

Herman Vuijsje

HOLENDERSKIE PODEJŚCIE DO AIDS¹

1. Holenderska natura

„Natura Holendrów jest tego rodzaju, iż jeśli nie widzą oni niebezpieczeństwa lub zagrożeń bezpośrednio przed ich oczami jak w jasny dzień, nie są skłonni do przypisywania koniecznej uwagi zapewnieniu własnego bezpieczeństwa”.

Wydaje się, iż powyższa uwaga autorstwa Johana de Witt, znanego holenderskiego polityka z siedemnastego wieku, została rzeczywiście przyjęta przez jego odległych potomków jako punkt wyjścia do walki z AIDS. Od samego początku głównym celem holenderskiej polityki wobec AIDS było jasne informowanie ludzi o ryzyku, ponieważ wtedy i tylko wtedy podejmą oni odpowiednie działania by zabezpieczyć swoje własne życie.

Zgodnie z modelem przyjętym w Holandii, od wieków organizowano tam kampanie prewencyjne i informacyjne. Holenderska kultura miejska, zorientowana na obywatela, zawsze miała za zasadę naczelną konsultacje i tolerancję. Ponieważ dąży się do uzyskania zgody obywatela, ani wojny religijne, ani inne różnice nie doprowadziły nigdy do powszechnych konfliktów. Podobnie w polityce wobec AIDS, ponownie przyjęto podejście oddające sprawiedliwość poglądom i interesom wszystkich zaangażowanych w sprawę grup.

Polityka wobec AIDS formułowana była poprzez ogólną sieć agencji konsultacyjnych i doradczych. Ten model osiągania zgody społecznej jest w Holandii skuteczny, dzięki wiekom doświadczeń, podczas których był on stosowany, oraz ponieważ społeczeństwo holenderskie jest małe i efektywnie zorganizowane, a zatem konsultacje nie są topione w bagnie tajemnicy.

Holandia jest krajem gęsto zaludnionym o piętnastu milionach mieszkańców. Jakkolwiek Amsterdam, stolicę kraju, zamieszkuje mniej niż 750.000 mieszkańców, posiada on wszelkie cechy metropolii. Panujące w nim tolerancyjne, progresywne nastawienie przyciągnęło wiele mniejszości. Już od wieku siedemnastego

1) Prezentowany tekst jest osobistym wyrazem opinii jego autora, nie oddaje punktu widzenia i polityki Rady Miejskiej Amsterdamu oraz nie zawiera opisu wszystkich praktycznych działań podjętych przez władze miejskie w związku z problemem AIDS

Holandia rozwijała się jako państwo postępowe, oparte o handel, istniała tam tradycja udzielania schronienia imigrantom i uchodźcom. Do lat sześćdziesiątych, społeczeństwo holenderskie było względnie tradycyjne, małe, zamknięte i przywiązane do przestrzegania prawa i porządku. Większość społeczeństwa żyła w blisko związanych grupach religijnych i podporządkowywała się dominującym poglądom tych „filarów” społeczeństwa.

Od roku 1965 to zwyczajowe podporządkowanie zostało porzucane coraz powszechniej. Holandia szybko zmieniła się w jedno z najbardziej swobodnie myślących, „otwartych” społeczeństw. Więzy wywodzące się z grup pierwotnych ustąpiły twardemu indywidualizmowi. Państwo ułatwiało ten proces instytucjonalizując ogólny system zapomóg społecznych. Zmieniła się także koncepcja związków pomiędzy jednostką i społeczeństwem. W etyce współczesnej prawo do indywidualnej prywatności i prowadzenia życia po swojemu jest widziane jako kwestia kluczowa.

Do lat osiemdziesiątych, zanim kwestia AIDS nie wypłynęła na powierzchnię, zmiany te osiągnęły zaawansowane stadium i mogły wpłynąć na ukształtowanie podejścia, które stało się atrakcyjne za granicą.

Mnogość mniejszości «wyswobodziła się» w stopniu wzbudzającym podziw. Homoseksualiści „wyszli z zamknięcia”. „Stowarzyszenia narkomanów” walczące o zaakceptowanie i legalizację narkotyków otrzymywały subsydia wspomagające je, by zorganizowały się jeszcze lepiej.

Również w sferze seksualnej otworzyły się nowe horyzonty. Wszyscy wydawali się zgadzać, iż państwo ponosi odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa i zdrowie publiczne, ale powinno pozostawać bezstronne i realizować swoją odpowiedzialność w sposób niemoralizatorski.

Ta nowa swoboda została wprowadzona z takim entuzjazmem, iż w pewnym sensie wszystko potoczyło się do przeciwległego bieguna ekstremalności. Jak to wykażemy poniżej, podejście do problemu AIDS było tylko jednym z wielu aspektów tego procesu.

Ten krótki zarys, jak mamy nadzieję, nie tylko pomoże cudzoziemcom zrozumieć holenderskie podejście do AIDS, ale także stanowić będzie ostrzeżenie przed uogólnianiem wyników holenderskich bez zastrzeżeń. To, co może działać w Amsterdamie czy Holandii nie musi być koniecznie dobre w innych układach społecznych.

2. Dane

Pierwszy chory na AIDS został zarejestrowany w Holandii w roku 1982. Początkowo liczba pacjentów podwajała się co pół roku. Obecnie, jak się

wydaje, osiągnięty został szczyt i ilość zachorowań w okresach rocznych już nie wzrasta. Do końca roku 1991, zarejestrowano łącznie około 2.000 przypadków AIDS, połowę z nich w Amsterdamie.

Holenderski wzór rozpowszechnienia AIDS przypomina inne kraje w Europie Północno-Zachodniej. Znaczną większość pacjentów, 80%, stanowią mężczyźni utrzymujący kontakty homoseksualne. Narkomani stosujący iniekcje, stanowią drugą co do wielkości grupę - 8%. Trzecią grupę, 3% całości, stanowią chorzy na hemofilię i inni pacjenci, którzy otrzymali krew poprzez transfuzję.

Prawie 7% przypadków AIDS może być przypisane kontaktom heteroseksualnym; odsetek takich przypadków stopniowo rośnie. Ponieważ w Holandii nie przeprowadza się testów i badań obejmujących duże populacje, nie istnieją precyzyjne dane o nosicielach HIV, którzy nie zachorowali jeszcze na AIDS. Obliczenia oparte o okres inkubacji AIDS i liczbę zarejestrowanych przypadków jak do tej pory wskazują szacunkowo na zamieszkiwanie w Holandii od 8.000 do 12.000 nosicieli HIV, z których połowa żyje w Amsterdamie. Podobnie jak samo AIDS, infekcje HIV dominują wśród mężczyzn utrzymujących kontakty homoseksualne, oraz w mniejszym stopniu wśród narkomanów stosujących iniekcje dożyłne. Obecnie, mniej niż 0,1% heteroseksualistów, którzy nigdy nie stosowali narkotyków dożylnie i nie mieli kontaktów homoseksualnych jest nosicielami HIV. Wykazały to różne badania, włączając badania przeprowadzone wśród kobiet w ciąży.

REJESTROWANIE PRZYPADKÓW INFEKCJI HIV I INFORMOWANIE KONTAKTÓW

Ogólnie, w Holandii istnieje aparat prawny, który mógłby być wykorzystany w walce z AIDS. Prawo o chorobach zakaźnych nakłada na lekarzy obowiązek informowania o przypadkach zakażeń pewnymi chorobami - anonimowo lub ujawniając dane personalne.

Ani HIV ani AIDS prawo to nie obejmuje i nie wydaje się by kiedykolwiek tak się stało. Nie wydano też żadnych nowych regulacji prawnych dotyczących tych kwestii. HIV i AIDS są rejestrowane anonimowo i dobrowolnie.

