

SERIA: STUDIA NAD POLITYKĄ NARKOTYKOWĄ

Coffee shopy i kompromis

Separacja rynków nielegalnych
substancji psychoaktywnych w Holandii



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

Coffee shops i kompromis

Separacja rynków nielegalnych substancji
psychoaktywnych w Holandii

Jean-Paul Grund i Joost Breeksema
CVO – Centrum Badań nad Uzależnieniami

Lipiec 2013

Global Drug Policy Program



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**

Copyright © 2013 Open Society Foundations.

ISBN: 978-1-940983-25-7

Opublikowane przez:
Open Society Foundations
224 West 57th Street
New York, NY 10019 USA
www.opensocietyfoundations.org

Więcej informacji:
Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej
Open Society Foundations
c/o Helsińska Fundacja Praw Człowieka
ul. Zgoda 11, 00-018 Warszawa, Polska

<http://www.opensocietyfoundations.org/about/programs/global-drug-policy-program>

Tłumaczenie: Jan Smoleński
Redakcja: Magdalena Dąbkowska, Michał Sołtysiak

Okładka i opracowanie graficzne: Judit Kovacs | Createch Ltd.
Zdjęcie na okładce © Yadid Levy | Anzenberger | Redux | Single Street, Amsterdam, Holandia

Druk: Createch Ltd. | Węgry

Słowo wstępne

Nie da się ukryć, że w międzynarodowej polityce narkotykowej zachodzą zmiany. W wielu miejscach na świecie prawodawcy – nieraz pod presją wyborców – rozważają różne podejścia do regulacji substancji psychoaktywnych. Na poziomie międzynarodowym podobne dyskusje mają miejsce na forach globalnych, takich jak ONZ i regionalnych, jak Organizacja Państw Amerykańskich. Zmiana wisi w powietrzu.

Naturalnie, podczas takich dyskusji padają pytania, co można zrobić i czego można się spodziewać po wprowadzeniu konkretnych rozwiązań. Niestety debatom na temat reform polityki narkotykowej często towarzyszy przekonanie, że dyskutujemy o niewiadomych i abstrakcyjnych rozwiązaniach. Wiemy jednak więcej, niż nam się wydaje. Między innymi w Holandii, Portugalii, Szwajcarii i Czechach polityka narkotykowa jest oparta na zdrowiu publicznym, pragmatyzmie i bezpieczeństwie. Na podstawie tego, co już zostało sprawdzone, wiemy, jakie rozwiązania działają, a jakie nie. Model holenderski działa i to działa dobrze.

Paradoksem może się wydawać fakt, że w przeciwieństwie do wielu innych krajów o dużo ostrzejszej polityce narkotykowej, kraj znany z liberalnego podejścia do kontroli substancji psychoaktywnych osiągnął zdecydowanie lepsze rezultaty w zakresie redukcji szkód z nimi związanych. O ile holenderskie coffee shopy, w których konopie otwarcie sprzedaje się i konsumuje, są słynne na cały świat, o tyle uzasadnienie dla takiej polityki jest mało znane.

Model holenderski to pragmatyczne rozwiązanie mające na celu ochronę użytkowników konopi przed twardymi narkotykami. Za jego wprowadzeniem stało przekonanie, że prohibicja narkotykowa tworzy jedną subkulturę, która łączy użytkowników różnych substancji narażonych na odmiennego rodzaju ryzyka. Co więcej, uznano, że wpisy do rejestru karnego mogą pchnąć młodych ludzi do używania twardszych substancji. Skoro z różnymi substan-

cjami związane jest odmienne ryzyko, holenderski rząd rozsądnie założył, że nie wszystkie narkotyki powinny być traktowane w ten sam sposób. Na tym właśnie polega „separacja rynków”.

Holenderscy politycy widzieli ryzyko wynikające z tego, że osoby nielegalnie kupujące marihuanę kontaktowały się z dilerami handlującymi również twardszymi substancjami. Po utworzeniu wyznaczonych miejsc sprzedaży marihuany, spadło prawdopodobieństwo, że użytkownicy kupią twardsze narkotyki tam, gdzie kupują konopie. Na przykład w Szwecji aż 52 procent użytkowników konopi twierdzi, że tam, gdzie kupuje marihuanę, może również kupić twardsze narkotyki. W Holandii zaś tylko 14 procent użytkowników marihuany może z tego samego źródła kupić twardsze narkotyki¹, dlatego że większość użytkowników marihuany kupuje ją właśnie w coffee shopach. Dodatkowo, według konserwatywnych szacunków, coffee shopy przynoszą 400 milionów euro zysku rocznie w postaci podatków.

Według szeregu wskaźników, holenderskie podejście do polityki narkotykowej odniosło większe sukcesy niż bardziej represyjne rozwiązania. Według jednego z badań, odsetek użytkowników konopi zażywających również kokainę jest niższy w Amsterdamie niż w USA: „Tylko 22 procent z badanych [z Amsterdamu] w wieku 12 lat i powyżej, którzy użyli konopi, zażyło również kokainę (...) Dla porównania, w USA to 33 procent.”²

Ponadto, dostęp do komercyjnego rynku marihuany nie uczynił z Holandii światowego lidera w konsumpcji konopi. Wręcz przeciwnie, konsumpcja marihuany utrzymuje się na poziomie europejskiej średniej i jest niższa niż na przykład w USA, gdzie polityka narkotykowa jest dużo surowsza.

Ten raport nie powstał po to, by jedynie zachwalać holenderską politykę narkotykową. Holendrzy mają na swoim koncie wiele sukcesów, jednak stoją przed nimi również wyzwania. Pojawiały się skargi na zakłócanie porządku publicznego związane z działalnością coffee shopów, jak również napięcia związane z zaopatrywaniem sklepów w substancję, której nigdy oficjalnie nie zalegalizowano. Jednak to, w jaki sposób Holandia podeszła do tych wyzwań, jest pouczające.

Nic nie dzieje się jednak w próżni i model holenderski też czasem bywa elementem politycznej rozgrywki. Partie w walce o wpływy sięgają po rozwiązania populistyczne, co może skutkować regresem w polityce narkotykowej. Niektórzy politycy, proponując bardziej restrykcyjne rozwiązania, chcieli zyskać na popularności. Ten raport pokazuje również polityczny wymiar dyskusji toczących się w Holandii. Zwolennicy zachowania status quo na

1. EMCDDA, Further insights into aspects of the EU illicit drugs market: summaries and key findings, European Union, 2013, s. 18

2. R MacCoun and P Reuter, Evaluating Alternative Cannabis Regimes, 178 The British Journal of Psychiatry s. 126 (2001)

międzynarodowym poziomie chcą widzieć debatę wokół polityki narkotykowej w Holandii jako przyznanie się do porażki. To obłudna i nieszczerza krytyka rozwiązań, które w dużej mierze okazały się skuteczne. Ten raport pokazuje, że aktualna dyskusja na temat polityki wobec marihuany w Holandii ma niewiele wspólnego z sukcesami, porażkami, zdrowiem publicznym czy wymiarem sprawiedliwości. To dyskusja polityczna.

Jakie więc powinny być kolejne kroki? Na przyszłe posunięcia może w większej mierze wpłynąć wola polityków, a nie pozytywne rezultaty obecnych rozwiązań. Czy jest wola polityczna, by wyciągnąć wnioski z tego, czego się nauczyliśmy, i wprowadzić je w życie? To dotyczy się w takim samym stopniu Holandii, jak i całej społeczności międzynarodowej.

Jest coraz więcej miejsc, za których przykładem moglibyśmy podążać. Po referendum w 2012, dwa stany w USA – Kolorado i Waszyngton zalegalizowały marihuanę. W 2013, Urugwaj jako pierwszy kraj zdecydował się na takie posunięcie, legalizując produkcję, konsumpcję oraz obrót marihuaną. Teraz to od nas zależy, czy wyciągniemy lekcje z tych doświadczeń, czy nadal będziemy je ignorować.

Kasia Malinowska-Sempruch

Dyrektorka Międzynarodowego Programu Polityki Narkotykowej
w Open Society Foundations

*“A zatem celem państwa jest
w gruncie rzeczy wolność”*

Baruch de Spinoza, *Traktat teologiczno-polityczny*

Spis treści

Podziękowania	9
Streszczenie	11
1. Wprowadzenie	13
2. Polityka wobec konopi	15
3. Regulowanie nowych praktyk: rozwój polityki narkotykowej po 1976 roku	21
4. Po drugiej stronie płotu: holenderska epidemia twardych narkotyków od 1972 do dziś	25
5. Lata 90.: ciągłość i zmiana	31
6. Zmiana nurtu – holenderska polityka narkotykowa w XXI wieku	37
7. Rola terapii, opieki społecznej i programów redukcji szkód	45
8. Polityka narkotykowa w liczbach: rezultaty i koszty	49
9. Wnioski	57
10. Czego się nauczyliśmy	61
Bibliografia	67
Aneks: Wykaz rozmówców	75
O autorach	79

Podziękowania

Dziękujemy naszym respondentom, którzy pomogli nam zrozumieć ponad czterdziestoletnią historię radzenia sobie z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi w ludzki i pragmatyczny sposób. Wielu z nich brało aktywny udział w tworzeniu holenderskiej polityki narkotykowej. Ich wysiłki oraz działania wielu innych osób spowodowały, że Holandia przez lata była światowym liderem progresywnej polityki narkotykowej. Chcemy podziękować Joanne Csete i jej wprawnemu pióru za pomoc w redagowaniu tekstu oraz Patrickowi Gallahue i anonimowym recenzentom za ich krytyczne komentarze i sugestie.

Streszczenie

W konfrontacji z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi Holendrzy, czerpiąc z tradycji i kultury tolerancji, zareagowali w sposób pragmatyczny, a nie oceniający. Centralnym elementem holenderskiej polityki narkotykowej jest istotna decyzja o prawnym i praktycznym rozróżnieniu konopi – uznanych za niosące akceptowalne ryzyko dla konsumentów i społeczeństwa – od twardych narkotyków, związanych z ryzykiem nieakceptowalnym. Ta polityka realnie zdekryminalizowała posiadanie i używanie konopi i utorowała drogę do zaakceptowania sklepów sprzedających konopie na niewielką skalę, które z czasem przekształciły się w dobrze znane coffee shopy. Dane pokazują, że dzięki coffee shopom konsumenci marihuany są mniej narażeni na kontakt z rynkiem twardych narkotyków. Holenderskim użytkownikom konopi oszczędzono kosztów związanych z figurowaniem w rejestrze karnym, a społeczeństwu kosztów związanych z wyrokami więzienia za drobne przestępstwa. Polityka narkotykowa w Holandii rozwijała się pragmatycznie i oddolnie – poszczególne rozwiązania, często inicjowane przez lokalnych urzędników przy konsultacji z reprezentantami społeczeństwa obywatelskiego i ze wsparciem prawodawców na poziomie krajowym, były wypracowywane na zasadzie prób i błędów na poziomie lokalnym.

W przypadku heroiny i innych twardych narkotyków holenderskie władze na poziomie krajowym i lokalnym postawiły na redukcję indywidualnych i społecznych szkód, inwestując w szeroko zakrojone usługi społeczne i zdrowotne. Niskoprogowe programy metadonowe i bezpieczne pokoje iniekcyjne oraz programy wymiany igieł i strzykawek rozpowszechniły się wcześniej niż w większości innych krajów europejskich i miały większy zasięg. Jednak nawet przed udostępnieniem tych usług, tolerancja wobec sprzedaży i konsumpcji twardych narkotyków pod wyznaczonymi „domowymi adresami” poważnie zredukowała niebezpieczeństwa

związane z otwartymi scenami narkotykowymi, w tym narażenie na kontakty z przestępcami. Miało to również wpływ na wybory konsumentów, przyczyniło się do mniejszej popularności iniekcji. Związana z używaniem substancji psychoaktywnych epidemia HIV, która zniszczyła życie wielu użytkowników i ich rodzin w krajach Europy, ominęła Holandię. Ważnym elementem tego sukcesu była nie tylko pragmatyczna polityka na poziomie krajowym, ale również autonomia, jaką lokalni urzędnicy mieli w tworzeniu praktyk, które nie podporządkowywały się literze prawa.

