

## POLITYKA WOBEC NARKOMANII W UNII EUROPEJSKIEJ

Antoni Zieliński

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### ZRĘBY EUROPEJSKIEJ POLITYKI WOBEC NARKOTYKÓW

Badania porównawcze legislacji krajów UE, przeprowadzone w połowie lat 90., wykazały niewielkie różnice na poziomie prawa stanowionego (np. prawo holenderskie penalizuje posiadanie nawet niewielkich ilości, ale w myśl zasady oportunistycznego prawa możliwe jest tam zawieszenie wykonania tego prawa). Stąd naciski wywierane, głównie przez Francję, w kierunku ujednoczenia tzw. harmonizacji zeżyły i ciało decyzyjne EU, w postaci Rady Unii skupiającej na okresowych spotkaniach ministrów sprawiedliwości i spraw wewnętrznych, godzi się na istniejące odmienności polityki wobec narkotyków w krajach członkowskich. Nie oznacza to jednak zupełnego wygaszenia napięć pomiędzy Holandią z jednej strony, a Szwecją i Francją z drugiej, czyli krajów wyznaczających dwa bieguny, między którymi istnieje kontinuum obejmujące pozostałe kraje Unii.

Budowę wspólnej polityki europejskiej na poziomie lokalnym zapoczątkowali Holendrzy, powołując w 1990 r. sieć miast ECDP (*European Cities on Drug Policy*), której sygnatariusze zobowiązali się do prowadzenia mniej prohibicyjnej polityki łącznie z dekryminalizacją posiadania przetworów konopii. W odpowiedzi na tę holenderską inicjatywę Szwedzi powołali konkurencyjną sieć miast ECAD (*European Cities Against Drugs*) promującą politykę bardziej restryktywną i przeciwną dekryminalizacji konopii. I tutaj odnotować warto ciekawy fakt. Otóż Berlin należy (lub może należał w 1994 r.) do „szwedzkiej” orbity wpływów, zaś polityka tego landu jest bardzo „holenderska”, bo przewiduje mandatoryjne odstąpienie od ścigania za posiadanie przetworów konopi do 6 gramów, a w przypadku ilości w granicach 7–15 gramów pozostawia to do decyzji prokuratora.

Proces tworzenia unijnej polityki narkotykowej zapoczątkował Traktat z Maastricht z 1993 r., który rozszerzył współpracę krajów członkowskich w kształtowaniu polityki wobec narkotyków opartej na trzech filarach. W filarze ekonomicznym zapisano zapobieganie chorobom, szczególnie plag, włączając uzależnienia. W drugim filarze, obejmującym współpracę i stosunki zewnętrzne, narkotyki ujęte zostały w terminach redukcji podaży i walki z handlem, wpływu na inne kraje, aby podpisały konwencje ONZ i pozytywne oddziaływanie na kraje Afryki, Karaibów i Pacyfiku w kierunku zmiany upraw narkotykowych na inne, przynoszące także dochód ubogiej ludności tubylczej. Trzeci filar, obejmujący sprawy sprawiedliwości i spraw wewnętrznych, przewidywał kroki w kierunku ujednoczenia/harmonizacji polityki wobec narkomanii krajów „15”.

Takie rozproszenie problemów narkotyków w trzech filarach nastręcza trudności w sprawnym działaniu. Aby działania nie utknęły w tym gąszczu brukselskiej biurokracji, powołano („międzyfilarową”) Poziomą Grupę do Spraw Narkotyków (*Horizontal Drug Group*). W kolejnych latach zagadnienie „harmonizacji” wielokrotnie było włączane do porządku obrad przez Francję przy wyraźnym oporze ze strony tak Holandii, jak i Szwecji, a również ze strony Niemiec, które mają swoje własne problemy z „harmonizacją” polityki landów.

W 1995 r. w Cannes Rada Europy (European Council) przyjęła *Plan Działania w Walce z Narkotykami na lata 1995–1999 (Action*

*Plan to Combat Drugs*), który obejmował zmniejszenie popytu i podaży (handlu narkotykami i prekursorami) i przestępczości związanej z praniem brudnych pieniędzy.

Do 1995 r. w Parlamencie Europejskim panował sprzyjający klimat dla rozwiązań pragmatycznych promowanych przez Holandię, takich jak programy redukcji szkód – *harm reduction*. Po wstąpieniu Szwecji, która jest przeciwna liberalizacji polityki, a szczególnie już *harm reduction*, spory ideologiczne zmieniły klimat intelektualny wokół narkotyków.