Epidemia AIDS w pewnym sensie może być zahamowana w sposób, który nie jest podobny do innych chorób infekcyjnych, jak dla przykładu gruźlica; epidemia może być powstrzymana poprzez proste zmiany w zachowaniu ludzi. Dlatego w Holandii każdy obywatel jest odpowiedzialny za unikanie infekcji.

W leczeniu chorób wenerycznych zawiadamianie partnera seksualnego pacjenta jest robione w sposób mniej lub bardziej automatyczny. W innych krajach takie

samo podejście przyjęto wobec AIDS i HIV, ale w Holandii zawsze uważano to za zbyt dużą ingerencję w prywatne życie ludzi. Co więcej, początkowo AIDS wydawał się być „chorobą pedałów” i homoseksualiści informowali się wzajemnie, pilnowali się i zrzeszali w stowarzyszenia.

Heteroseksualiści zawsze byli mniej świadomi tego, iż mogą być zainfekowani. Amsterdamski miejski wydział zdrowia zdecydował, iż należy podejmować bardziej aktywne działania, kiedy zainfekowani są heteroseksualiści, by informować ich partnerów seksualnych. „Próbujemy rozmawiać z pacjentami o ich kontaktach”, stwierdził lekarz z wydziału. „Nic więcej zrobić nie możemy. Jeśli napotykamy brak współpracy, nie możemy nikogo zmusić”.

3. Zasada „przymkniętego oka”.

W Holandii istnieje wiele elastycznych sposobów egzekwowania prawa. Jakkolwiek są one oficjalnie zakazane, w praktyce „przymknięte oko” zwrócone jest na aborcję, eutanazję i narkotyki.

Ta mentalność ma długą historię. Za neutralnie wyglądającymi fasadami kanałów Amsterdamu, ciągle można napotkać konwentykle w miejscach, gdzie katolicy uczestniczyli w sekretnych mszach, po tym jak protestanci doszli do władzy przy końcu szesnastego wieku. Tak długo jak nie robili tego w miejscach publicznych, katolicy mogli odprawiać tutaj msze.

Obecnie, to samo „przymknięte oko” zwrócone jest na prostytucję jakkolwiek jest tutaj pewna różnica, najbardziej ze wszystkich grup zawodowych prostytutki skłonne są pokazywać się w miejscach publicznych. W końcu, jedną z głównych atrakcji turystycznych Amsterdamu jest Dzielnica Czerwonych Latarni, gdzie dziewczyny siedzą w wielkich oknach, uśmiechając się do przechodniów. W Holandii domy publiczne są zabronione. Obecnie parlament rozważa prawo legalizujące domy publiczne i jeśli to prawo zostanie przyjęte, zalegalizuje ono jedynie istniejącą sytuację.

W Holandii żyje około 15.000 prostytutek, i drugie tyle jeśli weźmie się pod uwagę dorabiające w niepełnym wymiarze czasu. prostytutki uczyniły pierwszy krok w kierunku emancypacji i utworzyły organizację współpracującą z władzami ochrony zdrowia. Jest tak także w przypadku klientów prostytutek, którzy utworzyli własną organizację, by zdjąć z siebie stygmę, jaką na nich nałożono. Członków tej organizacji można znaleźć na rogach ulic w Dzielnicy Czerwonych Latarni, gdzie rozdają ulotki o bezpiecznym seksie.

Właściciele domów publicznych poszli za tym przykładem i wybrali swojego przedstawiciela, który regularnie spotyka się z Inspektorem Budowlanym. „Jest to

kwestia wzajemnego zaufania”, stwierdził jeden z inspektorów. „Należy być elastycznym i nie tracić z pola widzenia celu, który się chce osiągnąć”.

Dlaczego miasto jest tak niechętnie wprowadzeniu prawa zakazującego istnienia domów publicznych? Prawdopodobnie dla tego samego powodu, dla którego przysłowiowo przymyka oko na inne grupy, z którymi nie chce zerwać kontaktów, grupy, które potem rozpadną się i staną się trudniejsze do dostrzeżenia a zatem i do kontrolowania. Dla lekarzy, pracowników socjalnych, policji i poborców podatkowych, cieszących się w Holandii wysokim poważaniem, spowodowałoby to trudności lub uniemożliwiło dotarcie do tych grup. A w tle zawsze czai się strach przed konfrontacją z organizacjami reprezentującymi interesy tych grup, które zwyciężyłyby jakąkolwiek szansę dalszej współpracy.

Postępowanie wobec narkomanii jest po części oparte także na zasadzie przymkniętego oka. To głównie handlarze są celem systemu ścigania kryminalnego. Posiadanie małych ilości łagodnych lub nawet twardych narkotyków na własny użytek, nikogo nie interesuje. W praktyce, łagodne narkotyki dla własnego użytku - nie na handel - dostępne są w dowolnej ilości kawiarni. Ten stosunek do narkotyków opiera się na założeniu, iż lokale powinny trzymać się z daleka od sprzedaży narkotyków, a ponieważ w przeciwnym przypadku policja zamyka lokale, ogólnie, większość z nich to robi.

Ale nawet w Holandii nie jest możliwe całkowite zamknięcie oczu. Jednym z celów amsterdamskiej policji jest niewpuszczanie do miasta nie-holenderskich narkomanów stosujących iniekcje i skłonienie ich do powrotu do rodzinnego kraju. Tylko ograniczona ilość ośrodków medycznych i opieki społecznej jest dla nich dostępna. Zgodnie z holenderskimi normami, zasady stosowane w systemie więziennictwa dalekie są od łagodności. Igły i narkotyki są ściśle zakazane, jakkolwiek odnotowuje się wiele przypadków nielegalnego ich szmuglowania do więzień. Igły są w więzieniach trudno dostępne, co jedynie oznacza, iż zwiększają się szanse użytkowania jednej igły przez kilku więźniów.

NOWE TABU

Wraz z rozwojem indywidualizacji, od lat sześćdziesiątych rozwijają się także nowe tabu. Poczucie tolerancji, dobro związane z przyjacielskimi negocjacjami, szanowanie prywatności i zasada przymykania oka zatoczyły pełne koło. Stosunki między państwem i jednostką rozgrywają się w ramach ostrego sformułowanego kodeksu moralnego, z prawem do prywatności jako zasadą centralną.

Awersja do dyskryminacji przerodziła się w coś bliskiego obsesji. „W Holandii nie jest już akceptowane by mówić o grupach wysokiego ryzyka”.

Obecnie można mówić wyłącznie o „ryzykownych zachowaniach”, stwierdził Roel Coutinho, specjalista w zakresie AIDS z miejskiego wydziału zdrowia w Amsterdamie. „Ale gdy chodzi o zachowania seksualne, ważne jest nie tylko samo zachowanie ale i osoba które jest jego podmiotem; jakie jest prawdopodobieństwo iż jest zarażona wirusem? W Amsterdamie w przypadku homoseksualistów wynosić ono może 25%, a w przypadku heteroseksualistów może być mniejsze niż jeden na tysiąc. Ale nawet takie stwierdzenia odbierane są jako oznaka dyskryminacji”.

