych kobiet jest HIV-pozytywnych, a wiele choruje ponadto na choroby weneryczne.

Prostytutki narkomanki postrzegane są jako problem, który nie może być rozwiązany w drodze interwencji policyjnej i sądowej.

Oznacza to, iż policja nie poluje na prostytutki, ale postępuje ostrożnie, zwłaszcza jeśli nie wywołują one zbyt wielu uciążliwości. Aresztowania i uwięzienie oznacza tylko, iż rozpierzchnęłyby się one po całym mieście i nie możnaby dotrzeć do nich z żadną formą pomocy. Pomoc jaka jest im świadczona leży nie tylko w ich interesie, ale także w interesie kręgu ich nieszczęśliwych klientów, a zatem w interesie zdrowia publicznego.

Ośrodki dla tych prostytutek to specjalne kliniki chorób wenerycznych, odrębne godziny przyjęć, możliwość przyjęcia do ośrodków leczenia depresji i znaczna liczba specjalnych udogodnień, włączając program mieszkaniowy, w ramach którego kobiety te mogą przebywać w pomieszczeniu wieczorami lub w nocy. Pracownicy terenowi próbują skontaktować się z tymi kobietami w nocy. Aby ograniczyć dalsze rozprzestrzenianie się HIV rozdawane są bezpłatnie kondomy oraz udzielane informacje o AIDS. Podejmowane są starania, by zachęcić prostytutki by korzystały z możliwości porady w ramach „godzin konsultacji”.

## **9. Leczenie przerywające i rehabilitacja**

Leczenie takie jest przeprowadzane głównie w amsterdamskiej klinice Jellinek, największej placówce wyspecjalizowanej w leczeniu narkomanów w Holandii. W centrum tym leczeni są także alkoholicy, ludzie uzależnieni od leków i hazardziści. Nie mniej koncentrujemy się w tym ośrodku na narkomanach. Centrum Jellinek prowadzi działania trojakiemu rodzaju: prewencyjne, lecznicze i opiekuńcze po leczeniu.

Kluczowa dla leczenia jest koncepcja „szycia na miarę”, a zatem wszystkie działania są dopasowane w tym stopniu, w jakim to możliwe do indywidualnych potrzeb pacjenta. Celem zasadniczym jest zredukowanie zagrożeń dla zdrowia i umożliwienie klientom lepszego funkcjonowania w społeczeństwie.

Instytut Prewencji w Centrum Jellinek dostarcza informacji ustnych i piśmnych wszystkim, którzy mają do czynienia z narkomanią i zaopatruje grupy w materiały dokumentacyjne i szkoleniowe. Przyjaciele i krewni ludzi z problemem narkomanii mogą również przyjść do Centrum.

Narkomani mogą być przyjęci do jednej z klinik w Centrum Jellinek, gdzie dostępna jest terapia grupowa i rodzinna. Znacznie większa liczba narkomanów jest leczona w systemie otwartym, co oznacza, iż kontaktują

się oni regularnie z pracownikami w jednym z piętnastu ośrodków leczniczych w całym mieście. Metadon jest przepisywany jako środek terapeutyczny. Leczenie w systemie otwartym jest wolne od jakichkolwiek opłat, ale aby być przyjętym do jednej z klinik, narkomani muszą mieć ubezpieczenie.

Długość czasu pobytu w klinice waha się od kilku tygodni do dziewięciu miesięcy. Często narkomani przyjmowani są najpierw na oddział detoksykacji. Ważnym elementem każdego programu leczenia jest uczenie narkomanów radzenia sobie z własnymi uczuciami, z innymi ludźmi i z sytuacjami towarzyskimi bez odwoływania się do narkotyków.

By nie dopuścić do powrotu starych nawyków po opuszczeniu Centrum Jellinek, istnieje specjalny program. Ta poszpitalna opieka jest koniecznym łącznikiem pomiędzy leczeniem a powrotem do społeczeństwa. Pacjenci mogą także uczęszczać na cotygodniowe spotkania lub spędzać pewien czas w półinternacie.

## **10. Badania i współpraca międzynarodowa**

By uzyskać wgląd w rozmiary i naturę problemów związanych z narkomanią i ocenić efektywność różnych przedsięwzięć, należy prowadzić badania. Już od roku 1984 amsterdamska rada miejska promuje program badawczy tego rodzaju, co w efekcie zaowocowało dużą liczbą publikacji. Dane prezentowane w tych publikacjach odgrywają istotną rolę w ocenach podejmowanych działań oraz w formułowaniu i tworzeniu nowych programów. Badania i zbieranie danych realizowane są głównie przez miejski Wydział Zdrowia i dwa amsterdamskie uniwersytety. Niektóre z wyników tych badań zawarte są w tym opracowaniu. Amsterdam bardzo chętnie wyjaśnia założenia swego podejścia do narkomanii i jest bardzo zainteresowany doświadczeniami miast w innych krajach. Ponieważ polityka ta jest tak pragmatyczna, na podejście amsterdamskie mają wpływ doświadczenia i działania podejmowane za granicą, a wymiana wiedzy i umiejętności jest ceniona bardzo wysoko. Na wielu frontach władze Amsterdamu współpracują z władzami państwowymi, z innymi miastami holenderskimi i z takimi organizacjami międzynarodowymi jak Wspólnota Europejska, Światowa Organizacja Zdrowia i Komitet Pompidou powoływany przez Radę Europy.