Wybuch epidemii HIV/AIDS w drugiej połowie lat 80. wymusił w wielu krajach zmianę podejścia wobec narkomanii na takie, które oprócz porządku publicznego uwzględniało zdrowie publiczne. Wśród krajów „15” tylko Szwecja nie wprowadziła oficjalnie do swojej polityki programów redukcji szkód (dopuszczając jednak eksperymentalne programy w trzech miastach, w tym w Sztokholmie).

W 1996 r. ukazał się pierwszy *Roczny Raport* Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*). Od tego momentu zaczął się proces ujednoczania wskaźników zjawiska i, co najważniejsze, powstała możliwość porównań rozwoju narkomanii i polityki wobec niej w krajach „15”.

W 1997 r. odbyła się w Lizbonie pierwsza europejska konferencja, której celem było przyjęcie wspólnej instrukcji do ewaluacji prewencji narkomanii.

W tym samym roku Rada Unii Europejskiej formalnie zaaprobowała w ramach trzeciego filaru (Traktatu z Maastricht) system wczesnego ostrzegania przed nowymi syntetycznymi narkotykami (*Early-Warning System – New Synthetic Drugs*). Unia zyskała w ten sposób praktyczny instrument do wykrywania i przeciwdziałania nowym narkotynom głównie z rodziny amfetamin, ale nie tylko.

W 1998 r. odbyła się europejska konferencja na temat narkotyków syntetycznych, zorganizowana przez Europejski Parlament i Komisję Europejską. Jej celem było usprawnienie wymiany informacji i wspólnych działań wobec narastających i nierozpoznanych dostatecznie długofalowych zagrożeń związanych z konsumpcją narkotyków syntetycznych (głównie z rodziny amfetamin ATS).

W tym samym roku wszczęto procedurę przewidzianą w Systemie Wczesnego Ostrzegania wobec nowego syntetycznego narkotyku o nazwie MBDB. System wykazał sprawność: w lutym zgłoszono raport, w maju złożono go w Radzie Unii Europejskiej, a w czerwcu był już przedmiotem posiedzenia Komisji Europejskiej.

W 1998 r. odbyło się w siedzibie EMCDDA w Lizbonie, znaczące w procesie kształtowania się polityki europejskiej, nieformalne forum wymiany doświadczeń Unia Europejska – Stany Zjednoczone.

Ogłoszony w 1999 r. raport roczny EMCDDA za rok ubiegły ujawnił rosnący trend używania amfetamin (wyższy od trendu ekstazy), znaczne rozmiary infekcji żółtaczkowej C w granicach szacowanych na 0,5 mln osób oraz stabilizację, a nawet spadek w niektórych krajach trendu infekcji HIV.

W maju 1999 r. EMCDDA wniosła na forum publiczne nowy projekt *Europejskiego Planu Działania w Walce z Narkotykami na lata 2000–2004 (New Draft European Action Plan to Combat Drugs)*, który akcentuje szczególną wagę rzetelnej informacji (w postaci

obowiązującej listy wskaźników opracowanych przez EMCDDA) o stanie zjawiska w kształtowaniu trafnej polityki (*sound political decision*). Ten fakt przytaczam po to, aby unaocznić proces decyzyjny dotyczący wspólnej polityki UE

W czerwcu 2000 r. Rada Unii ponownie zaaprobowwała zmienioną w nazwie *Europejski Plan Działań wobec Narkotyków* (*European Union Action Plan on Drugs*), który zakłada:

- redukcję rozpowszechnienia używania narkotyków, szczególnie wśród młodzieży,
- redukcję skutków ich używania (HIV, żółtaczka B i C),
- wzrost liczby leczonych narkomanów,
- redukcję podaży,
- redukcję przestępczości narkotykowej,
- redukcję rozmiarów praktyki prania brudnych pieniędzy handlu prekursorów.

W 2000 r. przez sieć Reitox EMCDDA ogłosiło alert dotyczący tabletek ekstazy zawierających duże dawki tego narkotyku, który trafił do młodzieży w Belgii i we Francji. Sieć Reitox (*The European Information Network on Drugs and Drug Addiction*) obejmuje po akcesji 25 krajów UE i Norwegię, a składa się z krajowych punktów obserwacyjnych (*focal points*) – jednego w każdym kraju. W Polsce punkt ten przyjął nazwę Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

W 2001 r. Raport Międzynarodowego Biura Kontroli Narkotyków (International Narcotics Control Board) sygnalizuje w krajach Unii niebezpieczeństwo związane z nadużywaniem narkotyków syntetycznych ketaminy i GHB. Unijna Rada Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych (the EU Justice and Home Affairs Council) natychmiast zaleciła krajom członkowskim monitoring tego zjawiska.