W Holandii wyraźna jest niechęć do wprowadzenia rozwiązań prawnych, takich jak obowiązkowe testy HIV dla pewnej grupy osób, zamykanie lokali, gdzie jest uprawiany zagrażający zdrowiu seks, zakaz pracy dla prostytutek zarażonych HIV, przyjęcie mniej tolerancyjnej postawy wobec nosicieli HIV, prowadzących zagrażający tryb życia lub nosicielek HIV w ciąży, lub pragnących zająć w ciąży. Antypatia wobec restryktywnej interwencji państwa jest powszechna wśród przedstawicieli pokolenia powojennego. Zaraz po wojnie w Europie ogólnie, a w Holandii w szczególności miał miejsce gwałtowny przyrost naturalny (baby-boom). Jest to jeden z czynników, który umożliwił jednostkom z tego pokolenia wywarcie znacznego wpływu. Już od lat siedemdziesiątych, gdy objęły one wpływowe pozycje społeczne, ideologia indywidualizmu i niezależności stała się pomocna w kształtowaniu oficjalnej polityki państwa.

Dobrobyt stworzył „świat jaki podoba się ludziom”, jak sformułował to kiedyś socjaldemokratyczny premier Den Uyl. Będąc krajem już bogatym, okazało się, iż Holandia ma do wykorzystania duże zasoby naturalnego gazu. Dochody z tego źródła zostały wykorzystane dla udoskonalenia systemu zabezpieczeń społecznych.

Pomimo rozległych cięć budżetowych, w porównaniu z innymi krajami, system ten jest nadal doskonały.

4. Badania a prywatność

Nacisk na prywatność i indywidualną autonomię ograniczył możliwości badań epidemiologicznych HIV. Ponieważ AIDS często nie rozwija się przed długim okresem inkubacji, konieczne jest zbieranie tak wielu informacji o przebiegu epidemii, jak to możliwe.

Badania tego rodzaju łatwo jest przeprowadzić, poprzez testowanie anonimowych próbek krwi, pobranych dla innych celów. Jest to standardowe postępowanie w Holandii w odniesieniu do innych chorób infekcyjnych, takich jak np. „choroba legionistów”.

Jednakże, aż do dnia dzisiejszego nie wydano zezwolenia na szerokie badania HIV. Z tego powodu w Holandii dostępnych jest mniej informacji na temat infekcji HIV niż w innych krajach, takich jak Wielka Brytania czy Stany Zjednoczone.

Anonimowe badania medyczne określonych grup przeprowadzane są bez świadomej zgody osób, od których pobierane są próbki krwi. W aspekcie czysto praktycznym, byłoby niemożliwym pytanie każdego o zgodę. Co więcej, gwarantowana jest anonimowość. W Stanach Zjednoczonych, te szerokie badania AIDS zostały wprowadzone bez żadnych zastrzeżeń, a w Wielkiej Brytanii podobny program rozpoczęto kilka lat temu.

W tym względzie Holendrzy, którzy szczerą się swoim wrażliwym i pragmatycznym podejściem, zostali w tyle tam, gdzie ten pragmatyzm jest potrzebny szczególnie. Amerykanie uważają, iż bez względu na to, jakie mogą być zastrzeżenia wobec naruszania prywatności przez badania anonimowe, przeważają interesy zdrowia publicznego. W końcu wyniki testów nie mają żadnego odniesienia do jednostek. W Holandii prawnicy i specjaliści w zakresie kwestii etycznych związanych z medycyną sprzeciwiają się, podnosząc kwestię, iż w badaniach tego rodzaju ujawnia się pewne cechy jednostkowe, takie jak płeć, wiek, religia, narodowość jednostek, których próbki krwi są testowane. Oznacza to, iż w odniesieniu do pewnych grup może mieć miejsce stygmatyzacja, a to może mieć dla nich pewne skutki, np. przy zawieraniu ubezpieczeń.

Opinie prawników i etyków są traktowane w Holandii bardzo poważnie. Wielu z nich uznaje wykorzystanie danych lub materiału fizycznego w sposób nie powiązany bezpośrednio z opieką nad chorym za potencjalne przestępstwo przeciw prawu do prywatności i nienaruszalności cielesnej. Z tych powodów próbki krwi mogą służyć wyłącznie takim celom na jakie pacjent udzielił zgodę i tylko wtedy, gdy pacjent udzielił bezpośrednio zgodę.

Gdy w roku 1989, kilka ważnych komitetów doradczych i koordynacyjnych zaproponowało okresowe, anonimowe, szerokie, sondażowe badania HIV, prawnicy i etycy zaprotestowali a przedstawiciele rządu szybko ulegli tym protestom. Bez bezpośredniej zgody pacjenta, uważali oni, że nie warto jest prowadzić badań nad chorobą, która ma dyskryminujące konotacje i która jest ponadto nieuleczalna.

Pomimo tego, podjęto wysiłki by uzyskać tak dokładny jak tylko to możliwe obraz przebiegu epidemii. Miejski wydział zdrowia przeprowadził serię sondaży ochotniczych. Anonimowe badania krwi przeprowadzone były wśród pacjentów klinik wenerologicznych, gdzie 93% spośród nich zgodziło się na współpracę.

Przeprowadza się również sondaż infekcji HIV wśród kobiet w ciąży. „To zajmuje nam lata” twierdzi Roel Coutinho, „ponieważ musimy uzyskać zgodę każdej pojedynczej kobiety. Obecnie mamy próbki krwi wszystkich ciężarnych kobiet w laboratorium. W ciągu tygodnia będziemy mieli kompletny obraz wirusa wśród ciężarnych w Amsterdamie. Ale obecnie jest to coś, czego zrobić nam nie wolno”. Parlament holenderski rozważa obecnie nową ustawę o umowach o leczeniu, która umożliwi wykorzystanie w sposób anonimowy istniejących próbek krwi dla celów badań naukowych, bez konieczności uzyskiwania zgody dawcy. Pacjenci mieliby prawo zgłaszania wszelkich zastrzeżeń.

W istocie, oznaczałoby to, iż w pewnym momencie w przyszłości, wprowadzono by taki sam system zakładający konieczność uzyskiwania zgody jak w innych krajach, włączając w to Wielką Brytanię. Jednakże niedostępne pozostałyby już pobrane próbki krwi, ponieważ dawcom nie dano możliwości wyrażenia swoich zastrzeżeń.

5. Amsterdam, miejsce narodzin polityki wobec AIDS

Będąc zwykłym wydziałem miejskim, wydział zdrowia w Amsterdamie był pomocny w formułowaniu polityki wobec AIDS i narkotyków. Jeszcze przed pojawieniem się AIDS istniała bliska współpraca pomiędzy wydziałem zdrowia i różnymi organizacjami gejowskimi w Amsterdamie.

W czasie sondażu nad efektywnością szczepionki przeciw hepatitis B, która jest chorobą przekazywaną drogą płciową i szczególnie rozpowszechniona wśród homoseksualnych mężczyzn, wzrosło wzajemne zaufanie. Dzięki temu zaufaniu już w roku 1984 można było przeprowadzić sondaż nakierowany na rozprzestrzenianie się HIV i AIDS wśród gejów.

Polityka wobec narkomanii stosowana w Amsterdamie również charakteryzuje się od pewnego czasu podejściem pragmatycznym. Przy końcu lat siedemdziesiątych, dla przykładu, zaczęto wśród narkomanów rozprawdzać pierwsze substancje zastępcze. Nie po to by zlikwidować ich uzależnienie ale by po prostu zredukować szkody wyrządzane narkomanom i społeczeństwu przez narkotyki.

Metadon, substancja używana w takim przypadku najczęściej, jest przyjmowany doustnie i neutralizuje symptomy głodu narkotycznego u narkomanów uzależnionych od heroiny. Samo uzależnienie pozostaje jednak bez zmian. We wczesnych latach osiemdziesiątych program metadonowy został wprowadzony w całym kraju. Ocenia się, iż obejmuje on obecnie więcej niż połowę narkomanów.