Nie obyło się bez wyzwań. Na przykład, o ile coffee shopy zapewniły miejsce bezpiecznej i kontrolowanej konsumpcji konopi bez narażania użytkowników na kontakty z twardymi narkotykami, kolejnym rządów nie udało się skutecznie rozwiązać tak zwanego problemu „tylnych drzwi”, to znaczy hurtowego zaopatrywania coffee shopów w marihuanę na czarnym rynku. Choć całkowita legalizacja konopi czy regulacja rynku marihuany spotykały się z poparciem społecznym, nie poszły za tym rozwiązania polityczne. Mimo że Holandia nie zmieniła sedna swojej polityki narkotykowej i wciąż koncentruje się na redukcji szkód indywidualnych i społecznych, kolejne rządy odczuwały międzynarodową presję, by nie legalizować ani regulować substancji psychoaktywnych. Dodatkowo, próby ograniczenia „narkoturystyki” przez zamknięcie coffee shopów dla osób bez holenderskiego obywatelstwa wydają się tworzyć więcej problemów niż ich rozwiązywać i wywołują sprzeciw właścicieli sklepów, klientów, społeczeństwa obywatelskiego, prawników i burmistrzów. Pomimo to, władze niektórych miejscowości konsekwentnie narzekają na „narkoturystykę”, jednocześnie czerpiąc profity z działalności coffee shopów.

Raport ten jest dogłębną analizą polityki i praktyk, które umożliwiły lokalnym i krajowym władzom holenderskim podejmowanie decyzji dotyczących polityki narkotykowej, które wpłynęły na życie użytkowników substancji psychoaktywnych lub osób w inny sposób dotkniętych zjawiskiem zażywania tych substancji. Autorzy mają nadzieję, że przyda się on członkom rządów i społeczeństw obywatelskich innych krajów, szukających rozwiązań respektujących prawa człowieka, a zarazem mocno osadzonych w nauce i dobrych praktykach zdrowia publicznego. Lekcją płynącą z doświadczeń holenderskich jest to, że jakiegokolwiek ruchy w kierunku regulacji konopi i innych substancji psychoaktywnych przeznaczonych do konsumpcji powinny obejmować cały łańcuch podaży, od produkcji po używanie.

1. Wprowadzenie

Holandia cieszy się niskim odsetkiem użytkowników substancji psychoaktywnych zakażonych HIV, pomijalną liczbą nowych przypadków używania heroiny, konsumpcją konopi wśród młodych ludzi na poziomie średniej europejskiej oraz społeczeństwem, które wolne jest od problemów powodowanych przez bycie notowanym w rejestrze karnym za drobne przestępstwa narkotykowe bez użycia przemocy. Holenderski model polityki narkotykowej często jest fałszywie przedstawiany lub słabo rozumiany. Godne pochwały programy związane ze zdrowiem publicznym zbyt często przesłania popularność coffee shopów, w których otwarcie sprzedaje się i konsumuje konopie. Są one ważną, lecz wcale nie najważniejszą, częścią modelu holenderskiego.

Istotą holenderskiej polityki narkotykowej jest zapisane w prawie z 1976 roku rozróżnienie nielegalnych substancji psychoaktywnych na te, które niosą za sobą nieakceptowalne ryzyko dla zdrowia użytkowników (lista 1, „twarde narkotyki”), oraz te związane z akceptowalnym ryzykiem (lista 2, „miękkie narkotyki” lub konopie). To rozróżnienie faktycznie zdekriminalizowało używanie marihuany i haszyszu i odcięło handel konopiami od handlu „twardszymi” substancjami psychoaktywnymi. Około 1980 roku w Amsterdamie, Rotterdamie i Utrechcie powstały coffee shopy, czyli miejsca, w których można kupować i konsumować konopie. Przed końcem lat 90. coffee shopy istniały w każdym dużym i średnim mieście Holandii. Celem separacji rynków było również stworzenie takich rozwiązań, w których polityka mająca na celu uporanie się z problemami związanymi z heroiną, odnosiłaby lepsze efekty. W ciągu 10 lat od wejścia w życie prawa z 1976 roku, liczba użytkowników heroiny zdecydowanie spadła (Toet 1990, Grund 1993, Van Brussel 1995). Innymi słowy, w odniesieniu do wyznaczonych sobie zadań, holenderska polityka narkotykowa była skuteczna.

Jak każda polityka publiczna, holenderska polityka narkotykowa miała tak zamierzone, jak i niezamierzone konsekwencje. Część skutków należących do tej drugiej kategorii była bardzo gorąco dyskutowana. Na przykład problemy związane z zagranicznymi klientami coffee shopów w regionach przygranicznych i zaangażowanie organizacji przestępczych w uprawę konopi i sprzedaż hurtową poskutkowały zamknięciem coffee shopów w niektórych przygranicznych miastach i nawoływaniem do zaostrzenia prawa. Od 2000 roku polityka narkotykowa oparta na zdrowiu publicznym zaczęła zmierzać w kierunku podejścia bardziej punitywnego. Jednak, jak pokazuje ten raport, nie jest to jednolity trend.

1.1 Cele

Raport ten jest krytyczną analizą czterdziestoletniego doświadczenia holenderskiego na polu polityki narkotykowej. Ma on dwa cele:

1. zidentyfikować skuteczne i nieskuteczne elementy zmian prawnych z 1976 roku, ich ogólny wpływ na politykę narkotykową i ich skutki oraz
2. zanalizować je w kontekście holenderskiego społeczeństwa, historii i polityki.

Raport nie zajmuje się używaniem ecstasy oraz innych popularnych w Holandii „narkotyków imprezowych”, skupia się jedynie na konopiach i heroinie. Tę decyzję podjęliśmy, kierując się ograniczonym miejscem, bowiem wpływ „imprezowych narkotyków” na holenderską politykę narkotykową wiąże się z szeregiem skomplikowanych dodatkowych pytań, wykraczających poza zakres tego raportu.

1.2 Metodologia

Dokonałiśmy gruntownego przeglądu kluczowych dokumentów dotyczących polityki, literatury i publikacji naukowych, artykułów prasowych, lokalnych, krajowych i międzynarodowych raportów, raportów stworzonych przez organizacje społeczeństwa obywatelskiego, publikacji medialnych i pozostałej szarej literatury na temat holenderskiej polityki narkotykowej w ogóle, z naciskiem na politykę wobec konopi i heroiny oraz „politykę tolerancji”. Dodatkowo przeprowadziliśmy 20 wywiadów z decydentami, którzy odegrali ważną rolę w ciągu tych kilku dziesięcioleci „separacji rynków”, z ekspertami akademickimi, przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego, politykami na szczeblu lokalnym i krajowym, działaczami na rzecz redukcji szkód, orędownikami zmian, przedstawicielami organów ścigania oraz dostawcą usług terapeutycznych i właścicielem coffee shopu. Imiona i afiliacje rozmówców znajdują się w Aneksie. W analizie dokumentów skupiliśmy się na istotnych zmianach w polityce oraz ich skutkach. Dokumenty te były analizowane w połączeniu z wywiadami.

2. Polityka wobec konopi

2.1 Przygotowania do zmian prawnych z 1976 roku

2.1.1 Holendrzy i narkotyki do lat 60. XX wieku

Związki Holendrów z substancjami psychoaktywnymi rozpoczęły się krótko po założeniu w 1602 roku Holenderskiej Kompanii Wschodnioindyjskiej (Vereenigde Oostindische Compagnie, VOC). W XVII wieku Holendrzy uzyskali kontrolę nad handlem opium w Azji. W odpowiedzi na przemysł i nielegalny handel opium oraz na międzynarodowy niepokój wywołany jego rosnącą konsumpcją, rząd holenderski wprowadził w latach 90. XIX wieku w Holenderskich Indiach Wschodnich (dzisiejsza Indonezja) „Opium Regie” (De Kort 1995). Prawo to regulowało produkcję i obrót opium, wzmacniając tym samym holenderską kontrolę nad rynkiem. Dochody z monopolu na opium przyczyniły się do wzrostu bogactwa takich miast jak Amsterdam czy Lejda i skończyły się wraz z japońską inwazją na Indie Holenderskie w 1941 roku.

Pod koniec XIX wieku Holendrzy zaczęli uprawiać na Jawie – wyspie wchodzącej w skład Indii Holenderskich – kokę. W 1900 roku w Amsterdamie założono Nederlandsche Cocaïnefabriek, Holenderską Fabrykę Kokainy. 10 lat później Holandia była największym graczem na światowym rynku kokainy. Choć oficjalnie holenderską kokainę produkowano wyłącznie w celach medycznych, to trafiała ona również do rekreacyjnych użytkowników, zwłaszcza w wojskowych szeregach (De Kort 1995). Do lat 50. XX wieku niewiele osób w Holandii używało nielegalnych substancji psychoaktywnych. Konopie i haszysz zostały zapisane w ustawie opiumowej z 1928 roku, ale dopiero w 1953 roku Holandia skryminalizowała posiadanie i produkcję konopi (Korf 2002).

Konsumpcja substancji psychoaktywnych w Holandii, tak jak w wielu innych zachodnich krajach, wzrosła gwałtownie w latach 60., gdy młodzi ludzie zaczęli eksperymentować z konopiami, LSD i amfetaminami. Początkowo reakcje organów ścigania miały na celu powstrzymanie nie tylko handlu substancjami psychoaktywnymi, ale również ich konsumpcji (Cohen 1975, Korf 2002). Aresztowania w związku z przestępstwami narkotykowymi gwałtownie wzrosły z 74 w 1966 roku do 544 w 1969 (Andere Tijden 2004). Według Dirka Korfa, profesora kryminologii na Uniwersytecie w Amsterdamie (wywiad), represyjne podejście spotkało się z szeroką krytyką ze strony opinii publicznej i niektórych polityków. Skuteczne egzekwowanie prawa okazało się być trudne i czasochłonne oraz nie wpłynęło na widoczny spadek dostępności czy konsumpcji substancji psychoaktywnych. W 1969 roku Prokuratura Generalna opublikowała wytyczne, zgodnie z którymi ściganie przestępstw i utrzymywanie ładu publicznego miało się skupiać nie na użytkownikach konopi, lecz na handlu oraz na substancjach takich jak LSD, amfetaminy i opium (Andere Tijden 2004).

Ważnym punktem zwrotnym w egzekwowaniu prawa narkotykowego był Holland Pop Festival w czerwcu 1970 roku w Rotterdamie, holenderska wersja Woodstocku – pierwszy w Holandii festiwal muzyczny na dużą skalę, organizowany pod gołym niebem. Policja i burmistrz Rotterdamu zdecydowali się na łagodniejsze podejście wobec stutysięcznego tłumu, który, jak uznano, nie stanowił zagrożenia dla porządku publicznego. Zamiast egzekwować ustawę opiumową, aresztując wszystkich konsumentów konopi, zdecydowano się jedynie na obserwację tłumu. Policjanci zauważyli podczas festiwalu, że, po pierwsze, transakcje narkotykowe przeprowadzono całkiem otwarcie, do tego stopnia że w końcu powstały stoiska z substancjami psychoaktywnymi. Po drugie, że różne substancje (konopie, LSD i amfetaminy) były sprzedawane przez różnych sprzedawców. Najwyraźniej rynek narkotyków był już do pewnego stopnia podzielony według substancji. Zauważono, że ludzie mogli konsumować substancje na dużą skalę, nie stanowiąc przy tym ryzyka ani dla siebie, ani dla porządku publicznego. Brak aresztowań podczas tego festiwalu zapoczątkował bardziej tolerancyjne podejście wobec używania narkotyków, zwłaszcza konopi. Ograniczone działania policji podczas festiwalu można uznać za pierwsze zastosowanie wytycznych z 1969 roku na dużą skalę. Następnie, władze zaczęły tolerować „domowych dilerów” w miejscach uczęszczanych przez młodych Holendrów. Szczegóły opisano poniżej.

