

KRAJOWE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA PROBLEMOM ZWIĄZANYM Z NARKOTYKAMI (HOLANDIA, WIELKA BRYTANIA, AUSTRALIA)

Antoni Zieliński

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

COUNTRY PROGRAMS COUNTERACTING PROBLEMS CAUSED BY DRUGS (THE NETHER-
LANDS, UNITED KINGDOM, AUSTRALIA)

HOLANDIA

„Holenderski system” jest wzorem dla wielu krajów, ale też od lat jest obiektem nieustającej krytyki ze strony USA, Francji i Szwecji, a w latach 80. spotykał się także z krytyką ze strony Niemiec. Z perspektywy kilku znaczących polskich posłów polityka holenderska postrzegana jest jako skrajnie liberalna, raczej nieskuteczna i jest przykładem drogi w niewłaściwym kierunku, a pozwolenie na funkcjonowanie *coffee shops*, gdzie sprzedaje się marihuanę, miało przynieść tylko negatywne skutki. Na zaostrzenie kursu wobec narkotyków „miękkich” (tj. praktycznie rzecz biorąc haszyszu i marihuany, bo olej haszyszowy jest objęty surową penalizacją) naciskają sąsiednie państwa, zwłaszcza Francja, ale także Stany Zjednoczone. Przez Holendrów tj. przez polityków, profesjonalistów, opinię publiczną, polityka holenderska wobec narkomanii postrzegana jest jako działania nacechowane pragmatyzmem i skutecznością, czego dowodzą wskaźniki rozpowszechnienia spożycia narkotyków i problemów z tym związanych na przestrzeni ostatnich dwudziestu pięciu lat, tj. od tego okresu, kiedy w prawie holenderskim w 1976 roku wprowadzono rozróżnienie na narkotyki „miękkie” i „twarde”. W ciągu tego okresu ścierają się w polityce holenderskiej stale tendencje skrajne i jak pisze Wever (1999): „ci sami ludzie są za

przymusem leczenia i legalizacją narkotyków (...), przez władze popierany jest kurs na abstynencję i zarazem wspierane są działania zmniejszające ryzyko permanentnej konsumpcji. Polityka holenderska może być przykładem łączenia dwóch perspektyw w podejściu do narkomanii, zarówno troski o zdrowie publiczne, jak i troski o utrzymanie porządku publicznego”.

Marihuana jest najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem w Holandii. Jak wynika z krajowego sondażu obejmującego mieszkańców w wieku 12 lat i więcej, w roku 1997 palenie marihuany w okresie ostatniego roku deklarowało 2,5% tj. ok. 323 000 osób. Szacowana liczba osób uzależnionych od konopii mieści się w przedziale 30 000-80 000. Wprawdzie mówi się o dramatycznym zwiększeniu rozpowszechnienia konopi wśród uczniów do roku 1996 i stabilizacji w latach 1996-1999, to ujawnione wskaźniki ocenić należy jako wielokrotnie mniejsze od amerykańskich, mniejsze od brytyjskich i podobne jak w krajach sąsiedzkich. Rozpowszechnienie narkotyków „twardych” jak kokaina, amfetamina, *ecstasy* i opiatów jest znacznie mniejsze (znacznie poniżej 1% w ciągu ostatniego roku). Obserwuje się stabilizację używania tych środków wśród młodzieży. Rozpowszechnienie substancji stymulujących i *ecstasy* jest podobne jak w innych krajach Unii Europejskiej i koncentruje się głównie w kregach młodzieży związanej z tzw. kulturą taneczną (*house-parties, techno-parties, love parade*). Kokaina, tak jak w krajach sąsiednich, jest popularna wśród wąskich kregów raczej lepiej sytuowanej młodzieży. Liczbę narkomanów opiatowych szacuje się w przedziale 25 000-29 000 osób, co mogłoby mylnie wskazywać, że jest stosunkowo większa niż w Polsce, bowiem w Holandii trzy czwarte narkomanów jest w kontakcie z placówkami pomocy lub leczenia, a w Polsce tylko niewielka część.

Obecna polityka wyłoniła się na początku lat 80. i od tego czasu kieruje się tymi samymi zasadami. Celem głównym polityki jest prewencja oraz zmniejszanie ryzyka powstania szkód indywidualnych i społecznych powodowanych przez narkotyki. Stosowanie różnych środków instytucjonalnych wobec osób (zasada indywidualizacji) powinno być odpowiednie do skali ryzyka wywoływanego użyciem narkotyku. Środki karne są podstawowym instrumentem zwalczania wielkiego handlu narkotykami z wyjątkiem niewielkich ilości przetworów konopii. Środki karne w polityce holenderskiej stosowane są z zasady wstrzemięźliwie również w odniesieniu do drobnego handlu, a w zgodnym tam przekonaniu nie są one najlepszym instrumentem rozwiązywania innych, poza handlem, problemów społecznych, tak związanych z narkotykami, jak i innych społecznie nowych lub nie akceptowanych zachowań, czyli tzw. dewiacji.

Z uwagi na niezwykłość fenomenu modelu holenderskiego i kontrowersje z nim związane, warto może spojrzeć wstecz do początków i tradycji, która ten model ukształtowała.

Podwaliny holenderskiej polityki kładziono już w XIX wieku. W holenderskich Indiach Wschodnich (dzisiejszej Indonezji) wprowadzono medyczną kontrolę nad konsumpcją opium. Jednolita Konwencja z 1961 roku przyjęta przez Ligę Narodów została ratyfikowana przez holenderski parlament w roku 1963 i Holandia wprowadziła ostry represyjny kurs odstępując od poprzednich antyprohibicyjnych doświadczeń. W latach 60., wśród młodzieży stało się popularne używanie marihuany i LSD.

Władze zaszokowane tym zjawiskiem zareagowały ostrą represją, co przyniosło efekt przeciwny od oczekiwanego. Narastająca krytyka ze strony polityków i społeczeństwa doprowadziła do zmiany polityki. Na początku lat 70. zaczęto poszukiwać alternatywy dla interwencji karnej. Jak się zgodnie podkreśla, zasadnicza reorientacja polityki była wynikiem nie tylko ewolucji poglądów polityków, ale i zmian w świadomości społecznej (i w tym zasługa grupy wybitnych socjologów, którzy zdefiniowali problem w kategoriach podkultury młodzieżowej). W wyniku rekomendacji dwóch niezależnych komitetów opiniotwórczych zalecających ograniczenie środków karnych, doszło do uchwalenia Ustawy Opiumowej w 1976 roku (Opium Act), która wraz z obudowującymi z biegiem lat tę legislację nowych przepisów wytycza główny kurs polityki wobec narkomanii ukierunkowanej głównie na ochronę zdrowia publicznego. Wprawdzie legalizacja posiadania konopi okazała się niemożliwa w świetle Jednolitej Konwencji z 1961, ale możliwa była zmiana kwalifikacji czynu. Otóż posiadanie lub sprzedaż do 30 gramów marihuany uznano nie za przestępstwo, a za wykroczenie zagrożone karą do jednego miesiąca więzienia lub grzywny. Ponadto w ustawie konsekwentnie wprowadzono kary niższe za posiadanie niż za handel, co kierować powinno uwagę aparatu ścigania raczej na handlarzy niż na konsumentów. W prawie holenderskim dużą rolę odgrywa instytucja dyrektury prokuratorskiej, w myśl której istniejąca praktyka sprzedaży małej ilości marihuany (obecnie do 5 gramów) w centrach młodzieżowych przez tzw. *house dealers* może być tolerowana. Należy raz jeszcze podkreślić, że od połowy lat 70. podejście represyjne zeszło na plan drugi ustępując pola na rzecz prewencji, pomocy społecznej, leczenia i rehabilitacji.