W 2001 r. poprzez System Wczesnego Ostrzegania o narkotykach syntetycznych do krajów Unii dociera informacja o nowym środku bardziej aktywnym niż ekstazy – PMMA.

W tym samym roku dwumiesięcznik EMCDDA „Drug Net” informuje o szacunkowej skali zjawiska w więzieniach i niedostatkach rzetelnej wiedzy o rzeczywistej skali zjawiska. Według szacunków na 350 tys. więźniów 180 tys. stanowią konsumenci narkotyków (*drug users*). Raport informuje o problemach wymagających gruntownego zbadania.

Roczny raport EMCDDA za 2001 r., prezentowany na sesji Parlamentu Europejskiego, informuje o zacieraniu się granic między rekreacyjnym a kompulsywnym przyjmowaniem narkotyków. Zwraca uwagę na zagrożenia narkotykami syntetycznymi, mimo stabilizacji trendu rozpowszechnienia. Podkreśla także ciągle najwyższe rozpowszechnienie konsumpcji przetworów konopi i o wiele niższe amfetamin (do 4% dorosłej populacji) i bardzo niskie heroiny (poniżej 1%), ale z największą masą problemów zdrowotnych, prawnych i społecznych. Podaje także, że rodzące problemy użycie narkotyków (*problematic drug use*) miało swoją najwyższą skalę we Włoszech, Luksemburgu, Portugalii i Zjednoczonym Królestwie (5‰–8‰), a **najniższą** (2‰–3‰) w **Niemczech i Holandii** (!!! – A.Z.). W lecznictwie nadal przeważali pacjenci opiatowi, ale z widocznym wzrostem udziału marihuanistów. Raport odnotowuje także stabilny trend zgonów związanych najczęściej z przedawkowaniem (7000–8000 zgonów rocznie).

W 2001 r. Rada Unii Europejskiej, przyjmując unijny *Plan Działania w zakresie Narkotyków na lata 2000–2004* (*UE Action Plan on Drugs 2000–2004*), zaleciła ujednoczenie wskaźników epidemiologicznych i w sieci Reitox (obejmujących *focal points*).

W kolejnym roku rozszerza swój zasięg internetowa sieć wymiany informacji o Działaniach na rzecz Redukcji Popytu (*Exchange on Drug Demand Reduction Action* – EDDRA), a EMCDDA otwiera dość intensywny program szkoleniowy obejmujący krajowe punkty obserwacyjne (*focal points*) w UE i krajach kandydackich. EMCDDA sygnalizuje rosnące zjawisko handlu narkotykami poprzez Internet. Do opinii publicznej związanej z *Drug Net Europe* (czyli badaczy i polityków) skierowane jest stanowisko INCB (International Narcotics Control Board) przeciwne próbom traktowania w polityce przetworów konopi identycznie jak alkoholu i tytoniu.

W 2002 r. w krajach UE zaznacza się tendencja do łagodzenia polityki karnej za posiadanie niewielkich ilości narkotyków (zwłaszcza konopi) do osobistego użytku. W miejsce kar pozbawienia wolności wprowadzane są na szerszą skalę kary administracyjne z alternatywą (zachętą) leczenia. Taki trend (w ślad za Holandią) objął Hiszpanię, Włochy, Belgię, Danię, Niemcy i Austrię, a we Francji dyrektywa z 1999 r. za użycie zaleca ostrzeżenie.

Rok 2002 był kolejnym etapem rozwijania polityki narkotykowej w ramach planu UE obejmującego lata 2000–2004. Uwaga kierowana była na młodych dorosłych w wieku powyżej 18 lat, nie objętych dotychczas wystarczająco badaniami epidemiologicznymi. EMCDDA uwrażliwiła kraje UE i kandydackie na fakt wznowienia upraw maku w Afganistanie i zalecała wzmocnienie polityki narkotykowej. Krajowe strategie w zakresie narkotyków w 1987 r. rozwijane były w czterech krajach, a w latach 1998–2002 było już 25 takich dokumentów obejmujących poziom kraju lub regionu. Eurobarometr wykazał, że mieszkańcy Unii chcieliby raczej wspólnej polityki narkotykowej na poziomie Unii niż poszczególnych krajów.