Z wielu względów było konieczne objęcie tak dużej grupy, jak to tylko możliwe. Program metadonowy jest warunkiem wstępnym regularnych kontaktów

z narkomanami przyjmującymi narkotyki dożylnie i umożliwia ponadto wprowadzenie programu wymiany igieł. Każdy konsument metadonu jest badany dwa razy w ciągu roku na gruźlicę. Chorzy na AIDS są także, potencjalnie, nosicielami gruźlicy.

NARKOMANI Z HIV/AIDS

Z wielu powodów dostęp do programu metadonowego nie jest łatwy. Niskie zagrożenie jest kluczem do podejścia amsterdamskiego i narkomani sami decydują czy chcą wysokich czy niskich dawek metadonu.

Metadon jest podawany albo w postaci tabletek albo płynu. Odmiennie, niż zwykle się przypuszcza, w Holandii tylko w kilku wyjątkowych przypadkach przydziela się narkotyki do iniekcji. Heroina do palenia, kokaina czy amfetamina nie jest rozprowadzana wcale.

Kiedy epidemia AIDS wybuchła po raz pierwszy, w Amsterdamie istniały już programy wymiany igieł. Nowe igły były wydawane bezpłatnie każdemu, kto przyniósł stare igły na wymianę i pozwalało to na uniknięcie przekazywania wirusa poprzez wspólne używanie igieł. Ponieważ narkomani musieli przynosić starą igłę za każdym razem, gdy potrzebowali nowej, mniej używanych igieł pozbywali się na ulicy i mniejsze było prawdopodobieństwo przypadkowego skaleczenia osób postronnych. Początkowo, by zapobiec rozprzestrzenianiu się hepatitis B Stowarzyszenie Narkomanów rozpoczęło na początku lat osiemdziesiątych wymianę igieł. Obecnie pozostało jedynie rozszerzyć ten program. W roku 1984 wymieniono w Amsterdamie 10.000 igieł a ilość ta wzrosła do jednego miliona w roku 1991. Od tego czasu zapewniono odpowiednie pomieszczenia by narkomani mogli wymieniać igły lub kupować je w ciągu całej doby.

Pomysł wymiany igieł został przyjęty w całym kraju i od tego czasu wprowadzono go w sześćdziesięciu holenderskich miastach. Początkowo powszechny wśród władz miejskich był opór wobec takiego programu, ponieważ uważano iż wymiana igieł była sprzeczna z dążeniem do wyciągnięcia narkomanów z nalogu. W roku 1989, po wielokrotnych prośbach ze strony ministerstwa, w końcu zdecydowało się przyjąć te programy.

6. Wprowadzanie programów: samoorganizacja

Organizacje prywatne, tradycyjnie odgrywają ważną rolę w rozwiązywaniu problemów społecznych. W Holandii państwo wydaje znaczne sumy na subsydia dla tego typu organizacji.

Właśnie w taki sposób podchodzi się także do problemów HIV i AIDS. Ministerstwo Opieki Społecznej, Zdrowia i Kultury jest odpowiedzialne za politykę wobec AIDS, ale doradcami w sprawach jej kształtu i wprowadzania są organizacje w sposób szczególny skierowane na AIDS. W kwestii sformułowania tej polityki ogólnie, władze dostosowują się do poglądów wyrażanych przez te organizacje. Rząd centralny wydaje znaczne sumy pieniędzy na badania nad AIDS, kampanie informacyjne i ośrodki opieki nad chorymi.

Różne organizacje zdecydowały się pracować wspólnie w krajowym Zespole Koordynacyjnym. W roku 1987 Zespół Koordynacyjny został zastąpiony Krajową Komisją Walki z AIDS i jej członkowie nie byli już nominowani jako przedstawiciele poszczególnych organizacji, ale na podstawie osobistych kwalifikacji.

Ramy współpracy zostały także ustalone na poziomie regionalnym i lokalnym. W roku 1990 działało ponad 40 komitetów.

Amsterdamska platforma AIDS uzyskała status oficjalny agencji doradczej dla władz miejskich.

Początkowo, organizacje mężczyzn homoseksualistów wywierały znaczący wpływ na krajowy Zespół Koordynacyjny i w konsekwencji na całą politykę prewencyjną. W drugiej połowie lat osiemdziesiątych rozwój wydarzeń w Afryce uczynił widocznym, iż jednostki heteroseksualne są również grupą ryzyka. Wydatki na AIDS wzrastały gwałtownie, a środki prewencji coraz bardziej koncentrowały się na heteroseksualistach.

Ludzie coraz bardziej zaczęli odczuwać, iż organizacje gejów i inne specyficzne organizacje mają za dużo do powiedzenia na temat jak wydawane mają być pieniądze.

W celu zminimalizowania dyskryminacji i marginalizacji, leczenie i opieka nad nosicielami HIV i pacjentami chorymi na AIDS są prowadzone w tym stopniu, w jakim to możliwe, w istniejących ośrodkach medycznych. Im więcej będzie tam pacjentów nosicieli HIV i chorych na AIDS, tym trudniej będzie utrzymać to podejście. Jednym z celów jest zapewnienie opieki w domu tak wielu chorym na AIDS jak to możliwe. W roku 1988 dziesięć szpitali w całej Holandii przeznaczonych zostało na specjalne ośrodki dla chorych na AIDS i otrzymały dodatkowe fundusze i obiekty na ten cel. Pionierska praca została wykonana przez Akademickie Centrum Medyczne w Amsterdamie, które ponadto spełnia użyteczną rolę łącząc opiekę i leczenie z aplikacją wyników najnowszych odkryć naukowych.

7. Bezpieczny seks w państwie dobrobytu

Holandia jest krajem z doskonale rozwiniętym systemem komunikacyjnym i względnie dobrze wykształconą ludnością. Istniały zatem dobre warunki do spowodowania zmian w zachowaniu poprzez kampanię informacyjną.

Rocznie rezerwuje się 20 milionów guldenów na kampanie informacyjne o AIDS. Ich celem jest poinformowanie ludności, ale bez moralizowania. Głównym celem jest zmiana zachowań ale bez wywoływania paniki i dyskryminacji. Często dla przyciągnięcia uwagi stosuje się środki humorystyczne i ironię.

Już w roku 1983 Holandia zaczęła wprowadzać politykę prewencji. Pierwsze kampanie informacyjne skierowane były na mężczyzn homoseksualistów. Rok później rozpoczęto kampanię skierowaną na narkomanów, a w roku 1987 do ogółu ludności. Większość krajów europejskich nie rozpoczęło kampanii informacyjnych zanim AIDS nie stał się zagrożeniem rozszerzającym się z grup ryzyka na całość społeczeństwa.

Dziwięciu na dziesięciu Holendrów wie dokładnie jak AIDS jest przekazywane i jak zapobiegać zakażeniu. Kampanie prewencyjne nie są skierowane na zmniejszenie zachowań promiskuitywnych, lecz na seks bezpieczny, to znaczy stosowanie prezerwatyw.

W rzeczywistości w społecznościach gejów i w społecznościach heteroseksualnych wydaje się występować tendencja do znacznego ograniczania liczby partnerów seksualnych. Spośród jednostek, które mają wielu partnerów seksualnych, większość rzadko lub nigdy nie używa prezerwatyw. Informacje o sprzedaży prezerwatyw wykazują nieznaczny tylko ich wzrost.

Pigułki antykoncepcyjne są szeroko stosowane w Holandii i łatwiej jest tutaj o aborcję niż w większości krajów zachodnich. Może to wyjaśniać dlaczego młodsze pokolenie ma tak niewielkie doświadczenia. Długo przedtem jak AIDS wylądowało w Holandii, były już niemodne.