Prewencja jest skierowana zarówno na całe społeczeństwo, jak i na poszczególne jego segmenty (profilaktyka specyficzna), a jej celem generalnym jest zmiana świadomości społecznej w takim kierunku, aby aprobowało ono łagodne instrumenty działania, które chronią młodzież przed narkotykami, a jednocześnie nie stygmatyzują negatywnie narkomanów, co oznacza uznanie narkomanii za jeden z „normalnych”, tj. nieodłącznych, obok bezrobocia, imigracji i przestępczości, cech współczesnego społeczeństwa. Programy prewencyjne specyficzne ukierunkowane są te grupy szczególnie narażone na pokusę narkotyków, jak i te, które mogą temu przeciwdziałać. Jako integralna część programów lokalnych rozwijane są programy dla rodziców. Zapewne nową rzeczą dla nas są holenderskie programy na poziomie sąsiedzkim, poddawane ostatnio ocenom. Rok temu podano ewaluacji dziesięcioletni program „Zdrowa Szkoła a Narkotyki”, który okazał się skuteczny w hamowaniu rozpowszechnienia alkoholu i marihuany w szkołach objętych tym programem. Co najmniej kilka organizacji rozpowszechnia materiały drukowane w *coffee shops* i miejscach spotkań młodzieży. W czasopiśmie ukazują się regularne ogłoszenia o miejscach pomocy. Działają telefony zaufania. W ostatnim czasie przeprowadzono w mediach trzy kampanie prewencyjne. Prewencję uprawia się w internecie. Rozwijane są programy pomocy otwartej (*outreach* i terapeuci uliczni). Profesjonalne grupy oferują posiłki, napoje, udostępniają toalety i prysznicze, udzielają porad, oferują czyste strzykawki i prezerwatywy. We wszystkich dużych miastach prowadzona jest wymiana strzykawek, udziela się konsultacji w sprawach HIV i żółtaczki wstecznej.

Holandię pokrywa gęsta sieć różnorodnych placówek terapii, które przyciągają nawet narkomanów z sąsiednich krajów, zwłaszcza z Niemiec. W początkach lat 70. placówki dla alkoholików zaczęły pomagać narkomanom orientując ich na abstynencję. Takie rozwiązanie nie sprawdziło się i wtedy zaczęły powstawać alternatywne placówki oferujące schronienie, dzienne zajęcia i podstawowa pomoc medyczną. Za taka pomoc klienci są w stanie płacić z funduszy, jakie otrzymują z pomocy społecznej. Holandia jest bowiem przykładem państwa bogatego i opiekuńczego. Zarówno tradycyjne placówki zorientowane na abstynencję, jak i alternatywne formy, są dotowane przez państwo i zasilane z miejskich kas. Jak się ocenia z tej sieci leczenia korzystać mogło około 60-80% narkomanów, a z leczenia metadonem około 75% uzależnionych od opiatów.

Leczenie ma w Holandii swój ciąg dalszy w rozwiniętych formach postrehabilitacji i reintegracji. Rozciąganie kurateli nad narkomanami, przesiedlanie, rehabilitacja traktowane są od wielu lat jako środki substytucyjne lub uzupełniające wobec kary więzienia. Wyniki lokalnych eksperymentów nad użyciem tych środków wobec narkomanów (ang.: *hard users*) świadczą jednak o słabościach tego elementu polityki. Również wyniki leczenia w więzieniach skłaniają do poszukiwań skuteczniejszych form. Ostatnio taki eksperyment prowadzony jest w centralnym więzieniu w Amsterdamie.

Rozwijane są także specyficzne programy dla dzieci i rodziców (głównie matek) uzależnionych, programy samopomocy dla rodziców i dzieci sięgających po narkotyki, programy zatrudnienia dla byłych narkomanów i programy dla mniejszości etnicznych

Polityka wobec narkomanii jest realizowana przez cały rząd holenderski. Do pewnego stopnia wszystkie ministerstwa są zaangażowane w politykę wobec narkomanii, ale trzy z nich odgrywają kluczową rolę. Wiodącą rolę odgrywa Ministerstwo Zdrowia, Opieki i Sportu a Dyrektor Departamentu Zdrowia koordynuje działania na polu prewencji i leczenia. Minister Spraw Wewnętrznych utrzymuje kontakty z przedstawicielami miast i komend policji. Ministerstwo Sprawiedliwości sprawuje kontrolę nad wykonaniem prawa i specjalnych rozporządzeń. Ministerstwo prowadzi fundację nadzoru sądowego udzielającej pomocy narkomanom objętym nadzorem sądowym a pozostającym w kontakcie z placówkami leczenia ambulatoryjnego. Służby fundacji interesują się narkomanem już od momentu zatrzymania przez policję, piszą raporty do sądów, utrzymują kontakt po aresztowaniu i pomagają w uzyskaniu alternatywnych sankcji, jak i oceniają ich zastosowanie.

Niezwykle ważną instytucją jest Związek Samorządów Miast (Association of Netherlands Municipalities). Instytucja ta ma wpływ na politykę lokalną uzgadnianą z rządem a od roku 1997 wydaje krajowy przewodnik dotyczący narkotyków i bezpieczeństwa.

Na poziomie krajowym poziomie działa system zbierania informacji o pomocy narkomanom. Informacje są anonimowe, a ich dostarczanie przez poradnie jest obowiązkowe.

Na poziomie regionalnym współdziałają przedstawiciele instytucji przymusu, zdrowia i opieki socjalnej. W większości miast i administracyjnych regionów funkcjonują zespoły konsultacyjne tzw. „trójki” w składzie: burmistrz, komendant policji, prokurator.

Używanie narkotyków nie podlega penalizacji, w przeciwieństwie do produkcji, handlu i posiadania. Stałą tendencją systemu prawa jest przyrost nowych regulacji. Szeroką ramę prawną wyznaczają międzynarodowe konwencje z lat 1961, 1971 i 1988. Konwencje te rozbudowywane są przez ciała Unii Europejskiej, i tak kraje te uzgodniły możliwość zatrzymywania statków na wodach eksterytorialnych i procedury wykrywania prania tzw. brudnych pieniędzy.

Prawo karne jest w Holandii stosowane ostrożnie. W każdym indywidualnym przypadku prokurator decyduje, czy sprawa powinna trafić do sądu lub poza sąd. Tryb postępowania prokuratury określają wytyczne (ang.: *guidelines*). Te z roku 1996 zalecają kary mniejsze od przewidzianych ustawą. Wytyczne określają priorytety ścigania: przede wszystkim duży handel, produkcję, recydywę i wszelką sprzedaż marihuany poza *coffee shops*.

W holenderskim prawie karnym rozróżnia się przestępstwa i wykroczenia. Do przestępstw zalicza się produkcję, sprzedaż, posiadanie, import, eksport narkotyków. Do wykroczeń (ang.: *minor offences*) zalicza się posiadanie małych ilości marihuany (do 30 gramów).