Raport EMCDDA za 2002 r., obejmujący kraje UE i kandydackie, kieruje uwagę na zjawisko politoksykomanii i związanych z tym zgonów, wypadków drogowych i przemocy. Podkreśla konieczność rozszerzenia dostępu i oferty lecznictwa. Raport potwierdza utrzymanie się trendów z poprzedniego roku rozpowszechnienia przetworów konopi, amfetamin i zasięgu problemowego używania narkotyków najwyższego w Luksemburgu, Portugalii i Zjednoczonym Królestwie oraz najniższego w Austrii, Niemczech i Holandii.

W 2003 r. rodzina narkotyków syntetycznych na rynku Unii powiększyła się o cztery nowe: 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 i TMA-2, co potwierdziło skuteczność Systemu Wczesnego Ostrzegania. W tym samym roku, równoległe z pracami nad Traktatem Konstytucyjnym, podjęte zostały prace nad Europejską Konwencją Narkotykową (*The European Convention*), która określałaby relacje wspólnej polityki unijnej i polityk krajowych 25 państw.

## HOLENDERSKA POLITYKA NARKOTYKOWA

Próby ukształtowania jednolitej polityki wobec narkomanii prowadzą jednak do wielu kontrowersji. Na przykład 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 nie skuteczna i jest przykładem drogi w niewłaściwym kierunku, a pomysł *caffee shoops* miał przynieść tylko negatywne skutki.

Na zaostrzenie holenderskiej polityki wobec narkotyków miękkich (tj. praktycznie rzecz biorąc haszyszu i marihuany, bo olej haszyszowy jest objęty surową penalizacją) naciskają sąsiednie państwa, zwłaszcza Francja, i Stany Zjednoczone. Przez Holendrów, tj. przez polityków, profesjonalistów i opinię publiczną, polityka holenderska wobec narkomani postrzegana jest jako działanie nacechowane pragmatyzmem i skutecznością, czego dowodzą wskaźniki rozpowszechnienia konsumpcji narkotyków i problemów z tym związanych na przestrzeni ostatnich 25 lat, tj. od czasu, kiedy w prawie holenderskim w 1976 r. wprowadzono rozróżnienie na narkotyki „miękkie” i „twarde”.

W ciągu tego okresu ścierają się w polityce holenderskiej stałe tendencje skrajne i – jak pisze L.J.S. 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 z 1997 r., obejmującego mieszkańców w wieku 12 lat i więcej, palenie marihuany

w ostatnich 12 miesiącach deklarowało 2,5% mieszkańców, tj. około 323 tys. Szacowana liczba osób uzależnionych od konopi mieści się w przedziale od 30 tys. do 80 tys. Wprawdzie mówi się o dramatycznym wzroście rozpowszechnienia konopi wśród uczniów do 1996 r. i stabilizacji w latach 1996–1999, to ujawnione wskaźniki ocenić należy jako wielokrotnie niższe od amerykańskich, niższe od brytyjskich i podobne jak w krajach sąsiedzkich.

Rozpowszechnienie narkotyków twardych, jak kokaina, amfetamina, ecstasy i opiatów, jest znacznie niższe (znacznie poniżej 1% w ciągu ostatniego roku). Obserwuje się stabilizację używania tych środków wśród młodzieży. Rozpowszechnienie stymulantów i ecstasy jest podobne jak w innych krajach Unii i koncentruje się głównie w kręgach młodzieży związanej z tzw. kulturą taneczną (*house-parties*, *techno-parties*). Kokaina – tak jak w krajach sąsiednich – jest popularna wśród wąskich kręgów raczej lepiej sytuowanej młodzieży. Liczbę opiatowych narkomanów szacuje się od 25 tys. do 29 tys. osób, co mogłoby mylnie wskazywać, że jest stosunkowo wyższa niż w Polsce, bowiem w Holandii trzy czwarte narkomanów jest w kontakcie z placówkami pomocy/leczenia, a w Polsce tylko niewielka część.

Obecna polityka ukształtowała się na początku lat 80. i od tego czasu kieruje się tymi samymi zasadami. Jej celem głównym jest prewencja oraz łagodzenie społecznego i indywidualnego ryzyka powodowanego przez narkotyki. Stosowanie różnych środków instytucjonalnych wobec osób (zasada indywidualizacji) powinno być odpowiednie do skali ryzyka wywołanego użyciem narkotyku. Środki karne są podstawowym instrumentem zwalczania wielkiego handlu narkotykami, z wyjątkiem niewielkich ilości przetworów konopi. W polityce holenderskiej środki karne są stosowane (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, jak i innych społecznie nowych lub nieakceptowanych zachowań – czyli tzw. dewiacji.