W ostatnich dziesięcioleciach, w Holandii, pojawiło się wiele nowych możliwości w zakresie stylu bycia. Nieskrępowane życie seksualne, ze swobodą „zabawy” i „pójścia na całość” było jednym z nich. W porównaniu z beztruskimi latami sześćdziesiątymi i siedemdziesiątymi powrót do prezerwatyw oznaczał gigantyczny krok wstecz.

W tym samym czasie holenderskie państwo dobrobytu przejmowało na siebie coraz więcej z tego, co zwykle było sferą odpowiedzialności jednostki. Ale tymczasem w obliczu AIDS, państwo jest bezsilne. W kraju dobrobytu, takim jak Holandia, kampania zapobiegania AIDS może być podsumowana w sposób na-

stępujący: „Ludzie, bierzcie z powrotem w swoje ręce odpowiedzialność za swoje życie!”, Ta strategia wydawała się być oparta o głęboko zakorzeniony realizm, zwłaszcza jeśli chodzi o seks i narkomanię. Nierealistyczne oczekiwania powinny być porzucone.

Dlatego mężczyznom gejom radzi się co następuje:

- unikaj seksu analnego
- jeśli masz stosunek analny, używaj specjalnych prezerwatyw.

Wobec narkomanów istnieje podobne podejście:

- nie używaj narkotyków
- jeśli bierzesz narkotyki, nie rób tego dożylnie
- jeśli używasz narkotyków dożylnie, nie używaj igły użytej już przez kogoś innego
- jeśli używasz igły użytej już przez kogoś innego, najpierw ją dezynfekuj.

Dla władz oznacza to: dostarczyć należy prezerwatywy, wprowadzić programy wymiany igieł, uczynić dostępnym metadon. I zapewnić istnienie programów rehabilitacji dla wszystkich, którzy pragną zerwać z narkomanią.

Tendencją widoczną w latach osiemdziesiątych były wielkie kampanie informacyjne skierowane do ogółu ludności. W latach dziewięćdziesiątych nacisk będzie położony na bardziej intensywne zindywidualizowane podejście do grup ryzyka. W przypadku metody zorientowanej na przypadki, docierać się będzie także do klientów i partnerów prostytutek-narkomanek.

8. Ramy działań wobec poszczególnych grup

Homoseksualiści mężczyźni: delikatna emancypacja

Pozycja społeczna homoseksualistów w Holandii jest znacznie lepsza niż gdziekolwiek na świecie. Istnieje szeroka homoseksualna kultura grupowa, która - naturalnie w Amsterdamie - jest całkowicie otwarta i znana na całym świecie. Prawa homoseksualistów do równego traktowania są oficjalnie uznawane, a ich organizacje hojnie subsydiowane.

Wszystko to wydarzyło się jednak względnie niedawno. Homoseksualiści odbierają własną emancypację jako coś delikatnego i zawsze istnieje obawa, iż epidemia AIDS doprowadzi ponownie do stygmatyzacji i dyskryminacji. Prowadzi to do tarć z innymi grupami interesu, takimi jak chorzy na hemofilię i lekarze specjaliści w zakresie zdrowia publicznego.

Holenderskie podejście zapobiegawcze okazało się efektywne w stosunku do gejów. W ramach tej grupy mężczyzn nowe przypadki AIDS, jak wykazały kontrole amsterdamskiego wydziału zdrowia, zmniejszyły się z 8% w roku 1985 do 1% w roku 1989. Wystąpił także spadek „zwykłych” chorób wenerycznych, co dodatkowo świadczy, iż seks niebezpieczny stał się mniej powszechny.

Emocjonalne zaangażowanie społeczności gejów zademonstrowane zostało przy wprowadzaniu pewnych programów w dwudziestu pięciu miastach. Uczestniczyli w nich „buddys”, ochotnicy, często geje, którzy pomagali nieznanym sobie chorym na AIDS, w rozwiązywaniu ich problemów.

Jednakże już od roku 1990 było wiadomo poprzez odnotowany wzrost zachorowań na choroby weneryczne, iż ludzie mniej pilnują się i są mniej skłonni do używania prezerwatyw. Wśród grupy mężczyzn obserwowanych przez wydział zdrowia, odsetek infekcji HIV wykazał nieznaczny wzrost.

W saunach i w ciemniach zachowania wysokiego ryzyka nasiliły się bardziej. Amsterdamskie władze zdrowotne rozważają obecnie obowiązek propagowania informacji na temat HIV i AIDS przez wszystkie sauny i kluby gejów.

Dylematy polityki wobec narkomanii.

W Holandii żyje co najmniej 20.000 narkomanów przyjmujących twarde narkotyki i ilość ta jest uważana za niezmienną się od kilku lat. Przeciętny wiek narkomana podnosi się i wynosi obecnie około trzydziestu lat.

Jakkolwiek w wielu krajach Europy Zachodniej doświadczonego eksplozji zgonów z powodu przedawkowania, w Holandii w ciągu ostatnich kilku lat ilość ta nie wzrosła. Rocznie umierało z tego powodu około pięćdziesięciu osób, wiele z nich to cudzoziemcy.

Okolo jednej trzeciej narkomanów mieszka w Amsterdamie i jedna trzecia w pozostałych dużych miastach na zachodzie Holandii. W Amsterdamie trzy czwarte narkomanów pozostaje w kontakcie z placówkami służby zdrowia lub opieki społecznej i jest to prawda, choć w nieco mniejszym odsetku w pozostałych dużych miastach. Okolo jednej trzeciej narkomanów stanowią mniejszości etniczne, w większości z Surinamu, dawnej holenderskiej kolonii na północnym wybrzeżu Ameryki Południowej. Niektórzy z nich pochodzą z Molouków, wysp obecnie stanowiących część Indonezji, a uprzednio również kolonii holenderskiej, niepodległej od roku 1949. Ponadto potomkowie Turków i Marokańczyków, dzieci ludzi, którzy przyjechali do pracy w latach sześćdziesiątych. Narkomani pochodzenia tureckiego i marokańskiego są szczególnie trudno dostępni dla służby zdrowia i opieki społecznej, a zatem pozostają w dużym stopniu „niewidoczni”.

Szacuje się, iż około jedna trzecia narkomanów przyjmuje narkotyki dożylnie. Często zażywają oni heroinę w połączeniu z kokainą i innymi środkami. W porównaniu z innymi krajami, ilość heroinistów w Holandii jest względnie niska. W Stanach Zjednoczonych, Włoszech, Szwecji, ilość heroinistów na milion mieszkańców jest dużo wyższa. Znaczny odsetek przyjmujących narkotyki dożylnie to nosiciele HIV - w Amsterdamie - w przybliżeniu jedna trzecia więcej niż w pozostałych rejonach kraju. Dobra wiadomość to ta, iż w ostatnich latach odsetek ten wydaje się być ustabilizowany. W Mediolanie, odsetek nosicieli HIV wśród narkomanów stosujących narkotyki dożylnie osiągnął wartość sześćdziesiąt, a w Nowym Jorku osiągnął nawet siedemdziesiąt. Zła wiadomość to ta, iż obecnie HIV może rozprzestrzeniać się głównie poprzez narkomanów stosujących iniekcje. W Holandii, grupa narkomanów stosujących iniekcje obejmuje znaczną grupę Niemców i innych cudzoziemców, ale względnie niewielu członków mniejszości etnicznych. Rozpowszechnianie się AIDS wśród narkomanów z Surinamu jest znacznie ograniczone, ponieważ raczej przyjmują narkotyki doustnie, wdychają je lub palą, a nie biorą ich dożylnie. Ponieważ wielu pierwszych sprzedawców pochodzi z Surinamu, nadają oni ton zażywaniu twardych narkotyków w Holandii. Pomogło to w ograniczeniu rozpowszechniania się HIV wśród heroinistów.