W trosce o poprawę porządku publicznego w 1999 roku wprowadzono przepis pod wymowną nazwą *Damokles*. Zezwala on burmistrzom na podejmowanie działań przeciwko *coffee shops*, pubom i innym publicznym skupiskom w których dochodzi do naruszenia porządku publicznego lub ustawy *Opium Act* lub wytycznych. Przepis wyposaża władze miejskie w środki regulacji liczby *coffee shops*, a prawidłowe funkcjonowanie tej trudnej do zrozumienia instytucji określa instrukcja AHOJ-G, tj. żadnej reklamy „A”, zakaz narkotyków twardych „H”, zakaz sprzedaży dla nieletnich „J”, bez zakłóceń porządku „O” i sprzedaż nie więcej niż 5 gramów „G”. Wymagania te uzupełnia jeszcze warunek zapasów marihuany nie przekraczających 500 gramów. Inne przepisy uprawniają władze miejskie do udzielania zgody na lokalizację *coffee shops* w wymaganej odległości od szkół, klubów i centrów społecznych. Władze lokalne zrealizowały dyrektywę rządu redukcji liczby *coffee shops* z 1200 w 1997 roku do 900 w 1999 roku, zwłaszcza w miastach o dużym napływie turystów narkotykowych.

W roku 1997 holenderskie prawo wzbogaciło się o kolejny przepis uprawniający do zamykania prywatnych lokali, gdzie używa się lub handluje narkotykami (*Closing Drug Premises Act* lub inaczej *Victoria Act*).

Bezpieczeństwo ruchu drogowego ma zwiększać przepis zakazu jazdy pod wpływem jakiegokolwiek substancji ograniczającej zdolność kierowania. Policja wyposażona jest w testy narkotyków takich jak: konopie, *ecstasy* i kokaina.

Gromadzone od końca XIX wieku doświadczenie nauczyło Holendrów traktowania narkotyków jako nieusuwalnego elementu współczesnego społeczeństwa. Używanie narkotyków zwłaszcza w latach 60. było manifestacją kontrkultury młodzieżowej. Użycie represji karnej wobec tego rodzaju zjawiska musiało przynieść wynik przeciwny do oczekiwanego. Obcowanie z konsumentami narkotyków pobudziło proces dojrzewania społecznego polityków, profesjonalistów różnych dziedzin, wreszcie obywateli, którego wynikiem stał się pragmatyzm ujęty w formule: „zakazać (narkotyki), lecz tolerować (ich) istnienie”. I tak sprzedaż jest nielegalna, ale tolerowana

w *coffee shops* w ilości do 5 gramów marihuany; uprawa konopii jest zakazana, lecz uprawa do pięciu roślin jest tolerowana. Swoista zachętą do wyboru „mniejszego zła” jest ułatwianie dostępu do marihuany i zamykanie drogi do narkotyków „twardych”. Ta konsekwentnie prowadzona polityka doprowadziła do rozdzielenia rynków marihuany i narkotyków „twardych”, ale niekoniecznie do wykreowania dwóch obcych sobie podkultur. Jak wynika z obserwacji, rynek marihuany oplata nielegalny rynek finansowy, co wymagać będzie kolejnych zabiegów uszczelniających politykę wobec narkotyków. „Normalizacja” w polityce wobec narkomanii oznacza traktowanie tego zjawiska jako jednego z szeregu „normalnych” problemów współczesnego społeczeństwa, jak bezrobocie, imigracja, przestępczość. Holandia ma dobrze rozbudowany od lat 60. system publicznie finansowanej służby zdrowia, ubezpieczeń i pomocy społecznej. W praktyce wszyscy obywatele są uprawnieni do opieki zdrowotnej i minimum dochodów. We wszystkich większych miastach istnieją ośrodki pomocy społecznej, centra młodzieżowe, centra sąsiedzkie. W tej tradycji pomocy socjalnej dostępnej dla wszystkich obywateli pomoc dla osób z problemem narkotykowym jest rzeczą normalną, jak chcą utrzymywać analitycy holenderscy. Jednak zagrożenie HIV, drobna przestępczość konsumentów narkotyków i zachowania pod wpływem narkotyków sprawiają, że problemy związane z narkotykami mogą być postrzegane i odczuwane niekoniecznie jako jedne z szeregu „normalnych” problemów społecznych. Jak wynika z sondaży, zdecydowana większość dorosłej populacji ujawnia negatywne postawy wobec konsumentów „twardych” narkotyków, a tylko co trzeci badany zaakceptowałby sąsiada narkomana.

Holendrzy wnikliwie obserwują rozwój zjawiska i na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat bilans polityki liberalnej jest ze wszech miar pozytywny. Ustabilizowała się liczba narkomanów mimo łatwego dostępu do narkotyków (liczba narkomanów porównywalna do liczb takich osób w Niemczech, w Szwecji i w Belgii) przy zmniejszeniu dopływu młodych narkomanów; trend spożycia kokainy ustabilizował się na niskim poziomie; zdecydowana większość narkomanów korzysta z programów metadonowych i zwiększa się jednocześnie liczba narkomanów zorientowanych na osiągnięcie abstynencji; utrzymuje się niska stopa zgonów związanych z narkotykami – 2,4/1 mln mieszkańców w 1995 roku (dla porównania te wskaźniki kształtowały się znacznie wyżej we Francji – 9,5, w Niemczech – 20, w Szwecji -23,5 i Hiszpanii - 27,1). Pomyślne są wyniki programu prewencyjnego AIDS w postaci małego odsetka (ok. 10,5%) zakażeń wśród narkomanów dożylnych, gdy dla całej Unii Europejskiej taki wskaźnik kształtuje się na poziomie 39,2%.

Do negatywnych efektów tej polityki analitycy zaliczają: gwałtowne zwiększenie liczby młodych konsumentów marihuany i *ecstasy* od połowy lat 80. (co było zgodne z europejskim trendem); zwiększenie liczby narkomanów niepodatnych na leczenie; brak dobrych rozwiązań dla narkomanów-kryminalistów, częściej spotykanych wśród imigrantów; tolerancja wobec sprzedaży marihuany spowodowała wzrost wielkiego nielegalnego rynku finansowego.

Holenderska polityka poddawana jest nieustającej krytyce ze strony rządu Stanów Zjednoczonych, a w Unii Europejskiej ze strony Szwecji i Francji. Krytyka amerykań-

kańska ma charakter ideologiczny i mija się z faktami np. ogłasza się tam publicznie, że wskaźnik zabójstw w Holandii jest dwukrotnie wyższy niż USA, a tymczasem jest ona czterokrotnie większy, ale w USA itp.

W latach 80. niemiecki rząd miał pretensje o to, że połowę z objętych kontrolą 2000 uzależnionych od heroiny w Amsterdamie stanowili Niemcy, ale po wyjaśnieniach okazało się, że do Holandii popycha niemieckich narkomanów niewydolne leczenie niemieckie.

W połowie lat 90. Francja oskarżyła Holandię o to, że z *coffee shops* płynie główny strumień marihuany na rynek francuski, podczas gdy rzeczywisty udział Holandii w dostawach do Francji nie przekraczał 2%. Prezydent Francji Chirac umieścił problem polityki holenderskiej w swoim programie wyborczym i w trakcie swojej kadencji wielokrotnie na szczytach Unii Europejskiej poddawał krytyce liberalną politykę swoich sąsiadów. Determinacja Chiraca nieomal nie doprowadziła do wspólnej wizyty z Kanclerzem Kohlem i postawienia Premiera Holandii na dywaniku. Przed taką ingerencją w wewnętrzne sprawy Holandii uratował jednak list ośmiu (z czterem nastu) landów skierowany do rządu holenderskiego z poparciem dla jego polityki, co odebrało Kanclerzowi legitymację do takiej misji. Do grona permanentnych krytyków należy też Szwecja, dla której liberalne podejście Holendrów do konopii stoi w jaskrawej sprzeczności z celem szwedzkiej polityki, jakim jest społeczeństwo wolne od narkotyków.