Do wczesnych lat 70. konopiami handlowano w ukryciu i było to częścią kontrkultury, w której użytkownicy sprzedawali sobie nawzajem. Stopniowo wykształciła się nieformalna polityka tolerancji wokół używania konopi i ich sprzedaży w ilości uznawanej za przeznaczoną wyłącznie na własny użytek. Dodatkowo, uwagę policji szybko przykuła heroina.

A potem pojawiła się heroina

Do 1972 roku policja w Amsterdamie skutecznie ukróciła handel opium, głównie dzięki deportacjom handlarzy z Azji (Van Riessen, wywiad). Konkurujący z nimi handlarze heroiną szybko wypełnili próżnię i w ciągu kilku miesięcy zastąpili ich w Amsterdamie i Rotterdamie (Grund i Blanken 1993, De Kort 1995). Liczba użytkowników heroiny szybko rosła, a sam narkotyk stawał się w Holandii coraz bardziej palącym problemem.

W między czasie badania socjologa medycyny Hermana Cohena z 1969 roku poddały w wątpliwość teorię, wedle której używanie tak zwanych miękkich narkotyków – marihuany – koniecznie prowadzi do konsumpcji twardych. Jednak uczestnictwo w zmarginalizowanej subkulturze może zaznajomić użytkowników konopi z innymi substancjami i zachęcić do ich konsumpcji (Cohen 1975). Odseparowanie konopi i ich użytkowników od innych substancji, twierdził Cohen, zapobiegłoby narażaniu użytkowników konopi na kontakt z twardszymi narkotykami. W ten sposób rosnąca fala konsumpcji twardych narkotyków wpłynęła na dekryminalizację konopi.

Odseparowanie konopi i ich użytkowników od innych substancji (...) zapobiegłoby narażaniu użytkowników konopi na kontakt z twardszymi narkotykami.

Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, Główne Biuro ds. Zdrowia Psychicznego – pozarządowe, a jednak bardzo wpływowe ciało doradcze rządu – zleciło tak zwanej Komisji Hulsmans sporządzenie raportu. Ukończony w 1969 roku dokument, bazując na debatach toczących się w tym czasie w holenderskiej literaturze akademickiej i dotyczących dewiacji społecznych, zalecał zniesienie w długiej perspektywie sankcji karnych za używanie jakichkolwiek substancji psychoaktywnych i zajęcie się problemem narkotykowym z punktu widzenia zdrowia publicznego. Rekomendacją komisji było również to, by natężenie działań organów ścigania zależało od niebezpieczeństwa, jakie dana substancja niesła dla jednostek i społeczeństwa. Konopie uznano za relatywnie łagodną substancję. To kontekst społeczny determinował wysokość ryzyka związanego z ich używaniem, a marginalizacja związana ze ściganiem mogła popychać użytkowników konopi do konsumpcji „twardszych, bardziej niebezpiecznych” substancji jak heroina (Komisja Hulsmans 1969).

Kolejny raport, autorstwa Komisji Baana z 1972 roku, okazał się jeszcze bardziej wpływowy i dostarczył uzasadnienia dla wprowadzonych cztery lata później poprawek w ustawie opiumowej. Raport Komisji Baana koncentrował się głównie na konopiach i jako pierwszy wprowadził rozróżnienie na substancje niosące „nieakceptowalne ryzyko” i „inne substancje”. Komisja podkreśliła również, że to zagrożenie, które substancja stanowi dla społeczeństwa

i jednostek, powinno determinować surowość penalizacji (Komisja Baana 1972, Komisja Hulsmana 1969). Zaproponowano podniesienie kar za handel twardszymi substancjami i w perspektywie dekryminalizację konopi. Według Komisji Baana, negatywne skutki aresztowań i ścigania użytkowników konopi przewyższały możliwe korzyści płynące z karaniami, i to nie tylko dla pojedynczych użytkowników, ale też dla porządku publicznego.

Co ciekawe, istota raportu Komisji Hulsmana – zmiana polityki narkotykowej z represyjnej na opartą na zdrowiu publicznym – miała swoje odbicie w wytycznych dla prokuratorów z 1969 roku. Według Marcela de Korta, istniało wiele powiązań między komisjami Hulsmana i Baana z jednej strony a Ministerstwem Zdrowia Publicznego i Ministerstwem Sprawiedliwości z drugiej. Profesor Hulsman pracował w Ministerstwie Sprawiedliwości i współpracował z nim w różnym zakresie od 1955 do 1980 roku. Dekryminalizacja konopi cieszyła się szerokim poparciem – również w Ministerstwie Sprawiedliwości, gdzie panowało przekonanie, że organy ścigania powinny być *ultimum remedium*. Była to ważna zmiana w polityce narkotykowej, która pozostała w mocy do końca lat 90. XX wieku.

Część respondentów zauważyła, że również rząd w tym czasie rozważał dekryminalizację i regulację podaży konopi. Były minister sprawiedliwości (i premier) Dries van Agt wyjaśnił, że on i minister zdrowia, Irene Vorrink, chcieli pójść dalej niż dekryminalizacja konopi: „Chcieliśmy pełnej legalizacji konopi i regulacji wszystkich innych substancji psychoaktywnych” (van Agt, wywiad). Jednak z powodu presji międzynarodowej rząd zdecydował inaczej, z tego samego powodu posiadanie konopi zostało jedynie zdekryminalizowane, a nie zalegalizowane. Nie chciano narażać na szwank relacji z sąsiednimi krajami i społecznością międzynarodową. Zamierzano natomiast sprawdzić możliwości wprowadzania zmian w traktatach międzynarodowych takich jak Jednolita Konwencja, które pozwoliłyby państwom na wprowadzenie wedle ich woli odmiennej polityki dotyczącej produktów konopi (de Kort 1994).

Rząd holenderski spodziewał się, że gdy państwa europejskie zauważą postęp, jakiego dokonano, zaczną naśladować politykę narkotykową Holandii, przynajmniej dekryminalizując używanie konopi (Lap, Polak, wywiady).

2.2 Nowelizacja ustawy opiumowej z 1976 roku

W 1976 roku znowelizowano ustawę opiumową. Dzięki niej prawo obejmowało wszystkie substancje zaklasyfikowane w ONZ-owskiej Jednolitej Konwencji o Środkach Odurzających z 1961 roku, jednakże podzielone na dwie listy:

1. „substancje niosące nieakceptowalne ryzyko dla zdrowia użytkownika”
2. „produkty konopi”.

Zarzuty posiadania do 30 gramów konopi miały być oddalane lub klasyfikowane jako wykroczenia (porównywalne z wykroczeniami drogowymi), co miało skutkować nie wpisywaniem ich do rejestru karnego (de Kort 1995).

Używanie substancji psychoaktywnych nie było i wciąż nie jest przestępstwem w Holandii, jednak posiadanie jakichkolwiek narkotyków pozostaje nielegalne. Odzwierciedla to przekonanie rządu, że używanie konopi niesie ze sobą jakieś ryzyko. Poza rozróżnieniem substancji pod względem ryzyka, wprowadzono również rozróżnienie na posiadanie na użytek osobisty oraz posiadanie w celu dystrybucji. Rząd celowo nie zredukował posiadania twardych substancji psychoaktywnych do rangi wykroczenia, aby utrzymać możliwość obowiązkowej terapii dla osób uzależnionych od heroiny. Znowelizowana ustawa opiumowa sformalizowała wytyczne dotyczące ścigania i utrzymywania porządku publicznego wystosowane przez Prokuraturę Generalną w 1969 roku, od kiedy to policja przestała ścigać za posiadanie jakichkolwiek substancji na własny użytek.

Rozwój polityki narkotykowej od tego momentu formalnie koordynowało Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo Sprawiedliwości nie aspirowało w tym czasie do odgrywania wiodącej roli w polityce narkotykowej, ponieważ – dzięki pracy wspomnianych komisji – również tam panowało przeświadczenie, że w reagowaniu na konsumpcję substancji psychoaktywnych i uzależnienia powinny dominować podejście medyczne i społeczne a nie prawo karne.

2.2.1 Zasada korzyści i struktury polityczne

W 1977 roku, niedługo po nowelizacji ustawy opiumowej, zmieniono wytyczne w taki sposób, by decyzję o tym, czy ścigać sprzedaż konopi na niewielką skalę, pozostawić w rękach „lokalnych trójek” (składających się z burmistrza, prokuratora i szefa lokalnej policji) (de Kort 1995). Zmiany te były motywowane zasadą określaną w prawie holenderskim jako zasada korzyści. W Holandii prokuratura może odstąpić od ścigania, powołując się na zasadę korzyści, jeśli uzna ściganie za nieodpowiednie lub nie leżące w interesie publicznym, i może na tej podstawie wydawać instrukcje dla policji (Korf 2002). To podejście stało się podstawą holenderskiego stosunku do konopi i konsumpcji substancji psychoaktywnych – ściganie przestępstw związanych z konopiami uznano za nie służące interesowi publicznemu. W kontekście polityki narkotykowej, egzekwowanie prawa ustąpiło dbałości o zdrowie publiczne, ale także o porządek publiczny. Zasada korzyści uitorowała drogę coffee shopom i kolejnym posunięciom w ramach holenderskiej polityki narkotykowej, odzwierciedlając holenderską tradycję pragmatyzmu i tolerancji.

Innym ważnym aspektem holenderskiej polityki jest to, że Holendrzy cenią wolność osobistą i otwartą debatę, zwłaszcza na kontrowersyjne tematy etyczne. Wpływowy osiemnastowieczny mąż stanu Jan Rudolf Thorbecke stwierdził, że „transparentność jest wielką, powszechną szkołą edukacji politycznej”. Jako że Holendrzy są przywiązani do inkluzywności

i ochrony dobra publicznego, Holandia cieszy się rozbudowanym systemem opieki zdrowotnej i społecznej (Keluen i Van de Mheen 2008). Co ważne, już w latach 60. to pragmatyczne, inkluzywne i pozbawione moralizowania podejście do polityki i procesu politycznego pozwoliło na włączenie do debaty na temat polityki narkotykowej wielu głosów – od akademików przez organizacje pozarządowe do samych użytkowników konopi.³ Polityka tolerancji i zasada korzyści nie zostały zapoczątkowane w 1976 roku. Przeciwnie, Holendrzy mają stulecia doświadczeń w tolerowaniu różniących się punktów widzenia i niekonwencjonalnych zachowań. Nowelizacja ustawy opiumowej z 1976 roku usankcjonowała praktykę, która powstała na zasadzie prób i błędów w poprzednim dziesięcioleciu.

3. Użytkownicy twardych narkotyków zostali włączeni do debaty dopiero w 1980 roku, kiedy to powstał w Rotterdamie „Junkiebond”.