W Holandii działa sieć wielu placówek medycznych dla narkomanów, stosujących metody o których nie słyszano gdzie indziej.

W niektórych holenderskich miastach, byli narkomani są wynajmowani do pracy jako „doświadczeni eksperci”. Czynni narkomani są czasami zatrudniani jako pracownicy terenowi przez ośrodki pomocy społecznej, gdzie jednym z ich zadań jest „uczenie robienia zastrzyków”. W Rotterdamie igły są wymieniane między innymi poprzez „kolektywy użytkowników”. Użytkownicy udostępniają swój dom handlarzowi narkotyków i otrzymują pojemnik pełen nowych igieł, za każdym razem, gdy zwracają pojemnik pełen igieł zużytych. Zatem w mieszkaniu zawsze dostępne są czyste igły, nawet w czasie gdy zamknięte są ośrodki oficjalnych programów wymiany.

Lokale, gdzie ma miejsce nielegalny handel, mogą być również celem policyjnych nalotów. Paradoksy tego rodzaju są typowe dla podejścia holenderskiego. Likwidowanie lokali, gdzie sprzedawane są narkotyki jest sprawą rutynową, ale zawsze gdy narkomani stosujący środki dożylnie są zwalniani, to na posterunku policyjnym czyni się wszystko by otrzymali przy wyjściu czystą igłę.

Dzięki dawno już wprowadzonym programom metadonowym i współpracy ze Stowarzyszeniem Narkomanów, dotarto do znaczącej liczby narkomanów stosujących środki dożylnie. W niektórych miastach pracownicy programów wymiany posuwają się do tego, iż szukają narkomanów w barach i innych lokalach.

W Amsterdamie okazało się, że niewielkie są podstawy do obaw, iż dostarczanie igieł tylko zachęca ludzi do stosowania twardych narkotyków. Programy wymiany igieł ani nie stymulowały narkomanów do zmiany narkotyków na twarde, ani nie powodowały zwiększonego używania przez tych, którzy je przyjmowali uprzednio. Ponieważ wysiłki zmierzające do utrzymywania zagrożenia na niskim poziomie oznaczały także brak rejestrowanych danych, trudno jest ocenić efekty programów wymiany igieł.

Zatem nie ma konkretnych dowodów, iż ograniczyły one efektywnie rozprzestrzenianie się wirusa. To samo twierdzenie jest prawdziwe również w odniesieniu do programów metadonowych. Jednym ze wskaźników sukcesu programu wymiany igieł może być fakt, iż od roku 1985 zanotowano gwałtowny spadek w ilości zachorowań na hepatitis B wśród narkomanów przyjmujących środki dożylnie. Jednakże, pomimo ogromnego wzrostu ilości wymienianych igieł nie wydaje się, by miał miejsce znaczny spadek ilości nowych infekcji występujących wśród narkomanów przyjmujących środki dożylnie.

Infekcje takie ciągle są rejestrowane wśród 4 do 5% wielkiej grupy narkomanów badanych przez wydział zdrowia w Amsterdamie już od roku 1987.

Badania wykazały także, iż narkomani przyjmujący codzienne dawki metadonu są narażeni w tym samym stopniu na infekcję, jak ci, którzy przyjmują nieduże dawki w nieregularnych okresach. Wskazuje to, iż pomimo założeń przyjmowanych przez władze, przyjmujący metadon kontynuują dożylnie przyjmowanie narkotyków. Innym problemem jest fakt, iż w coraz większym stopniu narkotykiem preferowanym staje się kokaina. Narkomani palący lub przyjmujący kokainę dożylnie nie są włączeni w programy metadonowe, a zatem pozostają trudno dostępnymi.

W okresie ostatnich kilku lat, jak wydaje się, miała miejsce wyraźna poprawa w zachowaniach oficjalnie nazywanych „zachowaniami iniekcijnymi”. Jednakże narkomani muszą zmienić także swoje zachowania seksualne. A w tym zakresie postęp był niewielki. „Ostatnio robię to tak rzadko, iż chcę mieć pełną przyjemność”, skomentował to jeden z amsterdamskich narkomanów przyjmujących narkotyki dożylnie.

Prostytutki-narkomanki: „tolerowane” źródło zakażeń HIV?

W Amsterdamie mieszka kilkaset narkomanek-prostytutek, połowa z nich to Niemki. W innych dużych miastach i w miastach na granicy z Niemcami, również pewna liczba prostytutek jest narkomankami.

Badania prostytutek-narkomanek pokazują, iż większość z nich używa narkotyków dożylnie, połowa z nich jest nosicielkami HIV a kilka z nich już choruje na AIDS. Z pewnością, w świetle faktu, iż choroby weneryczne są wśród nich również powszechne, jeśli nie są stosowane prezerwatywy, ryzyko infekcji jest wysokie.

W pewnej ilości miast wydzielone są pewne strefy, gdzie prostytutki - narkomanki są „tolerowane”. Istnieją strefy o niskim zagrożeniu, gdzie mogą one przyjść na filiżankę kawy, po konsultacje medyczne i socjalne, prezerwatywy i czyste igły. Rozdawane są tam foldery akcentujące znaczenie używania prezerwatyw. W praktyce kobiety te zwracają niewielką uwagę na ostrzeżenia. Zwykle klient nie bardzo chce używać prezerwatyw. Zatem wystarczy poczekać, by prostytutka-narkomanka zaczęła odczuwać symptomy głodu narkotycznego, a wtedy gotowa jest zrobić wszystko.

Tylko niewielki odsetek prostytutek stwierdza, iż stale używają prezerwatyw dla wszystkich swoich klientów. A w swoich nie-komercyjnych kontaktach seksualnych rzadko kiedy ich używają. Więcej niż jedna czwarta prostytutek-narkomanek ma przyjaciół, którzy nie są narkomanami. Jest to jeszcze jedna droga transmisji infekcji do szerszej populacji.

Prawdopodobnie istnieje tylko jedna grupa kobiet, które nigdy nie zaprzestały używania prezerwatyw; profesjonalne prostytutki. W Holandii bardzo niewiele prostytutek nie-narkomanek jest nosicielkami HIV lub ma AIDS. W chwili obecnej, szansa zarażenia klienta przez prostytutkę jest znacznie większa niż odwrotnie. W Holandii tylko bardzo rzadko propagowany jest zakaz pracy dla prostytutek-narkomanek. Przyjmuje się ogólnie, iż skłoniłoby je to jedynie do zejścia do „podziemia”.

Tolerancyjne holenderskie podejście może jednakże doprowadzić do niezwykłych sytuacji. Antycypując dzień wprowadzenia prawa zakazującego domów publicznych, niektóre miasta eksperymentują z wprowadzaniem systemu licencji dla prostytutek. Zakłada on wprowadzenie ścisłej regulacji wymagającej regularnych kontroli medycznych i określających wielkość pokoju i godziny zamknięcia. Jednakże nie będą wymagane obowiązkowe badania infekcji HIV.

Hemofilitycy

Šzacunkowo 170 z 1.200 holenderskich hemofilityków było zainfekowanych poprzez pochodne krwi; 34 zachorowało na AIDS, połowa z nich zmarła. Hemofilia jest dziedzicznym zaburzeniem wpływającym na siłę koagulacji krwi i występuje tylko wśród mężczyzn. Metoda leczenia wynaleziona w połowie lat sześćdziesiątych polega na ekstrakcji protein oddziałujących na koagulację z krwi dawcy. Jednakże aż do roku 1985 nie wynaleziono testów wykrywających HIV w krwi dawców.