Taki negatywny obraz Holandii, jak stwierdza van Solinge, urabiany jest na podstawie obrazu Amsterdamu – głównej atrakcji turystycznej Holandii, miasta ludzi młodych i artystów, mnóstwa barów, domów publicznych i *coffee shops*, co przy obecności nie nękanym przez policję narkomanów sprawia ogólne wrażenie wszechobecności narkotyków.

Polityka ta przynosi jednak niekwestionowane korzyści społeczeństwu holenderskiemu. Groźne w innych krajach zjawisko w Holandii przyjęło postać jednego z normalnych w życiu nowoczesnego społeczeństwa problemów, któremu trzeba stawić czoła, ale bez wzbudzania paniki i bez zbytecznych naruszeń praw człowieka. Polityka ta jest solidnie osadzona w kulturowych tradycjach i klimacie intelektualnym tego otwartego społeczeństwa. Do wartości szczególnie cenionych należy w tym kraju wolność jednostki i waga, jaką się przywiązuje do ochrony zdrowia. Te dwie wartości wyraźnie różnicują klimat intelektualny wokół narkotyków w Holandii i we Francji. Francuskie społeczeństwo ma inną tradycję. We Francji nie wolność jednostki, a pojęcie obywatela jest kluczowe, co implikuje wzajemne zobowiązania państwa i obywatela: od obywatela oczekuje się respektu dla zasad i prawa, stąd aprobowana tam tradycja silnego wpływu policji i jej widoczność na ulicach, co podkreśla, jaką wartość przywiązują Francuzi do bezpieczeństwa publicznego. Co do traktowania wartości zdrowia w obu społeczeństwach, to wskaźnikiem tych różnic może być wysoka ranga ministra zdrowia w rządzie holenderskim i bardzo niska – w randze sekretarza stanu we Francji (wyraźnie niższa niż pozycja ministra spraw wewnętrznych). Klimat intelektualny wokół narkomani został ukształtowany w Holandii głównie za sprawą socjologów, a we Francji zjawisko to zdefiniowane zostało

głównie przez psychiatrów, dla których ktoś, kto sięga po narkotyki daje sygnał, że jego życie nie jest wystarczająco uporządkowane wewnętrznie i rolą prawa (i psychiatrów) jest „restrukturyzacja” wnętrza takiej jednostki tak, aby ponownie zaczęła pełnić rolę obywatela.

Innym rysem różniącym oba społeczeństwa jest tolerancja wobec obcych. Holandia ma w swej tradycji ideę współżycia i imigranci z byłych kolonii łatwiej tam znajdują swoje miejsce. We Francji stosowane jest prawo ekstradycji wobec imigrantów łamiących prawo, a głębokie różnice w stratyfikacji tworzą szeroki margines ludzi wykluczonych, stąd inne jest tam traktowanie konsumentów narkotyków z klasy średniej, a inne z „dołów” społecznych. Inny więc klimat intelektualny skłania Holendrów do „łagodnego” traktowania różnych upodobań ludzkich, dopóki nie szkodzą one innym, a inny skłania Francuzów do „surowego” traktowania odstępców od zasad i cnót obywatelskich.

WIELKA BRYTANIA

W kwietniu 1998 roku Brytyjski Rząd ogłosił 10-letnią strategię pod chwytliwą nazwą „Rozprawić się z narkotykami, aby Brytania była lepsza (bezpieczniejsza)”. Strategia rozwijana będzie na czterech powiązanych ze sobą poziomach międzynarodowym, krajowym, regionalnym oraz lokalnym i jest częścią ogólniejszej wizji budowy zdrowych społeczności lokalnych troszczących się o dobro każdego. Realizację strategii zapoczątkował premier od powołania Antynarkotykowego Koordynatora Zjednoczonego Królestwa. Koordynator opublikował w roku 1999 pierwszy roczny plan i raport, a w 2000 roku drugi roczny plan wytyczający strategię na lata 2000/2001 i dalej, tj. do roku 2008.

Poprzez współpracę międzynarodową Brytyjczycy będą dążyć do ograniczenia nielegalnego przetrzutu narkotyków do kraju. Współpraca będzie obejmować wymianę doświadczeń obejmujących wszystkie aspekty zjawiska.

Na poziomie krajowym (UK) strategię będą wcielać w życie dwie nowe instytucje: już utworzona Komisja Planowania Strategicznego (Strategic Planning Board), w skład której wchodzi kluczowe departamenty Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Zdrowia, Cel i Akcyzy, Spraw Zagranicznych, Edukacji i zatrudnienia i planowana Krajowa Agencja Lecznictwa (National Treatment Agency). W działania związane z narkotykami i przeciwdziałaniem narkomanii zaangażowanych jest od lat wiele ministerstw a przewodzi ministerialnemu komitetowi minister Biura Rządu, w którego skład wchodzi sekretarze stanu: spraw wewnętrznych, zdrowia, edukacji i zatrudnienia, skarbu, spraw zagranicznych. Problem ten podejmują także sekretarze stanu międzynarodowego rozwoju, państwa i środowiska, transportu i regionów, obrony, kultury, mediów i sportu.

Na poziomie regionalnym działania w ramach Strategii koordynować będzie Służba Doradztwa Prewencyjnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Home Office Drugs Prevention Advisory Service – DPAS) utworzona w 1999 roku. Jej głównym zadaniem jest doradztwo i pomoc lokalnym Zespołom ds. Przeciwdziałania Narko-

manii (Drug Action Teams – DATs) w realizacji celów Strategii. Na poziomie regionalnym (Anglii) działa dziewięć zespołów regionalnych (administracja zdrowia AZ), z którymi współpracuje DPAS.

Na poziomie lokalnym aktywność w ramach strategii rozwijać będą zreorganizowane Zespoły d/s Przeciwdziałania Narkomanii (Drug Action Teams – DATs). Skupiają one przedstawicieli lokalnych władz, zdrowia, edukacji, pomocy socjalnej, policji, kuratorów. W okresie do kwietnia 2001 DATs zostały ściślej powiązane z władzami lokalnymi. Ich liczba na terenie Anglii ma wzrosnąć ze 112 do 150. Większość DATs przyjęła wszystkie cztery cele Strategii „Rozprawmy się z Narkotykami, aby Brytania Była Bezpieczniejsza”. I tak, DATs będą dążyć, aby do roku 2002 zmniejszyć przestępczość o 10-20%, zwiększyć liczbę leczonych o 25-40%; zmniejszyć do roku 2001 dostępność najgroźniejszych narkotyków (class A) o 5-10%; rozwijać programy prewencyjne w szkołach i rozwijać doradztwo specjalistyczne dla młodych ludzi z grup ryzyka. Na realizację działań w tych czterech obszarach objętych Strategią DATs zasilone zostaną w okresie 2000/2001 sumą 390 mln funtów, tj. 15% większą niż okresie poprzednim (1999/2000).

Strategia „Rozprawmy się z Narkotykami, aby Brytania Była Bezpieczniejsza” ukierunkowana jest na cztery cele i w każdym z obszarów zakłada się osiągnięcie wymiernych wyników:

Cel pierwszy: Pomoc młodzieży (do lat 25), aby była odporna na pokusę nadużywania narkotyków i aby zrealizowała w pełni swoje możliwości w społeczeństwie. Cel zakłada zmniejszenie proporcji młodzieży używającej heroiny i kokainy o 25% do roku 2005 i o 50% do roku 2008. Taki efekt planowany jest poprzez rozwój i poprawę efektywności programów edukacyjnych w szkołach kierowanych do ogółu młodzieży i specyficznych programów obejmujących grupy ryzyka. W latach 1998-2001 planowane wydatki na programy prewencyjne wyniosły 57 mln funtów.