3. Regulowanie nowych praktyk: rozwój polityki narkotykowej po 1976 roku

3.1 Handel konopiami przed erą coffee shopów

3.1.1 Sprzedaż na koncertach i w centrach młodzieżowych

Lata 60. były w Holandii czasem dobrobytu i zarazem czasem masowej sekularyzacji. Tradycyjne stowarzyszenia kulturalne i młodzieżowe straciły na atrakcyjności (Bogt i Hibbel 2000). Młodzież z klasy średniej zaczęła używać nielegalnych substancji psychoaktywnych. Pomimo gwałtownych zmian społecznych zachodzących w latach 60., większość kultury młodzieżowej była w tym czasie mainstreamowa, natomiast scena heroinowa pojawiła się w ramach undergroundowej subkultury młodzieżowej we wczesnych latach powojennych.

O ile konsumpcja i ukryty handel wśród członków kontrkultury lat 60. były charakterystyczne dla pierwszej fazy handlu konopiami w Holandii, o tyle sprzedaż w miejscach spotkań młodzieży można uznać za drugą fazę (Korf 2008). Przed końcem lat 60. miękkie narkotyki były używane i sprzedawane raczej otwarcie, choć nie agresywnie, w miejscach koncertowych w Amsterdamie, Rotterdamie i Hadze, i nie prowokowało to poważnych policyjnych interwencji. Choć rząd miał poczucie, że prawo powinno być przestrzegane, nie mógł ignorować społecznej rzeczywistości i bał się, że egzekwowanie prawa przez zamykanie miejsc spotkań młodzieży doprowadziłoby do przeniesienia handlu konopiami do podej-

rzanych okolic Amsterdamu. To mogłoby narazić użytkowników konopi na kontakt z twardymi narkotykami, które niosą nieakceptowalne ryzyko (de Kort 1995). Jak potwierdzili nasi respondenci (Polak, Lap, wywiady), pracownicy centrów młodzieżowych oraz ich przełożeni, tolerowali tzw. „domowych dilerów”, których znali i którym ufali. Dilerzy wypożyczali stoliki w tych – nierzadko subsydiowanych przez rząd – centrach kultury i miejscach koncertowych i sprzedawali haszysz i marihuanę. W 1977 roku prokuratura podjęła decyzję o nadaniu ściganiu domowych dilerów niskiego priorytetu i liczba dilerów w tych miejscach znacząco wzrosła (de Kort 1995).

3.2 A potem powstały coffee shops

„Coffee shops po prostu powstały. Nie przypominam sobie, żeby kiedykolwiek były tematem w Ministerstwie. One po prostu się pojawiły.” (Engelsman, wywiad).

Gdy polityka koncentrowała się na sprzedaży konopi w klubach muzycznych i centrach młodzieżowych, zaczęły pojawiać się pierwsze komercyjne punkty sprzedaży marihuany. Jednym z pierwszych był otwarty w 1972 roku w Amsterdamie „tea house”⁴ nazwany Mellow Yellow⁵, gdzie diler udawał jednego z klientów siedzących przy barze. Miejsce nie rzucało się w oczy, nie reklamowało się i otwarte było dopiero od godziny 18.

W 1975 roku powstały w Amsterdamie Rusland i The Bulldog, pierwsze przybytki określone mianem *coffee shopów* (Bruining 2010). O ile Mellow Yellow z początku miał na celu zaopatrywanie przyjaciół właścicieli (i przyjaciół przyjaciół), o tyle Henk de Vries, założyciel The Bulldog, rozwinął tę ideę w kierunku komercyjnym i zaczął sprzedawać konopie od wczesnego ranka do późnego wieczora (ibid.). Tak długo, jak konopiami nie handlowano otwarcie, policja nie nachodziła sklepów. Tymczasem miejsca takie jak The Bulldog starały się nie naruszać porządku publicznego w okolicach, w których się znajdowały. Wkrótce też wprowadziły własne wewnętrzne reguły, na przykład zakaz twardych narkotyków.

4. Dosłownie „salon herbaty”, jednak to określenie w tym kontekście jest co najmniej dwuznaczne: w latach 40. XX wieku „herbata” była slangowym określeniem na marihuanę.

5. Nazwa „Mellow Yellow” jest również nawiązaniem do substancji psychoaktywnych. „Mellow Yellow” jest tytułem piosenki popularnego w latach 60. szkockiego muzyka Donovana i opowiada o osobie, która próbuje się odurzyć, paląc skórkę od banana. Piosenka okazała się bardzo popularna również w USA, jednak miejskie legendy o odurzających właściwościach skórkę od banana okazały się mitem – przyp. tłum.

Coffee shopy rozwinęły się i stały się widoczne dopiero we wczesnych latach 80. W porównaniu z centrami młodzieżowymi czy sprzedają w mieszkaniach, coffee shopy były otwarte dłużej i w określonych porach oraz miały szersze i pewniejsze zaopatrzenie w konopie. Ponadto cięcia budżetowe podczas kryzysu gospodarczego wczesnych lat 80. przyczyniły się do zamknięcia wielu centrów młodzieżowych, co pchnęło użytkowników konopi do powstających coffee shopów.

Rząd holenderski rozpoczął regulację działalności coffee shopów dopiero na początku lat 90. To reaktywne i umiarkowane stanowisko pozwoliło na pragmatyzm w podejściu do powstających coffee shopów, które stały (i stoją) w sprzeczności z holenderskim prawem. Oczywiście jest, że w 1976 roku, gdy nowelizowano ustawę opiumową, nie spodziewano się powstania coffee shopów. Gdy powstały, zastosowanie kryterium tolerancji wobec domowych dilerów stało się precedensem, na podstawie którego zdecydowano, by podobne kryterium zastosować wobec coffee shopów (Korf 2002). Bos (2008) porównał podejście rządu do coffee shopów do tolerancji wobec siedemnastowiecznych konspiracyjnych kościołów katolickich w protestanckich Niderlandach: władze wiedziały o ich istnieniu, lecz tak długo, jak nie pojawiały się one w przestrzeni publicznej, mogły być tolerowane.

3.2.1 Wytyczne i reguły dla coffee shopów

Nowe wytyczne do ustawy opiumowej opublikowano w 1979 (Korf 2008), choć nieoficjalnie były one w użyciu od 1978 (Blom 1998). „Policja będzie interweniować tylko wtedy, gdy handel na niewielką skalę jest reklamowany lub realizowany w inny prowokujący sposób” (Staatscourant 1980). Te wskazówki stworzyły domowym dilerom specjalną pozycję w centrach młodzieżowych, jeśli pracowali „w zaufaniu personelu centrów młodzieżowych i pod jego ochroną” (Blom 1998). Marcel de Kort (1995) postawił hipotezę, że te nowe wytyczne dały swobodę coffee shopom. Jednakże, z powodu braku precyzji, nie mówiły one, w jakich okolicznościach i w których przypadkach policja powinna interweniować (Jansen 1989). O ile niektóre coffee shopy zostawiono w spokoju, inne były nachodzone regularnie (de Kort 1995). Nie powstrzymało to jednak stałego wzrostu liczby coffee shopów w latach 80.

Stworzone w Amsterdamie kryteria AHOJ-G planowano zaszczyć na poziomie ogólnokrajowym w 1991 roku, lecz oficjalnie wprowadzono je dopiero w roku 1994 (Staatscourant 1994: 203). Początkowo kryteria AHOJ-G były sformułowane w raczej ogólnikowy sposób, zostawiając władzom lokalnym pole do interpretacji. AHOJ-G jest akronimem poniższego zestawu kryteriów:

- ▶ A (od holenderskiego „Affichering”) – zakaz reklamowania: pozwolenie jedynie na nie rzucające się w oczy oznaczenie coffee shopu,
- ▶ H (od holenderskiego „Harddrugs”) – zakaz twardych narkotyków: nie wolno ich sprzedawać na terenie coffee shopów,

- ▶ O (od holenderskiego „Overlast”) – zakaz zakłócania porządku obejmujący zakłócenia w ruchu drogowym (w tym niewłaściwe parkowanie), podejrzane włóczenie, śmiecenie i hałasowanie,
- ▶ J (od holenderskiego „Jeugdigen”) – zakaz sprzedaży niepełnoletnim oraz zakaz wstępu dla niepełnoletnich,
- ▶ G (od holenderskiego „Grote hoeveelheden”) – zakaz sprzedawania dużych ilości, czyli ograniczenie transakcji do 30 gramów dziennie na osobę, ilości określonej jako maksymalna na własny użytek.

Na początku działalności coffee shopów hodowla marihuany w zasadzie w Holandii nie istniała. Według ekonomisty Adriaana Jansena (2002) większość coffee shopów do lat 90. zaopatrywała się w wysokiej jakości haszysz i nie była zainteresowana konopiami z domowych hodowli. Hodowanie marihuany – z wyjątkami – nie było dochodowe. Jednak holenderscy hodowcy stworzyli bardziej zróżnicowane i mocniejsze odmiany, takie jak słynny „Skunk” (Niesink i Rigter 2012). Uprawa wewnątrz pomieszczeń oznaczała zbiory przez cały rok, większe plony, mniejsze ryzyko nakrycia przez policję lub zainteresowania ze strony złodziei. Co więcej, tworzenie nowych odmian nie stało i nie stoi w sprzeczności z ustawą opiumową. W ciągu dekady, „ponad 80 procent popytu wewnętrznego na konopie w Holandii zaspokajała produkcja krajowa” (Jansen 2002). Według szacunków, do 2006 roku w Holandii działało 200 hurtowników i 375 sklepów sprzedających sprzęt do domowej hodowli, a holenderskie konopie zyskały światową sławę i zdobyły rynek (Maalsté 2007). Te zmiany nie przeszły niezauważone przez rząd.

4. Po drugiej stronie płotu: holenderska epidemia twardych narkotyków od 1972 do dziś

4.1 Wprowadzenie

W latach 70. holenderska polityka narkotykowa skupiła się na heroinie, po tym jak załapała ona ulice Amsterdamu, Rotterdamu, a później innych prowincjonalnych miasteczek. Do tego czasu dyskusje o polityce narkotykowej koncentrowały się na dekryminalizacji wszystkich nielegalnych substancji psychoaktywnych (na przykład Komisja Hulsmana) lub na dekryminalizacji konopi i statusie oraz zdrowiu jej użytkowników (Komisja Baana). Praktycznym imperatywem polityki szybko stało się utrzymanie młodych ludzi, zwłaszcza użytkowników konopi, z dala od heroiny. Tak więc celem polityki stało się działanie mające na celu odseparowanie środowisk użytkowników konopi od rozwijających się środowisk użytkowników heroiny (de Kort 1995).

Ta analiza skupia się głównie na Amsterdamie, stolicy Holandii, i Rotterdamie, największym porcie Europy, choć inne miasta również w końcu doświadczyły podobnych problemów. Co istotne, epidemia twardych narkotyków w Holandii nie była epidemią jednego

narkotyku, lecz wielu. Problemowe używanie⁶ heroiny i kokainy są mocno ze sobą związane, ponieważ kokaina pojawiła się i zadomowiła około 1982 roku w populacji użytkowników heroiny, a nie wśród holenderskiej młodzieży, która wcześniej nie zażywała twardych narkotyków (Grund 1993). Zatem termin „używanie twardych narkotyków” w tym rozdziale odnosi się do konsumpcji heroiny i/lub kokainy.

4.2 Związane ze sobą epidemie heroiny i kokainy

W czterdziestoletniej historii epidemii używania twardych narkotyków w Holandii można wyróżnić 4 fale nowych użytkowników, różniących się pod względem profilu społeczno-demograficznego: (I) 1972, wraz z początkiem używania heroiny w Holandii; (II) 1975, gdy była kolonia holenderska Surinam uzyskała niepodległość, wielu młodych Surinamczyków przyjechało do Holandii, a część z nich uwikłała się w problem; (III) 1980, gdy handel narkotykami w Amsterdamie i Rotterdamie przeniósł się ze starych części miast do mieszkań w dzielnicach robotniczych poza centrami, a heroina rozprzestrzeniła się na cały kraj; (IV) wzrost palenia kokainy w populacji użytkowników heroiny.