Każdego roku wielu kolegów badaczy przyjeżdża do Amsterdamu, by poznawać lepiej tutejsze podejście do narkomanii i AIDS. Na początku roku 1989 Amsterdam otrzymał subsydium ze Wspólnoty Europejskiej na cele związane z przyjęciem ludzi przybywających dla zdobycia takiej wie-

dzy i polepszenia jakości informacji uzyskiwanych w trakcie wizyt. Doprowadziło to do powstania międzynarodowej sieci wymiany informacji dotyczącej związków pomiędzy narkomanią i AIDS, obejmującej różne kraje europejskie. W tych ramach organizowane są seminaria, a ludzie którzy pracują w dziedzinie narkomanii i AIDS mogą otrzymywać stypendia na okres pobytu w innych miastach europejskich włączonych w sieć. Amsterdam bierze także udział w szerokim wachlarzu europejskich programów i projektów badawczych. Jeden z takich projektów jest koordynowany przez Światową Organizację Zdrowia, ma on na celu zapobieganie rozszerzaniu się infekcji HIV wśród narkomanów stosujących narkotyki twarde, w różnych miastach europejskich. Europejskie Biuro WHO prowadzi dwa interesujące programy w dziedzinie narkomanii: jednym z nich jest program zapobiegania nadużywaniu środków psycho-aktywnych i regionalny program dotyczący AIDS. Amsterdam odgrywa istotną rolę w obydwu programach. Dwa uniwersytety amsterdamskie biorą udział w badaniach prowadzonych przez Radę Europy dotyczących problemu zażywania narkotyków oraz opieki socjalnej i medycznej.

## 11. Wyniki

W jakim zakresie podejście amsterdamskie odniosło sukces? Dostępne są pewne dane i do części z nich odnosiliśmy się w tym opracowaniu. I tak, agencje pomocy społecznej i placówki służby zdrowia utrzymują kontakty z 85% narkomanów. Odsetek narkomanów, którzy są HIV-pozytywni lub mają hepatitis B jest znacznie niższy niż w innych miastach europejskich i północnoamerykańskich.

W porównaniu z innymi dużymi miastami w innych krajach, w Amsterdamie narkomani popełniają stosunkowo niewiele przestępstw.

Pragnienie zerwania z narkomanią i podjęcie leczenia z tego powodu staje się coraz powszechniejsze w ostatnich latach.

Występuje stopniowy spadek liczby narkomanów, zwłaszcza wśród najniższych grup wiekowych.

Uniwersytet Amsterdamski został upoważniony przez miasto do oceny obiektów zorganizowanych w celu pomocy narkomanom. Pierwszy raport został opublikowany w roku 1990 i kierował uwagę na doświadczenia samych narkomanów. Władze miasta sformułowały swoje stanowisko wobec rezultatów badań. Biorąc pod uwagę całość problemu, wyłonił się następujący obraz.

Ogólne wrażenie jest takie, iż efekty prowadzonej polityki są pozytywne. Jak potwierdzają badacze, epidemia narkomanii osiągnęła etap stabilizacji, weryfikując w ten sposób wnioski wydziału opieki zdrowotnej.

Polityka opiera się na wielu formach pomocy i dostarcza różnego rodzaju pomocy, sięgającej od pomocy intensywnej do ośrodków dla narkomanów, którzy mogą wziąć odpowiedzialność za swoje losy w swoje ręce. Taka wielość form funkcjonuje dobrze i pomoc dociera do znacznych segmentów narkomanów, a poprzez to wnosi wkład w zmniejszenie kłopotów jakich przysparzają narkomani innym ludziom. Jednym z pozytywnych efektów programu metadonowego jest to, iż wszyscy jego klienci potrzebują mniej heroiny i dzięki temu są mniej skłonni do popełniania przestępstw lub zakłócania spokoju. Z drugiej strony, narkomani nadal pozostają wyizolowani z głównego nurtu życia społeczeństwa i pozostają w kręgu narkomanii. Działania policji i sądów wraz z dystrybucją metadonu przyczyniły się do zmniejszenia przestępczości związanej z narkotykami i jej stabilizacji od roku 1989. Wysiłki instytucji pomocy społecznej i opieki zdrowotnej i policji, pomogły także w zmniejszeniu widocznych zakłóceń porządku spowodowanych przez narkomanów w dzielnicach, w których się gromadzą.

Badacze stwierdzili także, iż poprzez dystrybucję metadonu pracownicy opieki społecznej i personel medyczny byli w stanie utrzymać kontakty z większością narkomanów. Stanowi to dobrą podstawę dla działań na rzecz prewencji AIDS.