Do roku 2002 planowane są działania w kierunku opóźnienia przeciętnego wieku kontaktu z narkotykami Class A o 6 miesięcy; włączenia programów edukacyjnych w szerszy kontekst działań szkolnej Edukacji Osobowej, Społecznej i Zdrowotnej, służb młodzieżowych, dalszego kształcenia, społeczności lokalnych i oddziaływań na rodziców.

Dalszy rozwój edukacji związanej z narkotykami zakładał w okresie 2000/2001 pomoc doradcą i finansową ze strony operującej w regionach DPAS i na poziomie lokalnym DATs dla szkół i organizacji pozarządowych. Zespoły ds. Przeciwdziałania Narkomanii – DATs powinny wpływać na programy prewencyjne / edukacyjne kierowane do młodych ludzi tak, aby obejmowały one oddziaływania szkoły, rodziców, służb młodzieżowych dalszego kształcenia, organizacji lokalnych i rządowych. W ramach Strategii zlecone zostaną badania, których celem będzie poprawa jakości szkolnych programów edukacyjnych. Kolejny projekt w ramach Strategii zakłada budowę powiązań między lekarzami domowymi a szkołami, aby przybliżyć zagadnienia zdrowia w ramach programów edukacyjnych nauczycielom i uczniom.

W praktyce brytyjskiej wydzielone są nurty działań edukacyjnych i prewencyjnych. W ramach nurtu prewencyjnego okresie 2000/2001 między innymi wszystkie

jednostki administracji zdrowia wspólnie z Zespołami ds. Przeciwdziałania Narkomanii -DATs zleca działania prewencyjne obejmujące co najmniej 30% młodych ludzi z grupy ryzyka tak zdiagnozowanych w okresie 1999/2000. Wspólnie z organizacją Sport Angielski i Komisją Sprawiedliwości ds. Młodzieży zorganizowanych zostanie 24 przedsięwzięć i projektów przyciągających młodych ludzi z grupy ryzyka w wieku 10-16 lat do sportu i aktywności służącej zdrowiu.

Cel drugi: Ochrona społeczności lokalnych przed związanymi z narkotykami zachowaniami antyspołecznymi i kryminalnymi. Cel zakłada zmniejszenie recydywy takich zachowań o 25% do roku 2005 i o 50% do roku 2008. Jednym z dwóch instrumentów działania będzie zastosowanie w aresztach policyjnych Ukierunkowanych Wywiadów (Arrest Referral Schemes) służących identyfikacji osób z problemem narkotykowym i nakłaniających takie osoby do odpowiedniego leczenia. Drugie narzędzie w postaci zalecenia dla sądu (Drug Treatment and Testing Orders – Rozporządzenia dotyczącego leczenia i badań) jak za zgodą oskarżonego kierować go na odpowiednie leczenie.

Plan również przewiduje wzmacnianie więzi sąsiedzkich tak, aby społeczności lepiej radziły sobie ze zjawiskiem nadużywania narkotyków. W okresie 1999/2002 na wprowadzenie do praktyki w aresztach policyjnych Anglii i Walii Ukierunkowanych Wywiadów zaplanowano wydatki w wysokości 20 mln funtów. Służba Doradztwa Prewencji Narkotykowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych we współpracy ze swoimi kluczowymi partnerami zbada związki pomiędzy używaniem narkotyków a strategią odnowy więzi sąsiedzkich poprzez zlecenie odpowiedniego projektu *action reaserch*.

Do roku 2002 w ramach Strategii planowane są następujące stany rzeczy: wprowadzenie we wszystkich aresztach Ukierunkowanych Wywiadów; znaczący rozwój kurateli i sądowych skierowań do lecznictwa z równoległymi badaniami efektywności tej drogi działania; zmniejszenie o 3% proporcji aresztantów (w stosunku do danych z okresu 1999/2000), u których test wykazał zażycie heroiny lub kokainy; i opracowanie instrumentów pomiaru wypadków przy pracy pod wpływem narkotyków. W Strategii podkreśla się z naciskiem silny związek nadużywania heroiny i kokainy z przestępczością. Leczenie jest, jak wskazują badania, tą obiecującą drogą do zmniejszenia rozmiarów konsumpcji i towarzyszącej temu przestępczości. Na gruncie prawa karnego i wymiaru kary sądowej poszukuje się możliwości rozszerzenia stosowania testów na obecność narkotyków w całym systemie wymiaru sprawiedliwości. W ramach Strategii w sierpniu 2000 planowano szkolenie dla policjantów w zakresie technik wykrywania wpływu narkotyków na zdolność kierowania.

Cel trzeci: Umożliwienie (poprzez leczenie) osobom z problemem narkotykowym wyjście z tego stanu i podjęcie zdrowego i wolnego od przestępczości życia. Cel ten zakłada zwiększenie udziału narkomanów (ang.: *problem drug misusers*), w tym więźniów, w programach leczenia o pozytywnym wpływie na zdrowie i przestępczość o 66% do roku 2005 i o 100% do 2008 roku. Instrumentem realizacji tego celu będzie Krajowa Agencja ds. Lecznictwa, która zajmie się alokacją środków będących dotychczas w gestii dwóch resortów: Zdrowia i Spraw Wewnętrznych. Plan przewiduje nabór i szkolenie specjalistów narkotykowych (ang.: *drug workers*); zwiększenie liczby

osób nadużywających narkotyki podejmujących leczenie; i do roku 2002 co najmniej 5 000 więźniów objętych programami terapii.

Do roku 2002 wszystkie Zespoły ds. Przeciwdziałania Narkomanii DATs ustalą maksymalny czas oczekiwania na leczenie; uruchomionych zostanie 30 nowych programów w więzieniach i ogólna liczba więźniów, którzy przejdą przez programy sięgnie 5 000 osób w skali roku; do tego czasu planuje się zmniejszenie liczby tych osób przyjmujących narkotyki dożylnie i takich, które dzielą się sprzętem; wprowadzenie w życie standardów jakości w lecznictwie.

Strategia na okres najbliższy 2000/2001 przewidywała powołanie Krajowej Agencji Lecznictwa; rozwinięcie i wdrożenie krajowego planu szkolenia dla profesjonalistów; opublikowanie i rozprowadzenie przewodnika po lecznictwie; wprowadzenie nowego zarządzenia dotyczącego licencji dla lekarzy na przepisywanie leków substytucyjnych i objętych kontrolą; przygotowanie planu monitoringu i redukcji liczby zgonów związanych z narkotykami; rozwinięcie usług terapeutycznych tak, aby o 15% zwiększyć napływ osób nadużywających narkotyki do placówek; wpływać na DATs tak, aby obejmowały opieką osoby kierowane z systemu wymiaru sprawiedliwości.

Cel czwarty: zmniejszenie dostępności nielegalnych narkotyków. Cel zakłada zmniejszenie dostępności wszystkich narkotyków dla młodych ludzi (w wieku do 25 lat), a zwłaszcza narkotyków wywołujących największe szkody, szczególnie heroiny i kokainy, o 25% do roku 2005 i o 50% do roku 2008. W ramach tego celu będą uruchamiane programy eliminowania narkotyków z więzień z równoległymi działaniami nakłaniania więźniów do odpowiedniego leczenia. Ostrze działań skierowane będzie na zmniejszenie dostępności najgroźniejszych narkotyków umieszczonych na liście A. I w odniesieniu do tej grupy zakłada się pewne wymierne cele w postaci zmniejszenia stopy losowych pozytywnych testów na obecność narkotyków u więźniów z 20% w roku 1998/9 do 16% do roku 2002; do roku 2002 zwiększenie o jedną trzecią aktywów majątkowych konfiskowanych handlarzom.