4.2.1 Lata 70.: początek i rozwój konsumpcji heroiny

Pojawienie się heroiny było w dużej mierze niezamierzoną konsekwencją likwidacji handlu opium w Amsterdamie. We wczesnych latach 70. twarde narkotyki w Holandii ograniczały się głównie do subkultury hippisów, wśród których popularne było eksperymentowanie z halucynogenami, amfetaminami i innymi substancjami psychoaktywnymi. Heroina pojawiła się wśród nich dopiero w lecie 1972 roku. Później zaczęła pojawiać się w niektórych skupiskach życia nocnego w Amsterdamie i Rotterdamie, przyciągając nowych użytkowników, zwłaszcza młodzież z klasy robotniczej i pierwszego pokolenia imigrantów z Surinamu (Janssen i Swierstra 1982, Grund i Blanken 1993).

W drugiej połowie lat 70., heroina była pierwszą substancją psychoaktywną, której holenderskie społeczeństwo doświadczyło jako problemu społecznego, i która stała się przedmiotem pierwszej moralnej paniki wokół narkotyków w Holandii. Pod koniec dekady, kilka holenderskich miast miało dużą otwartą scenę narkotykową w okolicach konkretnych barów, skrzyżowań, mostów czy centrów handlowych. Frederick Polak, psychiatra, w latach

6. Problemowe używanie definiuje się jako „dożylne stosowanie narkotyków lub długotrwałe/reguluarne zażywanie opiatów, kokainy i/lub amfetamin” (http://ar2005.emcdda.europa.eu/pl/page058-pl.html#fn-146-1-1-9_1_0_0_0-2-0-1_104).

1990-2003 konsultant przy Miejskiej Służbie Narkotykowej w Amsterdamie, stwierdził: „W Amsterdamie wielokrotnie organizowano obławy na użytkowników i drobnych dilerów na Zeedijk⁷. «Musimy ich złapać i pozamykać» – taka była wtedy mentalność policji” (Polak, wywiad). Pomimo tych wysiłków, uliczne sceny narkotykowe wciąż rosły i wzbudzały złość okolicznych mieszkańców. W odpowiedzi, około 1980 roku, lokalna policja zaczęła brać na cel i rozpedzać duży uliczny handel heroiną. Sceny heroinowe przeniosły się do robotniczych dzielnic przeznaczonych do rewitalizacji (Grund i Blanken 1993, van Brussel 1995). Miało to swoje niezamierzone konsekwencje tak negatywne, jak i pozytywne.

4.2.2 Lata 80.: z ulic do mieszkań

Rok 1980 był znaczący i najpewniej stał się punktem krytycznym (Gladwell 2000) w holenderskiej epidemii używania twardych narkotyków. Rozpoczynający się kryzys gospodarczy i związane z nim bezrobocie uderzyły w młodzież z tych samych robotniczych dzielnic, w których zadowolili się dilerzy. Większość dilerów heroiny opuściła ulice i ustanowiła miejsca sprzedaży w pokojach „wynajmowanych” od użytkowników ciężkich narkotyków (którym odwiedzali się najczęściej codziennymi dawkami kokainy i heroiny) lub przeniosła się do pustostanów. Heroiny nie trzeba było już kupować od nieznanego dilerka ulicznego, można ją było nabyć i skosztować w bezpiecznym i dyskretnym otoczeniu „adresu domowego” za rogiem (Grund i Blanken 1993, Grapendaal et al. 1991). Ta sytuacja poskutkowała szybkim rozprzestrzenianiem się heroiny w dzielnicach robotniczych, dotykając tak rodowitych Holendrów, jak i rodziny imigrantów (de Vos 1984, Grund 1993, van Brussel 1995). W połączeniu z kryzysem gospodarczym i procesem rewitalizacji wywołała ona trzecią falę używania heroiny w Holandii (Grund i Blanken 1993, Swierstra, Janssen i Jansen 1986, van Brussel 1995).

W 1982 roku na scenach heroinowych powoli zaczęła pojawiać się również kokaina i niedługo obie substancje można było kupić pod tym samym „domowym adresem”, gdzie zapewniano również sprzęt i chemikalia konieczne do wyprodukowania cracku (ta nazwa nigdy się nie przyjęła w Holandii) (Grapendaal et al. 1991, Grund, Adriaans i Kaplan 1991)⁸. Jednak palenie kokainy stało się problemem dla systemu terapii uzależnień dopiero kilka lat później, ponieważ crack konsumowano w ukryciu razem z heroiną. Pojawienie się cracku i palenie kokainy to kolejny punkt krytyczny, ponieważ skutkowało wciągnięciem w nałóg nowych użytkowników (Kaplan et al. 1990). Dominującym sposobem konsumpcji heroiny i kokainy pod „adresami domowymi” było „gonienie smoka”, metoda palenia dająca

7. Ulica na starym mieście w Amsterdamie – przyp. tłum.

8. Kokaina i crack są tą samą substancją konsumowaną w inny sposób. Kokainę zażywa się przez słuzówkę, crack – ze względu na większą szkodliwość – pali – przyp. tłum.

efekty podobne do zażywania iniekcynego, lecz nie powodująca szkód związanych ze wstrzykiwaniem, jak zakażenia wirusami przenoszonymi przez krew (Grund, Adriaans i Kaplan 1991, Grund et al. 1992b). W 2010 tylko 9 procent problemowych użytkowników heroiny z Amsterdamu używało jej iniekcynnie (van den Brink 2010) i współczynnik ten niewiele odbiegał od innych miejsc w Holandii.

W tym samym czasie młodzi ludzie w Holandii mieli kontakt z wieloma przekazami w kulturze popularnej, również w muzyce, które podkreślały szkody związane z uzależnieniem od heroiny, i na własne oczy widzieli różnicę w działaniu twardych i miękkich narkotyków. Jak zauważył Korf (wywiad): „Widoczna obecność tych ludzi [użytkowników twardych narkotyków], wynikająca z tego, że nie wsadzaliśmy ich wszystkich do więzień, również pomogła, ponieważ dostarczała wzorców, których nie chciano naśladować, na zasadzie « Nie chcę być taki/taka jak oni »”.

W latach 80. policja wywierała nacisk na handel uliczny, lecz gdy zorientowano się, że heroina przeniosła się do mieszkań, co wiązało się z mniejszym zakłócaniem porządku na ulicach, władze lokalne i policja zdecydowały się tolerować tę sytuację. Tę nieoficjalną praktykę kontynuowano jeszcze w latach 90. W rzeczywistości, w niektórych miastach policja i organizacje sąsiedzkie aktywnie współpracowały z dilerami z „adresów domowych” (Blanken i Adriaans 1993, Grund i Blanken 1992, Grund 1993). André Beckers, były policjant z Arnhem i adwokat specjalizujący się w sprawach związanych z konopiami wyjaśnił, że policjanci z dzielnic z wieloma „adresami domowymi” stosowali nieoficjalną politykę tolerancji i dyskrecji, dogadując się z dilerami lub właścicielami, aby mieć sytuację pod kontrolą:

„Najpoważniejsza skarga w mojej okolicy dotyczyła tego, że ktoś wcisnął zły przycisk na domofonie, więc umówiłem się z dilerami, by przykleili niewielkie naklejki obok przycisków do swoich mieszkań. Odwdzięczałem im się za to czystymi igłami i strzykawkami. Podobnie odwdzięczyłem im się za posprzątanie placu zabaw ze zużytych strzykawek. Ludzie narzekali na nieprzyjemności i uciążliwości, nie na konsumpcję narkotyków.”

4.2.3 Lata 90.: od heroiny do cracku i upadek „adresów domowych”

W drugiej połowie lat 80. zauważono pierwsze oznaki tego, że epidemia używania heroiny zanikała w dużych miastach (Toet 1990, Grund 1993, van Brussel 1995), choć wciąż rozprzestrzeniała się w małych miasteczkach i na terenach wiejskich (Korf, Mann i Van Aalderen, 1989, Korf 1990). W latach 80. i 90. w związku z rozwojem miast „adresy domowe” przenosiły się z okolicy do okolicy (Blanken i Hendriks 1996). Jednak ciągłe skargi i kolejne naloty policyjne skutkowały tym, że użytkownicy trafiali z powrotem na ulice, co powodowało wzrost zakłóceń porządku (Grund, Adriaans i Kaplan 1991).

W 1995 roku Miejska Służba Zdrowia w Rotterdamie sporządziła listę kryteriów dla handlujących na małą skalę „adresów domowych”, w których można było kupić i używać narkotyków (Barendregt, Schenk i Vollemans 2001). Korzystając w kolejnych latach z zasady korzyści, policja nie interweniowała w przypadku tych „adresów domowych”, które spełniały ustalone kryteria (Van de Mheen i Gruter 2004). Po zmianie prawa miejskiego w Holandii w 1997 roku, burmistrz Rotterdamu miał możliwość zamykać budynki mieszkalne i eksmitować ich lokatorów, jeśli przyczyniali się do zakłócania porządku. W niedługim czasie zaczęło to dotyczyć wielu mieszkań, w których handlowano nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, co po raz kolejny wypchnęło handel narkotykami na ulice (Barendregt, Blanken i Zuidmulder 2000). Ale do tego czasu populacja użytkowników twardych narkotyków zdążyła się zestarzeć, a połączenie terapii, opieki, redukcji szkód i ograniczonej represji pomogło przenieść większość problemowych użytkowników narkotyków z ulic i zapewnić im pomoc i bezpieczne warunki mieszkaniowe (patrz 6.2).

5. Lata 90.: ciągłość i zmiana

5.1 Nowe kierunki w polityce wobec konopi

W 1995 roku „fioletowa koalicja”⁹ rządowa opublikowała oficjalny dokument zatytułowany „Holenderska polityka narkotykowa: ciągłość i zmiana”. Z jednej strony, ten ważny międzyresortowy dokument reprezentował ciągłość pod tym względem, że uznawał odseparowanie miękkich narkotyków od twardych za sukces i przyznawał, że coffee shopy odegrały znaczącą rolę w tym procesie (TK 24 077 nr 3, 1995). Podkreślał, że sukces ten był bezpośrednio mierzalny liczbą osób, zwłaszcza młodych, uzależnionych od narkotyków w porównaniu z resztą Europy (patrz również Kuipers 1993). Z drugiej strony, był to pierwszy tego typu dokument na skalę krajową, który odniósł się do zakłóceń porządku związanych z coffee shopami. Podkreślał on, że niektóre coffee shopy były pod wpływem organizacji przestępczych i że w pewnych miejscach okoliczni mieszkańcy narzekali na zaczepki ze strony klientów, zanieczyszczenia, problemy z parkowaniem itd. Stwierdzał, że istnienie coffee shopów w okolicach szkół wymagało większej uwagi organów ścigania. Rząd wyraził również zaniepokojenie reputacją międzynarodową Holandii i tym, że kraj mógłby się stać „eksporterem konopi” (TK 24 007 nr 3, 1995).