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

Podwaliny holenderskiej polityki kładzono już w XIX wieku. W holenderskich Indiach Wschodnich (dzisiejszej Indonezji) wprowadzono medyczną kontrolę nad konsumpcją opium. Jednolita Konwencja z 1961 r., przyjęta przez Ligę Narodów, została ratyfikowana przez holenderski parlament w 1963 r. i Holandia wprowadziła ostry represyjny kurs, odstępując od poprzednich antyprohibicyjnych doświadczeń.

W latach 60. szczególnie marihuana i LSD stały się popularne wśród młodzieży. 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 karnej interwencji.

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 młodzieżowej podkultury). W wyniku rekomendacji dwóch niezależnych komitetów opiniotwórczych zalecających ograniczenie środków karnych doszło w 1976 r. do uchwalenia Ustawy Opiumowej (*Opium Act*), która wraz obudowującymi z biegiem lat tę legislację nowymi przepisami wytycza główny kurs polityki wobec narkomanii ukierunkowanej przede wszystkim na ochronę zdrowia publicznego. Wprawdzie legalizacja posiadania *cannabis* okazała się niemożliwa w świetle Jednolitej Konwencji z 1961 r., ale możliwa była zmiana kwalifikacji czynu. Otóż posiadanie lub sprzedaż do 30 gramów marihuany uznano nie za przestępstwo, a za wykroczenie zagrożone karą do miesiąca więzienia lub grzywny. Ponadto w Ustawie konsekwentnie wprowadzono kary niższe za posiadanie niż za handel, co kierować powinno uwagę aparatu ścigania raczej na handlarzach niż na konsumentach.

W prawie holenderskim dużą rolę odgrywa instytucja dyrekcji prokuratorskiej (być może takie jak u nas przepisów wykonawczych), w myśl której istniejąca praktyka małej sprzedaży 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 socjalnej, leczenia i rehabilitacji.

Prewencja jest skierowana na całe społeczeństwo, jak i na poszczególne jego segmenty (profilaktyka specyficzna). Jej celem generalnym jest zmiana świadomości społecznej w takim kierunku, aby aprobowano ono łagodne instrumenty działania, które chronią młodzież przed narkotykami a jednocześnie nie stygmatyzują negatywnie narkomanów. Oznacza to uznanie narkomanii za jeden z „normalnych”, tj. nieodłącznych – obok bezrobocia, imigracji i przestępczości – rysów współczesnego społeczeństwa.

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 podstawową pomoc medyczną. Za taką 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 lecznictwa korzystać mogło około 60%–80% narkomanów, a z leczenia metadonem – około 75% opiatowców.

Leczenie w Holandii ma 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 (*hard users*) świadczą jednak o słabościach tego elementu polityki. Również wyniki leczenia w więzieniach składają do poszukiwań skuteczniejszych form. Ostatnio taki eksperyment prowadzony jest w centralnym więzieniu w Amsterdamie.

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

Konsumpcja 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 UE.

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

W trosce o poprawę porządku publicznego w 1999 r. 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 (*Guidelines*). 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”, bez zakłóceń porządku „O”, zakaz sprzedaży dla nieletnich „J” i sprzedaż nie więcej niż 5 gramów „G”. Wymagania te uzupełnia jeszcze warunek zapasów marihuany (*cannabis*) 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 rządową dotyczącą redukcji *coffee shops* z 1200 w 1997 r. do 900 w 1999 r., zwłaszcza w miastach o dużym napływie turystów narkotykowych.

W 1997 r. 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 wzmacnia przepis zakazu jazdy pod wpływem jakiegokolwiek substancji ograniczającej zdolność kierowania. Policja wyposażona jest w testy narkotyków, takich jak konopie, ekstazy i kokaina.

Holendrzy wnikliwie obserwują rozwój zjawiska i na przestrzeni ostatnich 20 lat stwierdzają, że 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 spadku dopływu młodych narkomanów;
- trend spożycia kokainy ustabilizował się na niskim poziomie;
- zdecydowana większość narkomanów korzysta z programów metadonowych i rośnie jednocześnie liczba narkomanów zorientowanych na osiągnięcie abstynencji;
- utrzymuje się niska stopa zgonów związanych z narkotykami – 2,4 na 1 mln mieszkańców w 1995 r. (dla porównania wskaźniki te 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 niskiej proporcji w granicach 10,5% zakażeń wśród narkomanów dożylnych (UE na poziomie 39,2%).