Zamierzenia Strategii w okresie 2000/2001 przewidują: zwiększenie konfiskat narkotyków grupy A; intensyfikację dyplomacji i działań operacyjnych w kontaktach z krajami, skąd napływają narkotyki grupy A; maksymalizowanie konfiskat narkotyków grupy A przetrucanych drogą morską; zwiększenie o 5% likwidacji grup handlarzy uwikłanych w narkotyki grupy A.

W ramach przyjętej strategii przewidziane jest utworzenie specjalnego funduszu zasilania działań w postaci Funduszu Konfiskat. Fundusz ten dysponował w okresie 1999/2000 kwotą 3 mln. funtów, a okresie 2000/2001 kwota ta powinna zwiększyć się do 5 mln funtów. Generalnie pieniądze z tego funduszu rozdzielane są przez lokalne Zespoły ds. Przeciwdziałania Narkomanii na różne działania jak: kształcenie zespołów DATs i innych terapeutów; badania obejmujące kobiety i mniejszości etniczne; pomoc w wyjściu z programów na rynek pracy; alternatywy dla narkotyków dla Sportu Angielskiego i Komitetu Sprawiedliwości d/s Młodzieży, rozwój sportu wśród młodzieży w wieku 10-16 lat; zasilenie Centralnego Funduszu Lecznictwa Narkotykowego; na pomoc dla bezdomnych; i inicjatywy lokalne wzmacniające różne grupy współpracujące z DATs, w tym władze lokalne i policję.

Fundusz Konfiskat ma stać się częścią Funduszu Odzyskanych Aktywów, który ma być zarządzany przez nową radę Krajowej Agencji Konfiskat.

Jednym z priorytetów Strategii jest ewaluacja rozwijanych działań i opieranie ich dowodach uzyskanych z badań. Uruchomione w latach 1999/2000 na trzyletni okres programy badawcze mają śledzić rozwój Strategii, pogłębić wiedzę o problemach związanych z narkotykami i środkach przeciwdziałania. Budżet tych badań wynosi 6 mln funtów. W okresie 2000/2001 w ramach celu związanego z młodzieżą (cel 1) przewidziano sześć projektów badawczych w tym między innymi obejmujących młodzież wychowawczo zaburzoną; publikację raportu z badań sondażowych z roku 1999 (prawdopodobnie ESPAD); przygotowanie do publikacji części raportu z cyklicznego sondażu the 2000 British Crime Survey; publikację raportu z badań Sondaż Młodzieżowych Stylów Życia; długofalowe badania efektywności programów edukacyjnych w szkołach. W ramach celu związanego ze społecznościami lokalnymi (cel 2) także zaplanowano sześć projektów badawczych, w tym publikację raportu z badań stosowania testów moczu i wywiadów z aresztantami; nad zjawiskiem używania narkotyków i prewencji wśród mniejszości etnicznych; publikację wyników trzyletniego sondażu związków używania narkotyków i wypadków drogowych. Obszar związany z lecnictwem (Cel 3) penetrowany będzie przez siedem projektów badawczych w tym realizację drugiej fazy strategicznego przeglądu Regionalnych Baz Danych (the Regional Drug Misuse Database), z próbą identyfikacji liczby narkomanów w lecnictwie; zlecenie estymacji liczby problemowych konsumentów narkotyków w Anglii i Walii; zlecenie badań określających częstość i przyczyny zgonów związanych narkotykami wśród osób zwolnionych z więzień.

Ograniczanie dostępności (cel 4) jest obszarem zainteresowań ośmiu projektów badawczych, w tym znalazła się niebadana dotąd kwestia, jak funkcjonuje pośrednie ogniwo tj. pośrednicy między importerami a dilerami ulicznymi; a ponadto projekty określające drogi przerzutu heroiny do Zjednoczonego Królestwa i kwestie związane z pomiarem skali produkcji i międzynarodowego wpływu narkotyków do Zjednoczonego Królestwa oraz doskonalenie istniejących baz danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Ten być może nazbyt szczegółowy przegląd projektów badawczych włączonych do Strategii uzmysławia jak wielką wagę przykładają Brytyjczycy do pogłębiania wiedzy o zjawisku i efektywności kroków zaradczych.

AUSTRALIA

Strategia została opracowana pod kierownictwem Ministerialnej Rady ds. Strategii Dotyczącej Narkotyków (the Ministerial Council on Drug Strategy), która łączy działania takich instytucji jak: Wspólnota Państwa i Terytoriów, Ministerstw Zdrowia i Wymiaru Sprawiedliwości. Zasada minimalizacji szkód związanych z narkotykami jest stałą podstawą australijskiej polityki społecznej związanej ze wszystkimi środkami psychoaktywnymi (tytoń, alkohol, leki i narkotyki) od roku 1985. Głównym założeniem Strategii jest dążenie do realizacji takich stanów rzeczy, które pro-

wadzą do poprawy zdrowia, społecznych i ekonomicznych korzyści dla osób i dla społeczności. Krajowa Strategia łączy i równoważy trzy specyficzne strategie (i) redukcji podaży, (ii) redukcji popytu i (iii) redukcji szkód. Inną ważną cechą Krajowej Strategii jest wiązanie działań z badaniami uwarunkowań zjawiska i ewaluacją efektów. Kolejnym rysem australijskiej Strategii jest tworzenie szerokich koalicji obejmujących nie tylko wspomnianą Ministerialną Radę, ale i Międzyrządowy Komitet ds. Narkotyków grupujący reprezentantów służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, edukacji. Ministerialna Rada wspierana jest także przez ciało doradcze Australijską Radę ds. Narkotyków złożoną z osób kompetentnych z rządu, organizacji pozarządowych i społeczności lokalnych. Na poziomie lokalnym Strategia zakłada budowę współdziałania osób, rodzin, społeczności, policji, profesjonalistów, biznesu i przedsiębiorczości, władz lokalnych i badaczy.

Szkody wywoływane przez substancje psychoaktywne w Australii

Listę szkodliwych substancji otwierają: tytoń, alkohol, farmaceutyki, steroidy anaboliczne, a zamykają: narkotyki nielegalne. Jak wynika z danych, 22% Australijczyków w wieku ponad 14 lat użyło w ciągu ostatniego roku jakiś nielegalny narkotyk. Do użycia przetworów konopi przyznało się 21% mężczyzn i 15% kobiet. Największe rozpowszechnienie palenia marihuany notuje się wśród osób w wieku 14-19 lat. Rozpowszechnienie innych narkotyków jest mniejsze i obejmuje takie narkotyki jak: amfetamina, ecstazy i substancje halucynogenne. Poniżej 1% Australijczyków przyjmuje narkotyki dożylnie. Jak badania wskazują wiele substancji (jak tytoń, alkohol, farmaceutyki i narkotyki nielegalne) przyjmowane jest w różnych kombinacjach.

Wedle szacunków, co piąty zgon związany jest z jakąś substancją psychoaktywną, najczęściej z tytoniem, następnie z alkoholem. W roku 1996 stwierdzono 739 zgonów było związanych przyjmowaniem nielegalnych narkotyków.

Australia prowadzi skuteczną kontrolę rozpowszechnienia infekcji HIV, bowiem mniej niż 5% narkomanów dożylnych jest zakażonych wirusem. Natomiast wedle szacunków 50-60% dożylnych narkomanów zakażonych jest wirusem żółtaczk C.

Rejestr szkód związanych z używaniem szerokiej grupy środków psychoaktywnych obejmuje kobiety w ciąży, a także różnorakie wypadki przy pracy, drogowe, utonięcia, w pożarach itp.