„Ciągłość i zmiana” wprowadziła ściślejsze regulacje coffee shopów, w tym ogólnokrajowy zakaz wpuszczania osób poniżej 18 roku życia. Maksymalna wielkość transakcji została

9. Koalicja socjaldemokratów i liberałów, pierwszy rząd bez partii chadeckiej od 80 lat.

zmniejszona z 30 do 5 gramów dziennie na osobę i nałożono ograniczenia co do ilości towaru przechowywanego w sklepie. Władzom lokalnym dano możliwość ustalenia limitu, poniżej którego ich organy miały nie interweniować; z kolei asortyment do 500 gramów miał nie skutkować działaniami władz krajowych (Korf et al. 1999). Według naszych respondentów, górny limit był arbitralny i nie uzasadniony choćby poziomem sprzedaży w sklepach (Beckers, Bos, wywiady, Eerenbeemt i Visser 1995). W 1995 roku ogłoszono również, że coffee shopy miały być miejscami „suchymi”, czyli wolnym od alkoholu, ale zasada ta weszła w życie dopiero w roku 2000 (Bieleman et al. 2008). Dodatkowo władze miejskie zyskały możliwość wydawania kolejnych lokalnych dyrektyw w sprawach takich jak minimalny dystans dzielący coffee shopy od szkół (na przykład co najmniej 250 lub 350 metrów) lub zarządzeń wyznaczających godziny otwarcia i kryteria podziału na strefy (Bieleman et al. 2006).

5.2 Narkoturystyka i stosunki międzynarodowe

Wiele z tych nowych restrykcji przyjęto pod wpływem presji krajów sąsiadujących, ONZ-owskiego Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (Van der Stel 1999, Boekhout van Solinge 2010) i części mediów (Wiedemann 1994).

Podpisany w 1985 roku Układ z Schengen faktycznie zniósł kontrole graniczne między wieloma krajami w Europie. W kolejnych latach turystyka konopna w regionach Holandii graniczących z Niemcami i Belgią znacznie wzrosła, a wraz z nią liczba skarg lokalnych mieszkańców na zakłócanie porządku. Zmiany, takie jak zmniejszenie górnego limitu dozwolonej dziennej ilości kupowanych i posiadanych konopi (z 30 do 5 gramów) były bezpośrednią odpowiedzią na wzrost zakłóceń porządku i miały na celu zniechęcenie zagranicznych klientów do coffee shopów.

5.3 Nasilenie działań

Nadając niski priorytet ściganiu drobnej, nieprofesjonalnej domowej hodowli, „Ciągłość i zmiana” miała na celu zmniejszenie wpływu przestępczości zorganizowanej na zaopatrywanie coffee shopów. Jednakże od około 2000 roku organy ścigania zaczęły coraz bardziej koncentrować się na uprawie konopi. Ta sytuacja trwa do dziś. Gdy policja zaczęła tworzyć anonimowe linie informacyjne i współpracować na przykład ze stowarzyszeniami osiedlowymi, firmami ubezpieczeniowymi, firmami zajmującymi się energią elektryczną i bankami, hodowla konopi straciła na atrakcyjności dla tych drobnych hodowców, którzy chcieli uniknąć eksmisji lub wpisu do kartoteki policyjnej. Te kroki mogły jedynie wypchnąć konopie dalej do

biedniejszych dzielnic, gdzie coraz więcej bezrobotnych osób parało się uprawą, by wspomóc budżet domowy, a sama hodowla w coraz większym stopniu trafiała pod kontrolę organizacji przestępczych. Według Boekhout van Solinge (2010) ostrzejsze podejście rządu doprowadziło do zwiększenia skali upraw i kryminalizacji podaży konopi.

Ostrzejsze podejście rządu doprowadziło do zwiększenia skali upraw i kryminalizacji podaży konopi.

Wytyczne do ustawy opiumowej dotyczące coffee shopów były dwuznaczne: niski priorytet ścigania posiadania miękkich narkotyków na własny użytek i wysoki priorytet ścigania dużych upraw i handlu dużymi ilościami. Stworzyło to tak zwany „problem tylnych drzwi” – choć nie toczyły się przeciwko coffee shopom postępowania za sprzedaż małych ilości, kupowanie dużych ilości w celu zaopatrzenia podlegało karze. Jeroen Bos, długoletni właściciel coffee shopu podsumował problem „tylnych drzwi” w następujący sposób: „Z jednej strony, jako właściciel musisz przestrzegać zasad, z drugiej – nie masz prawie żadnych praw, zgodnie z hasłem «jesteś tolerowany i wiedziałeś o tym, gdy zakładałeś swój interes»”.

Była minister zdrowia Hedy D’Ancona tłumaczyła, że brak regulacji „tylnych drzwi” wynikał z tego, co było politycznie możliwe do osiągnięcia. Gdy holenderska polityka wobec narkotyków była kształtowana w latach 70. i 80., „byliśmy tak bardzo zadowoleni z tego, co mieliśmy, że nie zdawaliśmy sobie sprawy z nadchodzących problemów” (wywiad). Poza tym, koalicyjne partie nigdy nie chciały zrobić kroku naprzód w tej sprawie. Dries van Agt, minister sprawiedliwości w latach 1971–1977, powiedział, że rząd chciał najpierw wykazać, iż liczba użytkowników konopi nie wzrośnie gwałtownie i że mogą oni konsumować konopie w bezpiecznym otoczeniu. Panowało przekonanie, że separacja rynków i użytkowników była na tyle sensowna, że wkrótce inne kraje podążą tą samą drogą (Everhardt, wywiad). Gdy presja międzynarodowa okazała się silniejsza niż się spodziewano, porzucono pomysł regulacji upraw i wprowadzenia zamkniętego systemu kupna i sprzedaży marihuany i haszyszu.

Choć żadne oficjalne rachunki dotyczące ilości coffee shopów nie istnieją, pierwsze szacunki zrobione w 1995 roku (TK 24 077 nr 3, 1995) mówiły o 1200 sklepach i dodatkowych 900 nielegalnych punktach sprzedaży. Dla rządu było to zdecydowanie za dużo. „Pierwszą rzeczą, jaką zrobiłam w 1995 roku, było nakazanie władzom lokalnym zamknięcia setek coffee shopów. Było ich za dużo, co oznaczało, że niektóre zaczynały sprzedawać również twarde narkotyki. Najwyraźniej z powodu dużej konkurencji brakowało im przychodów” (Else Borst-Eilers, była minister zdrowia, wywiad). Od tego momentu liczba coffee shopów w Holandii stopniowo malała, do 846 w 2000 roku i 666 w 2009 (Bieleman i Goeree 2000, Bieleman et al. 2005, Bieleman i Nijkamp 2010). Ponadto, od 1996 roku lokalne władze

miejskie mogły same decydować o tym, czy pozwalać na istnienie coffee shopów na swoim terenie, czy nie. Około 69 procent okręgów miejskich i gmin prowadzi tak zwaną „zerową politykę” (nie zezwala na działanie coffee shopów), a około jedna czwarta pozwala na ich istnienie (Bieleman i Nijkamp 2010). Ponad połowa (53 procent) wszystkich coffee shopów jest zlokalizowana w pięciu największych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców). Mimo że tylko 5 procent populacji Holandii mieszka w Amsterdamie, znajduje się tam jedna trzecia wszystkich coffee shopów (Bieleman i Nijkamp 2010).

Choć po 1995 roku Holandia zaostrzyła politykę wobec rekreacyjnego używania konopi, to kraj ten jako pierwszy, w 2000 roku, zalegalizował używanie konopi w celach medycznych (Hazekamp 2006, Holland 2010). Od 2003 roku medyczne konopie są sprzedawane w aptekach na receptę jako lek na wiele dolegliwości. Przepisywane konopie są produkowane w Holandii pod nadzorem Biura ds. Medycznych Konopi.

5.4 Tworzenie polityki narkotykowej w praktyce: konkurujące interesy i polityczny kompromis

Politykę narkotykową w latach 70. i 80. zdominowały kwestie dotyczące zdrowia publicznego, takie jak iniekcyjne przyjmowanie heroiny i HIV. Ale to tylko częściowo wyjaśnia, dlaczego kolejne kroki w celu regulacji coffee shopów nie zostały poczynione. Ministerstwo Sprawiedliwości tradycyjnie nie interesowało się tematem, ponieważ koordynacja, włącznie z przewodzeniem Międzyresortowej Grupie Kierującej ds. Narkotyków, należała do kompetencji i obowiązków Ministerstwa Zdrowia. Ale gdy zaczęto radzić sobie ze związanymi z narkotykami problemami zdrowotnymi, inne kwestie, takie jak zakłócenia porządku i przestępczość, zaczęły przykuwać polityczną uwagę. Dodatkowo, holenderskie organy ścigania miały coraz większą styczność z podejściem „zero tolerancji” dominującym w innych krajach europejskich o bardziej punitywnym nastawieniu do używania narkotyków.

W latach 90. holenderską politykę narkotykową w coraz większym stopniu cechował kompromis – tak w stosunkach międzynarodowych, jak i w rządzących koalicjach, zwłaszcza za rządów „fioletowych gabinetów” (1994–2002). Legalizacja konopi czy też inne próby regulacji znalazły się nisko na liście politycznych priorytetów. Ponadto, polityka narkotykowa koncentrowała się na heroinie.

„Jeśli chodzi o zdrowie publiczne i redukcję szkód, zajmowałam się głównie heroiną. To i tak wymagało niełatwych politycznych targów ponieważ VVD (partia liberalna) sprzeciwiała się terapii wspomaganey heroiną. Dopiero gdy odeszłam, heroina znalazła

się w rejestrze leków. Coffee shopy nie były naszym priorytetem. Poza tym dominowało przekonanie, że dalsza liberalizacja jest niewykonalna, jeśli nie ma się po swojej stronie krajów sąsiadujących”. (Borst-Eilers, wywiad)

Mimo że w drugiej połowie lat 90. nacisk przeniesiono na walkę z przestępczością zorganizowaną i zakłóceniami porządku, to Ministerstwo Zdrowia wciąż koordynowało politykę narkotykową. Dopiero w XXI wieku odpowiedzialność za tę politykę stała się w większej mierze udziałem Ministerstwa Sprawiedliwości.

6. Zmiana nurtu – holenderska polityka narkotykowa w XXI wieku

Wraz z pojawieniem się prawicowych populistów takich jak Pim Fortuyn¹⁰, tolerancja dla drażniących kwestii społecznych spadła. W rzeczywistości sama idea tolerancji została zakwestionowana. Mimo że Pim Fortuyn tak naprawdę popierał legalizację narkotyków, populistyczne partie skupiły się wokół kwestii substancji psychoaktywnych (i imigracji). W odpowiedzi na rodzący się populizm, pozostałe partie, takie jak CDA¹¹ i – zwłaszcza – VVD, zaostriły swoje stanowisko nie tylko wobec imigracji, ale też wobec polityki narkotykowej. W efekcie wysokich wyników partii populistycznych w krajowych wyborach w 2002 roku położono większy nacisk na środki represji, w tym w polityce wobec konopi na poziomie krajowym i lokalnym.

Po ośmiu latach „fioletowych” rządów, wybory parlamentarne z 2002 roku wyniosły do władzy koalicję partii prawicowych i chrześcijańskich demokratów. Między 2002 a 2010 cztery kolejne rządy chadeckiego premiera Jana-Petera Balkenendego tworzyły coraz ostrzejszy społeczno-polityczny dyskurs wokół substancji psychoaktywnych i coffee shopów w szczegól-

10. Holenderski polityk o poglądach prawicowych, znany z wrogiego stosunku wobec imigrantów i islamu, zastrzelony w 2002 roku – przyp. tłum.

11. Christen-Democratisch Appèl, po polsku Apel Chrześcijańsko-Demokratyczny, holenderska partia chadecka – przyp. tłum.

ności. Represyjny zwrot kontynuował stworzony w 2010 pierwszy rząd Ruttego¹² – mniejszościowa koalicja VVD (liberałów) i CDA (chrześcijańskich demokratów), tolerowana przez prawicowo-populistyczną PVV (Partię Wolności) Geerta Wildersa.