Do słabych stron tej polityki analitycy zapisują:

- gwałtowny wzrost liczby młodych konsumentów marihuany i ekstazy od połowy lat 80. (co było zgodne z europejskim trendem – A.Z.);
- wzrost liczby narkomanów niepodatnych na leczenie;
- brak dobrych rozwiązań dla narkomanów-kryminalistów, częściej spotykanych wśród imigrantów;
- wzrost wielkiego nielegalnego rynku finansowego spowodowanego tolerancją wobec sprzedaży marihuany.

Holenderska polityka, jak już powiedzieliśmy na wstępie, poddawana jest nieustającej krytyce ze strony rządu USA, a w Unii ze strony Szwecji i Francji. Krytyka amerykańska ma charakter ideologiczny i mija się z faktami, np. ogłasza się tam publicznie, że stopa zabójstw w Holandii jest dwukrotnie wyższa niż USA, a jest ona czterokrotnie wyższa – ale w USA itp.

## SZWECJA

„Szwedzki eksperyment”, „nowa polityka” – tak bywa określana szwedzka polityka wobec narkomanii w kraju i zagranicą. Jest przykładem polityki restrykcyjnej, ale skutecznej, co znajduje potwierdzenie w faktach przytaczanych przez jednych badaczy zjawiska, a kwestionowanych przez innych. Głos tych ostatnich trafia raczej do innych badaczy, a nie do polityków czy szerokiej opinii publicznej.

Celem szwedzkiej polityki wobec narkotyków jest społeczeństwo wolne od narkotyków (*a drug-free society*). Ta, jak można sądzić raczej, utopia została uznana przez parlament za cel realny i jest wdrażana w życie od lat 80. Co więcej, po wstąpieniu do Unii Szwedzi niezwykle energicznie (i chyba z jakimś skutkiem zmienili

klimat intelektualny debat Parlamentu Europejskiego) zmierzają do przeniesienia swojego modelu na grunt innych krajów Unii. Warto więc nieco bardziej wnikliwie przyjrzeć się ewolucji tego modelu i spojrzeć na podłoże społeczne i kulturowe, na którym jest umocowany.

Od końca lat 30. do końca lat 60. w kraju tym rozpowszechniona była konsumpcja legalnej amfetaminy i innych stymulatorów. W latach 40. szacowano liczbę konsumentów na około 200 tys. osób. W 1959 r. wprowadzono zakaz sprzedaży, co zmniejszyło konsumpcję wśród osób z klasy średniej, a nie wpłynęło na użycie tych środków wśród przestępców, prostytutek i innych osób z tzw. marginesu społecznego.

Z perspektywy dominującej klasy średniej na zakaz właściwie zareagowała „zdrowa” część społeczeństwa, a ta „marginalna” słusznie poddana została rygorom, tj. kryminalizacji. Ale nie problem stymulantów pobudził proces instytucjonalizacji problemu narkomanii, a więc tworzenia specjalnego ustawodawstwa, rozbudowy sił policyjnych, sieci lecznictwa itp. Był to, tak jak w innych krajach Europy, ogólny trend konsumpcji konopi wśród młodzieży szwedzkiej, którego szczyt przypada na połowę lat 70., stabilizacja w latach 80. i ponowny wzrost, zgodny z tendencją europejską, w latach 90.

Wprawdzie proces formowania się restrykcyjnej polityki zaczął się na dobre w latach 80., ale nie można pominąć pierwszych takich prób podejmowanych w latach 60. i nawet „liberalnej” (jak na warunki szwedzkie) próby z lat 70. Wzrost eksperymentalnego (w piśmiennictwie szwedzkim nie używa się terminu „użycie rekreacyjne” – A.Z.) używania i wzrost wskaźników uzależnień skłaniał do postrzegania tego zjawiska w kategoriach epidemii, a narkomanów postrzegano jako osoby pozbawione samokontroli, co przemawiało za stosowaniem wobec nich (dla ich dobra) przymusu prawnego. Taki obraz zjawiska wyrastał w dominującym w Szwecji klimacie intelektualnym ukształtowanym przez silny ruch trzeźwościowy (*temperance movement/culture*) – w klimacie wysokiej wartości pracy i obowiązków przeciwstawianych „czySTEMU” hedonizmowi.