Jednakże w wielu kwestiach istniejąca sytuacja wciąż budzi niepokój. Podniósł się przeciętny wiek narkomanów i żyje grupa narkomanów starszych, do których nie można dotrzeć poprzez istniejące kanały pomocy społecznej i medycznej, narkomanów którzy nie są chętni lub nie są w stanie ograniczyć czy zaprzestać przyjmowania narkotyków. Narkomani ci mają wiele problemów medycznych i psychiatrycznych. Niektórzy z nich są HIV-pozytywni i w konsekwencji na pewno zachorują.

Prostytutki zażywające heroinę stanowią następną grupę problemową. Ponieważ często nie posiadają one zezwolenia na pobyt, starają się unikać kontaktów z placówkami pomocy społecznej i służby zdrowia. Jest to tym bardziej niepokojące, iż zwykle ich zdrowie fizyczne jest w opłakanym stanie, często zapadają na choroby weneryczne. Zgodnie z szacunkami, około 50% prostytutek-heroinistek jest HIV-pozytywnych. Pewna ich ilość przychodzi na specjalne konsultacje w wydziale zdrowia by rozpocząć le-

czenie chorób wenerycznych. Jednakże do wielu z nich, pomimo zagrożenia własnego zdrowia jak i zdrowia innych, nadal nie można dotrzeć.

Podsumowując: powinno być jasne, iż amsterdamska polityka wobec problemu narkomanii nie jest lekarstwem na „całe zło”. Nadal pozostaje wiele problemów do rozwiązania. Pomimo tego można definitywnie stwierdzić, iż polityka ta nie doprowadziła do powstania tak ogromnego problemu narkomanii pozostającego poza wszelką kontrolą, jak zakłada wielu cudzoziemców na podstawie tego, co wiedzą o tym problemie z przeszłości. Wręcz przeciwnie. Władze Amsterdamu, policja, służby socjalne i służba zdrowia, wszyscy są przekonani, iż podążają we właściwym kierunku.

*Tłumaczył: Jan Kolbowski*

## SUMMARY

To what extent has the Amsterdam policy been successful? There are figures available, some of which have already been referred to in this booklet. Social work and public health agencies maintain contact with 85% of the addicts in the city. The percentage of addicts who are HIV-positive or have hepatitis B is much lower than in other cities in Europe and North America. Compared with the large cities in other countries very few serious criminal offenses are committed by addicts in Amsterdam. The desire to stop taking drugs altogether and undergo treatment for this purpose has become more widespread in recent years. There has been a gradual fall in the number of addicts, particularly among the younger age groups.

The University of Amsterdam has been commissioned by the city to evaluate the facilities set up to help addicts in Amsterdam. The first report was published in 1990 and was focused on the experiences of addicts themselves. The City of Amsterdam formulated its reaction to the research results. All things considered, the following picture has emerged.

The general impression is that the effects of the policy have been positive. The drug epidemic has entered a stable stage, the researchers feel, and they thus confirm the conclusions of the Municipal Medical and Public Health Department. The policy is pluriform in that it provides for various forms of care and help varying from intensive assistance to facilities for drug users who can take more responsibility for their own actions. This pluriformity functions well and the help reaches a large segment of the drug users and thus contributes toward reducing the nuisance they cause.

One positive effect of the methadone program is that its clients need less heroin and are thus far less apt to commit crimes or disturb the peace. The other side of the coin is that addicts continue to be isolated from mainstream society and remain in the drug scene. Together with the way the police and the courts have acted, the distribution of methadone has contributed toward the reduction of drug-related crime and its stabilization ever since 1989. The efforts of social work and public health agencies and the police have also helped reduce the visible nuisance caused by drug users in the neighborhoods where they congregate.

The researchers also concluded that via the distribution of methadone, social and medical workers have been able to maintain contact with most of the drug users. This has provided a good basis for measures in the field of AIDS prevention.

However, in a number of ways the situation is still a cause for concern. There has been a rise in the average age of addicts and there is now a group of older drug users who are not adequately reached via the existing social and medical channels and are not willing or able to reduce their drug use or stop taking drugs altogether. These addicts have any number of medical and psychiatric problems. Some of them are HIV-positive and are consequently certain to fall ill soon.

The prostitutes who are on heroin constitute another problem group. Since they often do not have a legal residence permit, they tend to steer clear of the social work and public health agencies. This is all the more worrying because they are generally in extremely poor physical condition and often have venereal diseases. Estimates have it that 50% of the prostitutes on heroin are HIV-positive. A number of them come to the special consultation hour at the Municipal Medical and Public Health Department to be treated for venereal diseases. Despite the risks to their own health as well as the health of others, however, many of them still remain impossible to reach.

It should be clear by now that the Amsterdam policy on drugs is not a sure cure for „all evils”. There are still numerous problems to be solved. It can nonetheless definitely be concluded that the policy has not led to an enormous drug problem that is totally out of control, as foreigners often assume exists based on what they know of the approach in the past. On the contrary. The Amsterdam authorities, police and medical and social workers are all convinced they are moving in the right direction.