Pierwszy rząd, który przetrwał raptem 86 dni, zatytułował swoją umowę koalicyjną „Ku bezpieczniejszemu społeczeństwu” i wyraził zamiar ograniczenia obecności coffee shopów w okolicach szkół i na obszarach przygranicznych oraz powiązania grup przestępczych z działalnością tychże sklepów. Mimo że w 2012 roku Ministerstwo Zdrowia wciąż figurowało jako resort dowodzący polityką narkotykową, w praktyce kierowało nią Ministerstwo Bezpieczeństwa i Sprawiedliwości (Blickman 2012).

6.1 Eksperymenty z regulacjami (a raczej ich brak)

W dokumencie z 2000 roku zatytułowanym „Droga do tylnych drzwi” (Het pad naar de achterdeur) minister sprawiedliwości napisał, że „fioletowa koalicja” nie zamierzała rozszerzać polityki tolerancji w stronę regulacji lub legalizacji uprawy konopi (TK 24 077, nr 75, 1999/2000), ponieważ byłoby to sprzeczne z traktatami międzynarodowymi i stworzyłoby problemy z egzekwowaniem prawa. Zorganizowanie zamkniętego systemu produkcji i dystrybucji konopi uznano za niemożliwe w warunkach otwartej gospodarki (Van der Stel et al., Everhardt et al., w Van Laar i Van Ooyen-Hoeben, 2009). Niedługo po tym, parlamentarny wniosek domagający się od rządu stworzenia wytycznych dla uprawy konopi został przyjęty jednym głosem przewagi (TK 24 077, nr 75, 1999/2000), lecz dokument taki nigdy nie powstał. Podobnie w latach 1999 i 2008 wielu burmistrzów o różnej przynależności politycznej wystąpiło z prośbą, by rząd uregulował sprawę produkcji konopi i zaopatrywania coffee shopów. Kolejna połączona inicjatywna parlamentu i władz lokalnych, Manifest z Maastricht (z 9 grudnia 2005 roku) wzywał rząd, by ten pozwolił na eksperymenty z regulacją uprawy konopi. Pomysł ten upadł jednak w czerwcu 2006 roku, gdy VVD wycofała swoje poparcie. Żadna z tych inicjatyw nie uzyskała poparcia rządu centralnego (TK 24 077 nr 179, 2006), powołującego się na badania Instytutu Assera (2005) sugerujące, że traktaty międzynarodowe nie pozwalały na takie eksperymenty. Lata później parlament wystosował zapytanie, czy rząd nie ukrył wcześniejszej wersji raportu, zgodnie z którą takie eksperymenty nie stały w sprzeczności z traktatami międzynarodowymi (h-tk-20112012-69-8, 2011/2012). Według niektórych informacji Ministerstwo Sprawiedliwości po otrzymaniu pierwszego szkicu raportu miało

12. Holenderska nazwa „Rutte I” pochodzi od nazwiska lidera liberałów i premiera Marka Ruttego – przyp. tłum.

dokonać zmian w dokumencie, tak by pasował on do stanowiska rządu (Althuisius i Driessen, 2012; Polak, wywiad).

6.2 „List konopny” z 2004 roku

W 2004 roku Ministerstwa: Zdrowia, Sprawiedliwości oraz Spraw Wewnętrznych wystosowały „List konopny”, który podkreślił trzy filary holenderskiej polityki narkotykowej: ochronę zdrowia, walkę z zakłóceniami porządku i walkę z przestępczością związaną z narkotykami. Co istotne, dokument stwierdzał, że „pierwszeństwo ma ochrona zdrowia”, lecz jednocześnie deklarował zamiar skupienia się na zmniejszeniu handlu ulicznego, narkoturystyki i profesjonalnej hodowli konopi (MinVWS, 2004). Odnosząc się do THC, głównej substancji psychoaktywnej w konopiach, dokument wspominał o możliwości „przesunięcia odmian o wysokim stężeniu THC na Listę 1 ustawy opiumowej”, jeśli byłyby one związane ze zwiększonym ryzykiem dla zdrowia. Rząd napisał, że dekryminalizacja i regulacja hodowli i dystrybucji konopi nie były rozważane przy regulacji zawartości THC, ponieważ wymagałoby to legalizacji, która „biorąc pod uwagę międzynarodowe zobowiązania Holandii, jest wykluczona” (MinVWS, 2004).

Polityka wobec coffee shopów została bardziej zdecentralizowana i kładła nacisk na zakłócenia porządku. List wielokrotnie powtarzał zamiar zmniejszenia i tak spadającej liczby coffee shopów – zwłaszcza w pobliżu szkół – i apelował do władz lokalnych, by w sposób bardziej efektywny korzystały z dostępnych im instrumentów ścigania (Bieleman et al. 2008). To zmniejszenie miało być uważnie monitorowane, aby zapobiec sytuacji, w której „niepewna równowaga” zmieni się w nietolerowaną sprzedaż konopi (MinVWS, 2004).

6.3 Ustawa Damoklesa, Ustawa Victora i BIBOB

Dodanie do istniejącej już ustawy opiumowej Ustawy Damoklesa w 1999 roku (artykuł 13b) i Ustawy Victora w 2002 roku znacznie poszerzyło możliwości administracyjnego egzekwowania prawa. Ustawa Damoklesa daje burmistrzom władzę, by arbitralnie zamykać coffee shopy, jeśli obawiają się „zakłóceń porządku publicznego na przykład przez użytkowników i dilerów narkotyków lub gdy w grę wchodzi bezpieczeństwo lub zdrowie okolicznych mieszkańców” (Bieleman et al. 2008). Ustawa Victora kontynuowała represyjny kierunek, wzmacniając współpracę między organami ścigania, firmami dostarczającymi energię elektryczną, korporacjami mieszkaniowymi i innymi organami administracji miejskiej, co skutkowało na przykład eksmisjami lub zerwaniami umów najmu w miejscach, gdzie hodowano konopie.

Wet Bevordering Integriteitsbeoordelingen door het Openbaar Bestuur (Ustawa o ocenie uczciwości w podejmowaniu decyzji przez administrację publiczną) lub BIBOB miała zapobiec wydawaniu pozwoleń na otwieranie coffee shopów osobom związanym z organizacjami przestępczymi. Nie jest zaskakujące, że z powodu paradoksu „tylnych drzwi” wiele coffee shopów miało kontakty z przedsiębiorczymi przestępcami. Prawnicy reprezentujący właścicieli coffee shopów zarzucali tym instrumentom brak przejrzystości, ponieważ działania mogły zostać podjęte bez udziału sądu (Beckers, wywiad).

W 2008 roku policja twierdziła, że 80 procent marihuany uprawianej w Holandii, szacowanej na 500 ton, trafia na eksport. Przewodniczący Zespołu Przeciwko Zorganizowanej Hodowli Marihuany (Aanpak Georganiseerde Hennepteelt) stwierdził w krajowej telewizji, że całkowita hodowla wewnętrzna konopi w Holandii pokryłaby powierzchnię całej prowincji Utrecht, gdyby przeniesiono ją pod gołe niebo. Te stwierdzenia, rzekomo oparte na tajnym „badaniu” holenderskiej policji krajowej z 2006 roku, były od tamtego czasu wielokrotnie powtarzane w mediach, w parlamencie i w rządzie. Liczby te szybko uzyskały status obiegowej mądrości – niesprawdzone, lecz powszechnie uznawane za prawdziwe przekonanie, wykorzystywane przez opinię publiczną i medialnych „ekspertów” do utrzymania status quo (Galbraith, 1958). Dopiero w 2012 roku telewizyjni dziennikarze śledczy (Reporter, 2 marca 2012, Althusius i Driessen 2012) zdobyli kopię dokumentu, z którego wynikało, że nie ma najmniejszych dowodów potwierdzających wcześniej przywoływane liczby i że nawet Krajowy Korpus Policji (Korps landelijke politiediensten – KLPD) wątpił, by holenderskie konopie zalewały Europę (Buruma 2008, Reporter 2012, Althusius i Driessen 2012).

Niezależnie od rzeczywistych rozmiarów hodowli i eksportu, koncentrowanie wysiłków na wykrywaniu domowych hodowców oznaczało, że w całym łańcuchu produkcji i rozprowadzania narkotyków wychwytywane były te mniej znaczące ogniwa (Boekhout van Solinge 2010, Bos, wywiad). Zachęciło to organizacje przestępcze mające więcej możliwości i dysponujące większą ilością pieniędzy, by uprzedzać działania organów ścigania, i dało im więcej swobody. Według kilku z naszych respondentów była to samospełniająca się przepowiednia: rząd umacniał problem, który starał się zwalczać, czyli przestępczość zorganizowaną związaną z narkotykami.

6.4 Ewaluacje i komitety doradcze

Rok 2009 był znaczący dla holenderskiej polityki narkotykowej, ponieważ opublikowano wyniki trzech ewaluacji. Ministerstwa: Zdrowia, Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych wspólnie opublikowały „Nie drzwi, ale czyny” (Geen dueren maar daden), raport Komisji Doradczej ds. Polityki Narkotykowej (Komisja van de Donka). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) przygotował „Ranking narkotyków” (Een ranking

van drugs). Z kolei Ministerstwo Sprawiedliwości wydało „Ewaluację holenderskiej polityki narkotykowej” (Evaluatie van het Nederlandse Drugsbeleid), wyniki badania przeprowadzonego przez Instytut Trimbosa (Holenderski Instytut Zdrowia Psychicznego i Uzależnień). Rok wcześniej Centrum Koordynujące ds. Oceny i Monitoringu Nowych Narkotyków (CAM)¹³ opublikowało nową ocenę ryzyka związanego z procentowym udziałem THC w konopiach.

[D]aleko idące reformy dotychczasowej polityki – na przykład zamykanie coffee shopów – byłyby niepożądane i potencjalnie groźne dla zdrowia publicznego.

W raporcie CAM stwierdzono, że daleko idące reformy dotychczasowej polityki – na przykład zamykanie coffee shopów – byłyby niepożądane i potencjalnie groźne dla zdrowia publicznego. Raport konkludował, że najlepszym sposobem na walkę z przestępczością zorganizowaną i redukcją uciążliwości związanych z konopiami jest regulacja podaży konopi (CAM 2008). Komisja van de Donka, bazując na wnioskach raportu Instytutu Trimbosa, uznała, że w realizacji podstawowego celu holenderskiej polityki narkotykowej – redukcji szkód dla zdrowia użytkowników narkotyków – odniesiono sukces, ponieważ coffee shopy wspomogły separację rynków twardych i miękkich narkotyków. Komisja stwierdziła również, że coffee shopy nie przyczyniły się do wysokiego poziomu problemowego używania konopi w porównaniu z innymi krajami europejskimi i że kryteria tolerancji pozwalały na efektywną kontrolę uciążliwości i zakłóceń porządku (Van de Donk 2009).

6.4.1 Coffee shopy i turystyka narkotykowa

Komisja van de Donka zarekomendowała jednak pewne zmiany. Cytując między innymi międzynarodową krytykę, wyraziła zaniepokojenie dużymi, profesjonalnie zorganizowanymi coffee shopami w prowincjach przy południowej granicy i zwiększonym przemytem narkotyków (Van de Donk 2009). Tymczasem kilka miast, takich jak Terneuzen, zamknęło swoje coffee shopy lub planowało ograniczyć wstęp do nich cudzoziemcom (VOCM 2011). Komisja zarekomendowała przywrócenie coffee shopom ich niewielkiej skali i ograniczenie dostępu do nich tylko do lokalnych mieszkańców oraz utrzymanie separacji rynków twardych i miękkich narkotyków, określając to mianem „palącej konieczności” (Van de Donk 2009). Sklepy powinny stać się zamkniętymi lokalami, opierającymi się na kryterium zamieszkania klientów. Co istotne, komisja wspomniała również, że gdyby coffee shopy miały stać się zamkniętymi klubami ze stałym członkostwem, warto by zastanowić się nad regulacją produkcji marihuany i zaopatrywania w nią coffee shopów (Van de Donk 2009).