Przedtem, między 100 a 200 osób zostało zainfekowanych poprzez transfuzje krwi, jakkolwiek ogólny odsetek ludzi zainfekowanych poprzez krew jest niższy niż w większości innych krajów. Powodem tego jest, iż w Holandii dawcy krwi są nieopłacanymi ochotnikami. HIV jest wśród ich dawek rzadszy niż w krwi „komercyjnej”. Jednakże pewna ilość hemofilityków była leczona produktami krwi pochodzącymi ze Stanów Zjednoczonych i doprowadziło to do wielu infekcji.

W roku 1983, kiedy po raz pierwszy doniesiono o hemofilitykach, nosicielach HIV, w Holandii wybuchła gorąca „krwista” dyskusja. Holenderskie stowarzyszenie pacjentów chorych na hemofilię pragnęło tak dobrej kontroli dostaw krwi jak tylko to możliwe. Banki krwi, postępując zgodnie z wzorem amerykańskim zaproponowały wyłączenie z grupy dawców homoseksualistów.

Propozycja ta nie została zaakceptowana przez organizacje gejowskie. Obawiały się one, iż homoseksualiści uznani zostaną odpowiedzialnymi za chorobę. W końcu osiągnięto kompromis. Banki krwi poproszą wszystkich członków grup ryzyka do wypisania się z listy dawców. Pod warunkiem, iż nie wszyscy homoseksualiści będą postrzegani jako grupa ryzyka, a jedynie ci, którzy zmieniają partnerów, organizacje gejowskie obiecały poparcie próby. Osiągnięty kompromis tworzył podstawę polityki wobec dawców krwi od roku 1983 do roku 1985, kiedy możliwe stało się badanie krwi dawcy. Apel do poczucia odpowiedzialności gejów wydawał się pojawić w odpowiednim czasie i był w miarę skuteczny. Od roku 1985, nie więcej niż jedna na 30.000 porcja krwi okazała się być HIV-pozytywna. Taką samą wielkość możemy przyjąć dla okresu przed rokiem 1985.

Nie oznacza to, iż w tym okresie rocznie nie trafiały się dziesiątki dawek krwi zakażonych HIV. I można założyć, iż wiele z tych dawek pochodziło z grup ryzyka, jak w przypadkach po roku 1985. Niemożliwym jest stwierdzić jak wiele dawek pochodziło od homoseksualistów zmieniających partnerów, którzy nie byli świadomi, iż są nosicielami HIV i oddawali krew w geście emancypacji gejów.

Obecnie, niektóre banki krwi proszą dawców o podpisanie oświadczenia, iż zapoznali się z materiałem dotyczącym AIDS i w zgodzie ze swoją wiedzą nie należą do jakiegokolwiek z wymienionych grup ryzyka, włączając w to wszystkich mężczyzn, którzy mieli jakikolwiek kontakt seksualny z innym mężczyzną od roku 1980. Organizacje gejowskie oburzyły się i określiły to jako “oświadczenie o niehomoseksualności”, porównywalne z oświadczeniem o nieżydowskim pochodzeniu wymaganym przez niemieckich okupantów w czasie drugiej wojny światowej.

W różnych krajach Europy rządy przeznaczyły specjalne fundusze na pomoc hemofiliptom z AIDS. W Holandii nie zrobiono nic takiego do tej pory. Władze obawiają się, iż mogłoby to mieć charakter precedensu, gdyby jakaś kategoria pacjentów otrzymała tego rodzaju zadośćuczynienie.

Holenderskie Stowarzyszenie HIV, które promuje interesy chorych na AIDS i nosicieli HIV, sprzeciwiło się tego rodzaju rozwiązaniu, które dotyczyłoby tylko chorych na hemofilię. Stowarzyszenie obawiało się, iż sugerowałoby to, że tylko pacjenci zainfekowani poprzez transfuzję uznani by mogli być za “niewinne” ofiary.

Transmisja od matki do dziecka

W Holandii dziesiątki dzieci rodzi się jako nosiciele HIV. Prawdopodobieństwo przekazu zakażenia z matki na dziecko wynosi od 15 do 25%.

Jakkolwiek Holenderska Rada Zdrowia zaleciła lekarzom «empatyczne» sugerowanie aborcji w przypadku ciężarnych kobiet, nosicielek HIV, ostateczna decyzja pozostawiona jest zawsze samej kobiecie. Rada Zdrowia zaleca ponadto lekarzom spytanie o pewne czynniki ryzyka przy pierwszym badaniu kontrolnym w ciąży i w przypadku odpowiedzi pozytywnych poddanie kobiety i jej partnera testom. Zastrzeżenia były w tym przypadku bardzo ostre, ponieważ lekarzom nigdy nie zalecano podobnego postępowania w odniesieniu do innych chorób.

W roku 1987 parlament holenderski zadecydował, iż w związku z nieznacznymi współczynnikami infekcji w tej kategorii ryzyka, jeden przypadek na 1.000 w Amsterdamie i nawet mniej w innych miejscach, te rutynowe testy dla kobiet ciężarnych nie były kontynuowane.

9. Umiarkowanie wobec testów

Holandia zawsze postępowwała umiarkowanie w kwestii testów. Masowe badania pod kątem HIV takich grup jak kobiety ciężarne czy prostytutki nigdy nie były uznane za możliwe do zaakceptowania. Podobnie, władze holender-

skie nie popierają testowania cudzoziemców lub odmawiania wizy nosicielom HIV, czy chorym na AIDS.

W roku 1990 przyjęto zasadę, iż przy badaniach kwalifikacyjnych do pracy, badanie na obecność HIV może być wymagane tylko w odniesieniu do określonych stanowisk, gdy jest konieczne dla oceny przydatności kandydata. W niektórych krajach systematycznym testom HIV poddawani są więźniowie, w Holandii tego się nie robi. Z tego powodu nie ma dokładnych danych, ale ocenia się, iż około 5% więźniów jest nosicielami HIV. Wiadomo, iż 30 do 40% więźniów jest narkomanami. Jak do dnia dzisiejszego, AIDS wykryto u pięciu skazanych i zwolniono ich z więzienia.

Awersja do badań przymusowych była na początku tak duża, iż Holandia przesunęła się na drugi biegun skrajności. Głównie dzięki uporowi organizacji homoseksualistów wprowadzono politykę «zniechęcania» wobec grup wysokiego ryzyka, podkreślając wady testów na obecność przeciwciał.

Podstawą było stwierdzenie, iż każdy nosiciel HIV nie musi uprawiać bezpiecznego seksu, a wyniki badań nie dostarczyłyby żadnych wskazówek co do sposobu postępowania. Ponadto, wyniki ujemne wzmocniłyby jedynie fałszywe poczucie bezpieczeństwa.

Takie twierdzenie propagowane było przez organizacje gejowskie. To głównie pod wpływem tych organizacji rozpoczęto w roku 1985 kampanię zniechęcającą gejów do poddawania się testom.

Nikt nie zaprzeczał jednak, iż jednostki, które tego pragną muszą mieć możliwość poddania się badaniom. Ośrodki badań anonimowych zostały powołane jeszcze tego roku i są subsydiowane przez państwo. W drugiej połowie lat osiemdziesiątych polityka zniechęcania stała się obiektem rosnącej krytyki. Wyniki badań wydawały się wskazywać, iż nosiciele HIV zmieniali swoje zachowania częściej, niż ludzie, którzy nie byli nosicielami ... lub nie wiedzieli, że nimi są, ponieważ nie robili badań. Ponadto, zaczęły być dostępne wczesne środki lecznicze takie jak AZT czy PCP. W końcu lat osiemdziesiątych polityka zniechęcania zastąpiona została polityką neutralną, biorącą pod uwagę zalety i wady badań diagnostycznych. Różne instytucje pomocy społecznej i ochrony zdrowia pracujące z narkomanami początkowo były równie entuzjastyczne jak uprzednio wobec polityki zniechęcania. Dopiero około roku 1987, gdy okazało się, iż jedna trzecia narkomanów przyjmujących narkotyki dożylnie, zbadanych w Amsterdamie, jest nosicielami HIV, zmieniły swoją postawę.