Według szacunków koszty ekonomiczne związane ze szkodliwym używaniem środków psychoaktywnych, wliczając prewencję, leczenie, straty produkcyjne, zyski kryminalne, kradzieże, wypadki i działalność wymiaru sprawiedliwości sięgają kwoty przekraczającej 18 mld dolarów australijskich rocznie.

Australijskie podejście do redukcji szkód wywoływanych przez narkotyki

Zintegrowane i całościowe podejście wobec szkodliwego używania środków psychoaktywnych zostało zainicjowane na specjalnej konferencji premiera w roku 1985 w postaci Krajowej Kampanii Przeciwko Nadużywaniu Narkotyków. Rozwijana w

latach 1993-1997 strategia została przez ewaluatorów australijskich uznana za jedną z bardziej postępowych i cenionych w świecie strategii dotyczących narkotyków. O sukcesie australijskiej polityki zadecydowały jej następujące cztery cechy: (i) przyjęcie jako zasady naczelnej minimalizacji szkód, co oznaczało integrację strategii redukcji podaży, redukcji popytu i redukcji szkód; (ii) całościowe ujęcie szkodliwego używania wszystkich środków psychoaktywnych; (iii) promocja współpracy pomiędzy reprezentantami zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, edukacji, lokalnych organizacji i przemysłu; (iv) zrównoważenie podejścia pomiędzy strategiami redukcji podaży, popytu i szkód, pomiędzy prewencją używania i szkód, udostępniania leczenia i pobudzania badań i pomiędzy Wspólnotą i Państwa i Terytoriów.

Struktura krajowej strategii związanej z narkotykami na lata 1998/99-2002/3

Głównym celem strategii jest: poprawa stanu zdrowia oraz społeczny i ekonomiczny rozwój poprzez prewencję rozwoju szkodliwego używania narkotyków i redukcję szkodliwych skutków legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych w społeczeństwie australijskim.

Lista szczegółowych celów strategii obejmuje:

1. Zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej szkód związanych z narkotykami;
2. Umocnienie współpracy i rozwój nowych związków współpracy;
3. Rozwinięcie i wzmocnienie powiązań z innymi strategiami;
4. Redukcja podaży i używania nielegalnych narkotyków w społeczeństwie;
5. Prewencja rozwoju szkodliwego używania narkotyków;
6. Redukcja szkód związanych z narkotykami w odniesieniu do jednostek, rodzin i społeczności;
7. Redukcja zachowań ryzykownych związanych z używaniem narkotyków;
8. Redukcja zagrożeń dla społeczeństwa związanych z przestępczością, przemocą i antyspołecznymi zachowaniami związanymi z narkotykami;
9. Redukcja osobistych i społecznych dramatów, utraty jakości życia, zmniejszenia produktywności i innych kosztów ekonomicznych towarzyszących szkodliwemu używaniu narkotyków;
10. Zwiększenie dostępu do szerszej gamy wysokiej jakości lecznictwa;
11. Promocja rzetelnie udokumentowanej praktyki poprzez badania, profesjonalną edukację i szkolenia;
12. Rozwój mechanizmów sprzyjających rozwojowi współpracy, przekazu i korzystania z badań wśród zainteresowanych partii.

Krajowe plany działań związanych z narkotykami

Wymienione wyżej cele główny i szczegółowe będą rozwinięte w serii Krajowych Planów Działania Związanych z Narkotykami (National Drug Action Plans). Plany Działania będą opracowane przez Międzyrządowy Komitet ds. Narkotyków wspólnie z Australijską Radą ds. Narkotyków. Plany będą sprawozdawane corocznie. Rolę

koordynatora planów spełniać będzie Międzyrządowy Komitet ds. Narkotyków. W ten sposób Krajowa Strategia Związana z Narkotykami zainicjowana przez premiera w listopadzie 1997 roku zostanie rozwinięta w serii planów. Plany Działań będą uwzględniać priorytety ustalone w Krajowej Strategii Redukcji Podaży Heroiny i Krajowej Strategii Redukcji Nielegalnych Narkotyków Innych niż Heroina.

Priorytetowe obszary działań

Oprócz siedmiu obszarów wyodrębnionych w ewaluacji Krajowej Strategii Dotyczącej Narkotyków w latach 1993-1997 do obecnie rozwijanej Strategii włączono nowy obszar w postaci działań nakierowanych na wzrost świadomości społecznej na temat szkód związanych z narkotykami. W sumie więc Strategia na lata 1998/9-2002/3 obejmuje następujące obszary działania;

1. Zwiększenie społecznej świadomości w zakresie szkód związanych z narkotykami;
2. Budowa współpracy i koalicji;
3. Powiązanie z innymi strategiami;
4. Redukcja podaży;
5. Prewencja używania i szkód;
6. Dostęp do lecznictwa;
7. Profesjonalna edukacja i szkolenia;
8. Rozwój badań i baz danych

Ad 1. Zwiększenie świadomości społecznej w zakresie szkód związanych z narkotykami. Australijska Sieć Informacji o Narkotykach wspólnie z Inicjatywą Współpracy Społecznej upowszechniają wiedzę w społeczeństwie o znaczeniu Krajowej Strategii. Istnieje potrzeba wyjaśnienia, na czym polega istota Strategii w dążeniu do minimalizacji szkód. Poprzez kampanie edukacyjne dążyć się będzie do zwiększenia społecznej świadomości wpływu środków psychoaktywnych (narkotyków legalnych i nielegalnych) na zdrowie.

Ad 2. Budowanie koalicji. Współpraca koalicja pomiędzy Wspólnotą i między agencjami zdrowia i wymiaru sprawiedliwości jest podstawą dotychczasowych sukcesów australijskiej Strategii. W obecnej fazie koalicja między tymi trzema warstwami rządu rozciągnięta będzie na społeczności lokalne (włączając konsumentów narkotyków, ich rodziny) organizacje lokalne, biznes i przemysł, instytucje profesjonalistów medycznych i placówki badawcze. Skuteczność Krajowej Strategii zależeć będzie od współpracy wielu sektorów australijskiego społeczeństwa. I tak, poprzez konsultacje z partiami ustalać się będzie rozwój Strategii; poprzez powołaną w roku 1998 Australijską Krajową Radę ds. Narkotyków wzmocni się współpraca między rządem a społeczeństwem; umożliwi się wyłonienie reprezentacji osób z organizacji lokalnych, biznesu i przemysłu, dotkniętych skutkami narkomanii społeczności (włączając konsumentów narkotyków ich rodziny i otoczenie) instytucji medycznych profesjonalistów i placówek badawczych do kontaktów z Australijską Krajową Radą ds. Narkotyków i Ministerialną Radą ds. Strategii Związanej z Narkotykami; Rozwinięte zostaną mechanizmy w tym segmencie władzy, jakim jest Państwo i Terytoria a

lokalnym poziomem władzy umożliwiające wpływ organizacji i osób spoza rządu na rozwój polityki i programów; poprzez upowszechnianie informacji o skutecznych modelach akcji lokalnych pobudzane będą inicjatywy lokalne.