Innym rysem kultury szwedzkiej jest wysoki poziom poszanowania prawa – „legalizm prawny” i – co się z tym wiąże – wysoki status stróżów prawa: policji. Policja od początku odgrywa ważną rolę w kreowaniu polityki. W połowie lat 60., po nacjonalizacji i centralizacji, policja uzyskała ogromny wpływ w sojuszu z organizacjami trzeźwościowymi na politykę informacyjną o zjawisku, tak wśród szerokiej opinii publicznej, jak i w szkołach publicznych. W 1968 r. nowa ustawa narkotykowa zaostrzyła kary i kurs zaostrzania represji kontynuowany był w kolejnych latach, ale głównie za ciężkie przestępstwa handlu. Jedyny liberalny epizod polityki szwedzkiej to tolerowanie posiadania do 2–3 gramów przetworów konopi i do 100 tabletek amfetaminy.

Pod koniec lat 70. tę politykę podawano narastającej krytyce, bowiem – tak jak w Polsce – pod koniec lat 90. w Szwecji uznano to za furtkę otwierającą proceder małej „dilerki”. W rezultacie już od początku lat 80. wprowadzono zasadę ścigania za posiadanie małych ilości, jednak jeszcze z wyjątkiem „niepodzielnie małych” dawek konopi i amfetaminy.

W latach 80. walkę z narkomanią uznano za priorytet ówczesnego rządu. Zniesiono ostatecznie zasadę zaniechanie ścigania posiadania małych ilości, zaostrzono kary do 16 lat więzienia, a w 1988 r. nastąpiła kulminacja kursu represji w postaci kryminalizacji konsumpcji – co wprowadzono w wyniku nacisku wielu grup.

Szwecja jest jednym z nielicznych krajów, gdzie nawet w obliczu zagrożeń HIV nie wprowadzono oficjalnie do praktyki programów redukcji szkód (dopuszczając jedynie eksperymentalny status takich prób w trzech miastach, w tym w Sztokholmie). Programy wymiany strzykawek i metadonowe uznano za zły sygnał o zamierzeniach społeczeństwa dążącego do eliminacji narkotyków.

Środowisko badaczy zjawiska jest podzielone w ocenach skuteczności tej polityki, opartej głównie na filarze represji kar-

nej. Przeważa jednak głos tych, którzy widzą w spadku trendów eksperymentalnego używania w latach 80. dowód wspierający represyjny kurs, zaś nieliczni, ale za to wybitni jak L. Lenke, B. Olson i H. Tham, kwestionują związek polityki z trendami zjawiska. Wedle ich opinii spadek eksperymentalnej konsumpcji był najwyższy w latach 70., a więc w okresie względnie liberalnej polityki. Trudno też uznać za sukces represyjnej polityki wzrost liczby narkomanów (*heavy drug users*) w latach 80. o 40%. Spadkowy trend w napływie młodych dożylnych narkomanów krytycy ci tłumaczą nie tyle odstraszającym wpływem represji, co lękiem przed infekcją HIV.

Szwedzi należą do najbardziej zdeterminowanych przeciwników holenderskiej polityki liberalnego traktowania przetworów konopi. Wymienieni już L. Lenke, B. Olson i Holender T. Boekhout van Solinge tłumaczą ten trudny do zrozumienia fenomen przywiązaniem polityków do uznanego w alkoholologii modelu przeciętnej konsumpcji, w którym – jak wiadomo – przeciętny poziom konsumpcji alkoholu wiąże się przyczynowo z konsekwencjami w postaci uzależnień od alkoholu. Stąd, powiadają ci autorzy, w Szwecji taki nacisk na zwalczanie najbardziej rozpowszechnionej formy eksperymentów z konopiami. Dodatkowego argumentu dostarcza Szwedom uznawana przez kreatorów polityki teoria „kamiennych schodów”, w myśl której ten pierwszy stopień stanowią konopie (a jeszcze inni, że zaczyna się od papierosów, potem piwa itd.).

Sumując, uznać trzeba kilka faktów. Pierwszy odnosi się do osadzenia modelu szwedzkiego na solidnych tradycjach masowych ruchów trzeźwościowych. Kolejnym rysem kultury tego narodu jest głęboko zakorzeniony respekt dla prawa, a – co za tym idzie – posłuch dla legalnej władzy (stąd nie ma protestów na wprowadzenie testów moczu i krwi oraz pacyfikacyjnych akcji policji wobec narkomanów na ulicach wielkich miast). Praktykowanie modelu państwa opiekuńczego przyzwyczało Szwedów do idei głoszącej, że każdemu przysługuje prawo i pomoc w osiągnięciu godziwego życia. W odczuciach społecznych państwo powinno spełniać taką rolę wobec tych, którzy zbaczają z takiej drogi. Wszystko to razem weryfikuje trafność wyboru takiego modelu, chociaż dla piszącego te słowa taki system przeniesiony do naszego kraju byłby z gruntu chybiony i drażniący w skutkach.