W niektórych krajach przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe próbują ograniczyć finansowe skutki ryzyka AIDS stwierdzając wprost, iż nie będą wypłacać od-

szkodowań ofiarom AIDS. Nie jest to możliwe w Holandii, gdzie informacja o przyczynie zgonu nie jest ujawniana. Już od roku 1988, każdy kto chciał zawrzeć ubezpieczenie na życie przekraczające 200.000 guldenów lub ubezpieczenie od wypadków na ponad 40.000 guldenów musiał przeprowadzić testy na HIV. Nosicielom HIV albo odmawia się ubezpieczenia, albo muszą płacić wyższe składki.

Oficjalnie, osoby które pragną się ubezpieczyć, a u których ryzyko infekcji jest podwyższone, ponieważ należą do grupy ryzyka, nie są traktowane w żadnym sensie odmiennie. Przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe mogą jednak wymagać testów na AIDS, „na podstawie zdrowotnej”, dla przykładu w związku z uprzednim leczeniem syfilisu czy hemofilii. Aż do dnia dzisiejszego hemofilycy, którzy pragną ubezpieczyć się na życie nawet na sumę mniejszą niż 20.000 guldenów, muszą poddać się uprzednio testom AIDS.

W tym roku rząd zdecydował się na utworzenie gwarantowanego funduszu kompensującego przedsiębiorstwom ubezpieczeniowym wypłaty odszkodowań hemofilytom, którzy umarli na AIDS. Dzięki temu nie muszą oni poddawać się badaniom na AIDS przed zawarciem ubezpieczenia. W porównaniu z innymi krajami, sumy odszkodowań wypłacane przez firmy ubezpieczeniowe z powodu zgonów wskutek infekcji HIV poprzez krew, nie były wysokie.

10. Podejście holenderskie; ostrożny optymizm

Opierając się na holenderskiej tradycji i biorąc pod uwagę sytuację dzisiejszą, Holandia wypracowała odrębne podejście do AIDS i problemów związanych z narkotykami, wybierając raczej rozwiązania pragmatyczne, a nie ściśle wymuszanie prawa. Podejście to było w Holandii dyskutowane, a parlament zawsze jednomyślnie popierał politykę wobec AIDS. Jednakże w pozostałych częściach świata polityka ta była tak samo mocno krytykowana jak i chwalona.

Holenderscy uczeni od samego początku usiłowali oszacować i ocenić efekty tej polityki. Jednakże z powodu niedostatku danych dotyczących całej populacji, nie było to proste. Większość dostępnych informacji pochodzi z badań w których uczestniczą dobrowolnie geje i narkomani, i daleko jest do pewności, iż obraz uzyskany na takiej podstawie jest prawdziwy również w odniesieniu do całej grupy. Przy wyciąganiu wniosków konieczne są ostrożność i ograniczenie - tradycyjne holenderskie cechy.

Ostatnie badania nad programami wymiany igieł wskazują, iż efekty tych programów są nieco mniejsze niż pierwotnie sądzono. Jednakże główne założenie podejścia holenderskiego zostało w pełni potwierdzone. Jest ono z pewnością

prawdziwe w odniesieniu do największej grupy ryzyka, gejów mężczyzn, gdzie udało się doprowadzić do istotnej zmiany zachowań.

Już od roku 1990, w środowisku gejów zaobserwować można było pewną świadomość zagrożeń, co ilustruje jeszcze raz tezę, iż kampanie informacyjne i działania prewencyjne są efektywne tylko wtedy, gdy decydenci pozostają czujni i nieustannie wprowadzają pożądane innowacyjne rozwiązania.

Świat narkomanów jest znacznie mniej otwarty na konsultacje i apele do zdrowego rozsądku. Waga używania czystych igieł została zrozumiana przez narkomanów przyjmujących narkotyki dożylnie i prostytutki-narkomanki, ale bezpieczny seks nie uzyskał wysokiej wagi.

W wysiłkach skierowanych na poradzenie sobie z narkomanami stosującymi twarde narkotyki, dylematy polityki wobec AIDS ujawniają się szczególnie wyraźnie. Środowisko narkomanów może stwarzać zagrożenie dalszego rozprzestrzeniania się HIV i AIDS na populację heteroseksualną.

Aż do dzisiaj, «tolerancyjne» podejście holenderskie było w stanie zredukować ale nie wyeliminować te niebezpieczeństwa. Tymczasem Holendrzy nie dostrzegają potrzeby zmiany kierunku. Pracownicy służb medycznych, socjalnych i informacji publicznej dotarli do narkomanów stosujących środki dożylnie i prostytutek-narkomanek oraz ich partnerów i klientów w bardzo bezpośredni i osobisty sposób.

Szukano więc rozwiązań nieustannie oczyszczając, poprawiając i dopasowując do warunków istniejące podejście. Za granicą, holenderska polityka wobec AIDS jest znana jako eksperyment, ale jeśli chodzi o jej rzeczywiste wprowadzanie, centralną rolę odgrywają doświadczenia zdobywane i stosowane przez wieki holenderskiej historii.

Tłumaczenie: Jan Kolbowski

Herman Vuijsje

Summary

Based on Dutch traditions and the Dutch situation today, the Netherlands developed a distinctive approach to AIDS and drug-related problems, opting for pragmatic considerations rather than the strict enforcement of laws. This approach has been undisputed in the Netherlands, where the Parliament never failed to unanimously support the AIDS policy. In the rest of the world, however, criticism of the policy has been just as abundant as praise.

From the start, Dutch researchers have tried to assess and evaluate the effects of the policy. However, due to the dearth of research data on the whole population, this has not been simple. The most important information comes from studies that gay men and hard drug users take part in voluntarily, and it is far from certain whether the picture produced by these volunteers holds true for the entire group. In drawing conclusions, caution and restraint - traditional Dutch virtues - are thus called for. Recent studies on needle exchange programmes indicate that their effects might have been less sizeable than was initially assumed. However, the basic tenet of the Dutch approach has been amply confirmed. This certainly holds true of the largest risk group, gay men, where substantial behaviour changes have been successfully brought about.

Ever since 1990, a slight risk awareness relapse has been observed in the gay community, which only serves to illustrate once again that information campaigns and prevention policies are only effective if policy-makers stay on the alert and constantly institute whatever innovations are called for.

The drugs world is far less open to consultations and appeals to common sense. The importance of using clean needles has been accepted among intravenous drug users and addicted prostitutes, but safe sex has yet to become a high priority.

In the efforts to cope with hard drug users, the AIDS policy dilemmas have manifested themselves most clearly. The drugs world can be a risk for the further spread of HIV and AIDS to the heterosexual population. Up to now, the „tolerant” Dutch approach has been able to reduce but not eliminate this danger.

For the time being, the Dutch see no reason to change their course. Medical, social and public information workers have all come to approach intravenous drug users and addicted prostitutes and their partners and customers in a more direct and personal manner.

Thus solutions have been sought by constantly refining, improving and adjusting the existing approach. The Dutch AIDS policy might be known as experimental abroad, but in its actual implementation, a central role is played by experience that has been acquired and applied throughout centuries of Dutch history.