Ad 3. Powiązania z innymi strategiami. Aby zwiększyć skuteczność Krajowej Strategii w Zakresie Narkotyków i unikać dublowania działań Międzyrządowy Komitet ds. Narkotyków i Australijska Krajowa Rada ds. Narkotyków współpracują ze sobą, aby uzgadniać powiązania z innymi relewantnymi strategiami i programami jak:

- Krajowa Koalicja Zdrowia Publicznego;
- Krajowa Strategia Redukcji Podaży Heroiny;
- Krajowa Strategia Redukcji Podaży Innych Narkotyków niż Heroina;
- Krajowa Strategia Antykryminalna i Krajowa Kampania Przeciwko Przemocy i Przestępczości;
- Program dotyczący Nadużywania Substancji (psychoaktywnych) dla Aboryge-
nów i Torres Strait Islander;
- Strategia Krajowa HIV/AIDS i Krajowy Program Działania w zakresie Żółtaczki C;
- Krajowa Polityka Medyczna w zakresie Narkotyków / Leków;
- Krajowa Strategia Zdrowia Psychicznego i Krajowa Strategia Prewencji Samo-
bójstw Młodzieży;
- Krajowa Rada ds. Badań Zdrowia i Medycyny;
- Sektor Edukacji;
- Program: Sport wobec Krajowej Narkomanii;
- Konwencje Międzynarodowe.

Ad 4. Redukcja podaży. Działania w tym zakresie prowadzą służby celne i policja federalna. Odpowiednie środki przeznaczone są na zwalczanie prania brudnych pieniędzy. Na poziomie lokalnym tworzona jest sieć osób informujących o zmianach wzorów używania narkotyków. Informacje te są konfrontowane z danymi demograficznymi, przestępczością związaną z narkotykami, wypadkami drogowymi, zgonami i aresztowaniami. Analiza tych danych dostarcza policji obrazu lokalnego rynku narkotyków. Poprzez sieć telefonów napływają informacje o przestępstwach związanych z narkotykami. Służby wymiaru sprawiedliwości odgrywają znaczącą rolę w realizacji Krajowej Strategii.

Ad 5. Prewencja używania narkotyków szkód z tym związanych. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na użyteczność szkolnych programów edukacyjnych. Środki i zaangażowanie społeczności lokalnych odgrywają główną rolę w rozwoju i wdrażaniu efektywnych programów prewencyjnych zwłaszcza takich, których celem jest redukcja szkód związanych z narkotykami. Prewencję prowadzi się poprzez strategie redukcji popytu ukierunkowane na powstrzymanie ludzi przed szkodliwym używaniem narkotyków. Wśród tych strategii jest także taka zorientowana na abstynencję. W budowie odpowiedniego programu prewencji brane są pod uwagę różne czynniki: jak rodzaj narkotyku i cechy szczególne obiektu oddziaływań. Efektywne programy często osadzone są w centrach młodzieżowych, więzieniach, miejscu pracy. Służby policyjne kładą nacisk na wielosektorową współpracę w podejściu do szkodliwego używania narkotyków. Jest to współpraca z władzami wydającymi licencje

na napoje alkoholowe. Policja asystuje w pracy ambulansów przy przedawkowaniach narkotyków, a specjalny przewodnik ukierunkowuje te służby wobec programów wymiany strzykawek.

Ad. 6. Dostęp do leczenia. Jak wynika z badań, leczenie okazuje się efektywną drogą w redukcji szkodliwego używania narkotyków, przestępczości związanej z narkotykami, przemocy i kosztów pomocy społecznej. Oferta leczenia obejmuje różne formy od wczesnej krótkiej interwencji po długoterminowe leczenie stacjonarne. Szybkiej interwencji udzielają lekarze pierwszego kontaktu, pielęgniarki, terapeuci lokalni. Podstawowy model leczenia obejmuje detoksykację, społeczność terapeutyczną, leczenie stacjonarne, poradnie, dzienne programy i grupy samopomocy. Rozwijane od lat są formy leczenia substytucyjnego uzależnionych od opiatów i osób uzależnionych od substancji stymulujących. Cele leczenia obejmują i abstynencję i kontrolowane używanie. Dalszy rozwój leczenia obejmować będzie poszerzenie oferty np. alternatywnej farmakoterapii dla uzależnionych od opiatów; poprawę efektywności i jakości usług, dostosowanie form do poszczególnych grup klientów (ze względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i język); większe zaangażowanie lekarzy pierwszego kontaktu; zacieśnienie współpracy między leczeniem odwykowym i psychiatrycznym; zwiększenie dostępu do terapii osób skazanych dorosłych i nieletnich. W ramach Strategii dalej prowadzona będzie współpraca między rządem, organizacjami lokalnymi i prywatnym sektorem.

Ad. 7. Profesjonalna edukacja i szkolenia. Jak wynika z oszacowań, w 1998 roku ponad 175 000 Australijczyków było hospitalizowanych w związku z użyciem substancji psychoaktywnych. Wielu innych wchodziło z tego powodu w kontakty ze służbami medycznymi i wymiaru sprawiedliwości. Wielu profesjonalistów nie uświadamia sobie, jakim potencjałem operuje w zetknięciu ze szkodami wywołanymi przez narkotyki. Przegląd programów edukacyjnych i szkoleń dla australijskich profesjonalistów uświadamia, jak bardzo są one zróżnicowane. Słaba jakość ewaluacji programów edukacyjnych i szkoleń została uwypuklona w jednym z badań. W ramach Strategii nacisk położony zostanie w programach edukacyjnych i szkoleniach na odpowiedź na potrzeby młodych ludzi, na wskazywanie dostępu do systemu pomocy, na umacnianie współpracy między różnymi służbami i działaniami na obszarach poważnych szkód.

Ad. 8. Rozwój badań i informacji. Badania będą nadal należały do priorytetów Strategii. Aktywność badawczą na wszystkich polach objętych Strategią rozwijać będzie wiele instytucji badawczych w tym dwie podstawowe Krajowe Centrum Badań nad Alkoholem i Narkotykami i Krajowe Centrum Badań nad Prewencją Nadużywania Narkotyków. W ramach Krajowej Strategii wobec Narkotyków rozwinięta zostanie Krajowa Strategia Badań nad Narkotykami o takim samym statusie jak Krajowe Plany Działań wobec Narkotyków i będzie rozwijana w następujących kierunkach: formułowaniu głównych kierunków badań wynikających z Krajowej Strategii wobec Narkotyków; rozwinięcie systematycznych poszukiwań luk w wiedzy i formułowaniu priorytetów badawczych; ocena przydatności informacji z badań przeznaczonych do upowszechnienia; ocena i rozwój priorytetów dotyczących zasobów

badawczych wliczając w to kadry; określenie równowagi pomiędzy badaniami zleconymi a zgłoszonymi przez badaczy; rozwój mechanizmów służących rozwojowi współpracy, wymiany i wykorzystania badań pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w Krajową Strategię wobec Narkotyków.

WYKORZYSTANE DOKUMENTY I OPRACOWANIA

- Boekhout van Solinge T. (1999): Dutch Drug Policy in a European Context: Windmills in Their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands. *J. Drug Issues*, 29; 11-528.
- de Korf M., Cramer T. (1999): Pragmatism Versus Ideology: Dutch Drug Policy Continued.: Windmills in Their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands. *J. Drug Issues*, 29; 473-492
- Derks J., Van Kalmthout A., Albrecht H.-J. (1999): General Introduction and Some Remarks on European Drug Policy Research. W: Derks J., Van Kalmthout A., Albrecht H.-J. (red.): *Current and Future Drug Policy Studies in Europe*.
- National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03. Building Partnerships. A strategy to reduce the harm caused by drugs in our community. Ministerial Council on Drug Strategy. Sydney, 1998
- Tackling Drugs to Build a Better Britain. The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drug Misuse. The Stationery Office, 1998.
- Tackling Drugs to Build a Better Britain. The United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator. National Plan 2000/2001. Cabinet Office, 2000.
- UK Drug Situation 2000. The UK report to the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). London 2000.
- Wever L.J.S. (1999): Review of Dutch Drug Policy.: *Current and Future Drug Policy Studies in Europe*.