## UWAGI KOŃCOWE

Zagrożenia związane z HIV/AIDS zmusiły większość krajów „15” do przyjęcia bardziej pragmatycznej polityki.

Doświadczenia ostatniej dekady lat 90. uzmysłowiły opinii publicznej i politykom, że polityka czy to restrykcyjna (jak we Francji i w Szwecji), czy liberalna (jak w Holandii, Austrii, Danii, Włoszech i Portugalii) nie zatrzymały trendu eksperymentalnej konsumpcji wśród młodzieży tak przetworów konopi, jak i narkotyków syntetycznych. Tworzy to nowy klimat intelektualny wokół sprawy kara-

nia tylko za konsumpcję (jak to jest w Szwecji i we Francji), klimat sprzyjający wprowadzaniu heroiny do leczenia, pobudzający debaty publiczne nad nie tylko dekryminalizacją marihuany (Niemcy), ale nawet jej legalizacją (Wielka Brytania). Jednak nie można lekceważyć bezkompromisowego stanowiska Szwecji na przebieg debat na forum Parlamentu Europejskiego.

Trend w kierunku pragmatyzmu i liberalizacji dostrzec można w polityce wielu krajów „15”. Zmiany te można dostrzec również w retoryce oficjalnych dokumentów Unii. Niektórzy obserwatorzy zjawiska przewidują, że polityka UE będzie się przede wszystkim kształtowała na poziomie lokalnym dużych miast i regionów. Już teraz widać, jak np. landy północne Niemiec czerpią z doświadczeń holenderskich.

W polityce karnej większości krajów następuje wyraźny odwrót od kryminalizacji posiadania małych ilości narkotyków do osobistego użytku, zwłaszcza przetworów konopi. Negatywne doświadczenia związane z osadzaniem w więzieniach palaczy marihuany, dostrzeżone w Holandii już w latach 70., a w krajach Unii dopiero w latach 90., skłaniają do preferowania środków administracyjnych i terapii jako alternatywy dla kar. W tym świetle nacisk, jaki wywierano na kraje kandydackie, w tym Polskę, aby skryminalizowały posiadanie małych ilości narkotyków do osobistego użytku uznać należy jako posunięcie szkodliwe, takie, które zapewne już rodzi błędy, jakie były udziałem krajów „15”.

## LITERATURA

- Berridge V. (1999), *European Drug Policies: The Need for Historical Perspectives*. w: J. Derks, A. Van Kalmthout, H-J Albrecht (red.), *Curent and Future Drug Policy Studies in Europe*.
- Boekhout van Solinge T. (1999), *Dutch Drug Policy in a European Context*, w: D.J. Korf, B. Bullington, H. Riper (red.), *Windmills in Their Minds?, Drug Policy and Drug Research in the Netherlands*.
- de Korf M., Cramer T. (1999), *Pragmatism Versus Ideology: Dutch Drug Policy Continued*, w: D.J. Korf, B. Bullington, H. Riper (red.), *Windmills in Their Minds?, Drug Policy and Drug Research in the Netherlands*.
- Derks J. Van Kalmthout A., Albrecht H-J. (1999), *General Introduction and Some Remarks on European Drug Policy Research*, w: J. Derks, A. Van Kalmthout, H-J Albrecht (red.), *Curent and Future Drug Policy Studies in Europe*.
- Drug Net Europe* (lata 1996–2004), dwumiesięcznik Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii EMCDDA, numery od 2 do 46.
- EMCDDA (za lata 1996–1999), *General report of activities*.
- Farrell M., Griffiths P., Strong J. (1999), *Finding the Balance for different Policy Options*, w: J. Derks, A. Van Kalmthout, H-J Albrecht (red.), *Curent and Future Drug Policy Studies in Europe*.
- Lenke L., Olson B. (1999): *Swedish Drug Policy in Perspective*, w: J. Derks, A. Van Kalmthout, H-J Albrecht (red.), *Curent and Future Drug Policy Studies in Europe*.
- Wever L.J.S. (1999): *Review of Dutch Drug Policy*, w: J. Derks, A. Van Kalmthout, H-J Albrecht (red.), *Curent and Future Drug Policy Studies in Europe*.