13. Od 2000 roku CAM była częścią RIVM (Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Środowiska).

6.5 Legitymacja konopna

W celu zmiany coffee shopów w instytucje „tylko dla członków”, w maju 2012 roku rząd wprowadził w trzech południowych prowincjach pilotażowe legitymacje klubów konopnych. Do obowiązujących już kryteriów AHOJ-G dodano dwa nowe: **B** – coffee shopy miały być małe i zamknięte (*Besloten*) oraz **I** – miały być dostępne tylko dla okolicznych mieszkańców (*Ingezetenen*) (Aanwijzing Opiumwet 2012). W kilku badaniach podjęto się oceny pierwszych miesięcy funkcjonowania tego eksperymentu. Wnioski Maalsté i Hebbena (2012), że okoliczni mieszkańcy przestali odwiedzać „kontrolowane środowisko coffee shopu, lecz znajdują dojdzie do nielegalnego rynku”, były zgodne z potokiem niemal codziennych doniesień prasowych o nieefektywności nowego systemu. Zakłócenia porządku i uciążliwości związane z nielegalnym handlem ulicznym nasiliły się, podobnie jak poczucie zagrożenia (SSC 2012). Lokalni konsumenci odmówili rejestrowania się w coffee shopach w celu zdobycia legitymacji, obawiając się, że ich prywatność nie będzie zagwarantowana (Maalsté i Hebben 2012, Wouters i Korf 2011, Nijkamp i Bieleman 2012). W trakcie pisania tego raportu sprzeciw wobec legitymacji konopnych wśród lokalnych władz rósł gwałtownie. Burmistrzowie G4 (Amsterdamu, Rotterdamu, Hagi i Utrechtu) i wielu innych miast wypowiadali się przeciwko kryterium zamieszkania (Volkskrant 2012). Według burmistrza Utrechtu Aleida Wolfsena: „Legitymacja konopna jest lekarstwem na chorobę, której nie mamy” (Posthumus 2012).

W wyniku wyborów z września 2012 roku, koalicję utworzyli socjaldemokraci (PvdA) i liberałowie (VVD). Nowy rząd zniósł legitymacje konopne, ale, jak stwierdzono w umowie koalicyjnej, był zdecydowany ograniczyć obcokrajowcom dostęp do coffee shopów. Nowa umowa koalicyjna precyzowała, że kryterium zamieszkania zostanie zastosowane po konsultacjach z władzami miejskimi z obszarów, których będzie dotyczyć i, jeśli to konieczne, wprowadzane w życie etapami. Zastosowanie kryterium zamieszkania zależy również od lokalnej polityki wobec coffee shopów i polityki bezpieczeństwa, co ma pozwolić na „podejście odpowiednie dla każdej gminy”. W zasadzie oznacza to, że władze lokalne będą miały bardzo dużo swobody. Mimo to, burmistrzowie, grupy społeczeństwa obywatelskiego i rosnąca liczba parlamentarzystów namawia rząd do całkowitego porzucenia idei legitymacji konopnych i rozpoczęcia eksperymentów z kontrolowaną hodowlą konopi. W międzyczasie, na poziomie lokalnym wydają się kiełkować plany efektywnego rozwiązania „problemu tylnych drzwi”. Tym samym to władze miejskie znowu przewodzą reformie. W Utrechcie np. zamierzają rozpocząć eksperyment naukowy z pozarządowymi „Klubami Konopnymi”, pozwalający dorosłym konsumentom wspólnie hodować własne konopie. Także Rotterdam chce stworzyć własną miejską plantację marihuany.

6.6 Inicjatywy lokalne

Władze gminne mają znaczną swobodę w tworzeniu lokalnej polityki narkotykowej. Choć kolejne rządy podkreślały wagę lokalnych inicjatyw i rozwiązań, to nie zawsze stosowały się do tej odnoszącej się do lokalnej autonomii „zasady Thorbeckego”. Na przykład w Terneuzen obawy związane ze stosunkami międzynarodowymi wzięły górę nad lokalnymi wysiłkami, zmierzającymi do uregulowania uciążliwości związanych z klientelą coffee shopów przyjeżdżającą zza granicy.

Kolejnym przykładem tarć między polityką krajową a lokalną jest zaproponowany w Utrechcie eksperyment, który miał pozwolić rekreacyjnym użytkownikom na utworzenie stowarzyszenia w celu wspólnego hodowania konopi, ale też monitorowania zakłóceń porządku i uciążliwości oraz wycieków marihuany na czarny rynek (Reinking 2011). Nie zezwolił na to minister sprawiedliwości Ivo Opstelten (NRC 2011), mimo że, jak to ujął jeden z radnych miejskich Utrechtu: „nie ma przekonujących argumentów prawnych, tak na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym, by zabraniać eksperymentu medyczno-naukowego” (Everhardt, wywiad). Widocznie obecnie Ministerstwo Bezpieczeństwa i Sprawiedliwości jest gotowe pozwolić władzom lokalnym jedynie na eksperymenty, które zaostrzają politykę narkotykową.

6.7 Opinia publiczna

Publiczne i polityczne poparcie dla liberalnej polityki jest wciąż powszechne. Z sondażu z 2008 roku wynika, że 75 procent władz gmin i miast, gdzie działają coffee shopy, uważa, iż rząd powinien uregulować sprawę ich hurtowego zaopatrywania (NRC 2008). Według badania opinii publicznej z 2010 roku 49 procent Holendrów uważa, że konopie powinny zostać zalegalizowane, a 13 procent twierdzi, że należy kontynuować obecną politykę. Prohibicję konopi popiera tylko 26 procent (Blickman 2012). Sondaż z 16 maja 2012 roku pokazał, że legitymacje konopne mają niewielkie poparcie. 61 procent populacji nie zgodziło się z twierdzeniem, że wprowadzenie legitymacji było dobrym pomysłem, 60 procent opowiedziało się za zaprzestaniem ich wprowadzania. Nawet w przypadku partii koalicyjnych, popierających prawicowy rząd chrześcijańskich demokratów i konserwatywno-liberalnej Partii Ludowej na rzecz Wolności i Demokracji (VVD) premiera Marka Ruttego i ministra sprawiedliwości Opsteltena tylko potencjalni wyborcy chrześcijańskich demokratów popierali ideę wprowadzania legitymacji konopnych. Wśród potencjalnych wyborców VVD, która stała się po wyborach największą partią, 60 procent nie zgadzało się z legitymacjami, a 59 procent twierdziło, że ich wprowadzanie powinno zostać wstrzymane. Osiemdziesiąt procent ludzi spodziewało się, że handel uliczny wzrośnie (de Hond 2012).

7. Rola terapii, opieki społecznej i programów redukcji szkód

Pomimo zmian, które zaszły od 2000 roku, Holendrzy nie zmienili zainicjowanego w połowie lat 70. podejścia opartego na redukcji szkód. W ramach redukcji szkód realizowano politykę wyciągania bezdomnych użytkowników narkotyków z ulicy. Miasta eksperymentowały z lokalnymi przepisami i rozporządzeniami, regulaminami transportu publicznego i szeroką gamą innych środków, by zapewnić bezpieczeństwo publiczne. Zainwestowano w mieszkania dla użytkowników narkotyków. Niektóre z osiedli są miejscami wolnymi od substancji psychoaktywnych, w innych zgodnie z wewnętrznymi zasadami można używać twardych narkotyków (Schatz, Schiffer i Kools 2010). Usługi socjalne i zdrowotne dla użytkowników narkotyków są podstawą holenderskiej polityki narkotykowej. Lata 70. zdominowały debaty ideologiczne, na przykład spór o terapię oparte na abstynencji kontra opieka zdrowotna czy redukcja szkód (Blok 2011). Niestety, brakowało komunikacji między programami abstynencyjnymi a programami wsparcia społecznego i redukcji szkód.

Leczenie metadonem wprowadzono w 1968 roku (Van den Brink 2010). W 1977 roku Rotterdam rozpoczął niskoprogową terapię metadonem adresowaną przede wszystkim do uczestników ulicznej sceny narkotykowej. Idąc za jego przykładem, Amsterdam w 1979 roku uruchomił busa z metadonem dla pochodzących z Surinamu użytkowników heroiny (Blok 2008). W 1981 roku Stowarzyszenie Użytkowników z Rotterdamu (RJB) opublikowało w formie „czarnej księgi” krytykę programów metadonowych w mieście (Friedman et al.

2007) i po tym jak jego żądania zostały zignorowane, zorganizowało „partyzancki” program metadonowy, który utrzymał się przez niemal rok (Blok 2011). Był to punkt zwrotny w dyskusji o terapii narkotykowej i szybko poszerzono zakres programów metadonowych. W latach 80. leczenie podtrzymujące metadonem stało się w Holandii podstawową formą leczenia uzależnienia od heroiny (Van de Wijngaart i Verbraeck 1991).

Bardzo wcześnie, bo już w 1974 roku, dostępne były w Amsterdamie pokoje iniekcyjne, na które policja przysmykała oko (Blok 2008, Archiwum Miejskie Amsterdamu, ND). Władze Amsterdamu próbowały zająć się problemem scen ulicznych, tworząc dzienne świetlice (tak zwane drop-in centers), pokoje do konsumpcji narkotyków, a w odleglejszych rejonach – noclegownie. Jednak po tym jak dwa spośród tych ośrodków spłonęły, miasto zaczęło na szeroką skalę wprowadzać niskoprogowe programy metadonowe (Blok 2008, 2011).

Na początku pokoje iniekcyjne w Amsterdamie udostępniały swoim klientom także sterylny sprzęt do zastrzyków (Blok 2011). W reakcji na lokalną epidemię WZW typu B, Stowarzyszenie Użytkowników z Rotterdamu zaczęło w 1981 roku rozdawać strzykawki na ulicach. Jeszcze kilka lat później, nawet po opublikowaniu w USA pierwszych badań dotyczących HIV wśród osób iniekcyjnie używających narkotyków, tradycyjni terapeuci uzależnień od substancji psychoaktywnych wciąż byli niechętni wprowadzaniu wymiany igieł. W 1985 roku aktywiści i ochotnicy z Rotterdamu stworzyli skromny program wymiany igieł. Do końca lat 80., mimo odmiennego podejścia różnych organizacji do problemu, programy wymiany strzykawek były dostępne w większości holenderskich miast. W 2010 roku w Rotterdamie rozdano około 107 tysięcy strzykawek, w Amsterdamie – 153,6 tysiąca. Był to niemały spadek w stosunku do miliona strzykawek rozdanych w stolicy Holandii w latach 1990-1993 (EMCDDA 2012), co odzwierciedlało spadającą liczbę osób stosujących narkotyki iniekcyjnie.

7.1 Epidemia HIV

W 1984 roku odnotowano pierwszy przypadek HIV związany z dożylnym używaniem substancji psychoaktywnych. W ciągu dwóch lat częstość występowania HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki szybko wzrosła do poziomu 30 procent, a następnie w drugiej połowie lat 90. spadła do 26 procent. W 1986 roku w Rotterdamie u 12 procent osób używających narkotyków dożylnie rozpoznano zakażenie HIV, a odsetek ten nigdy nie wzrósł (Beuker et al. 1999). Do tego czasu większość osób używających twardych narkotyków w Amsterdamie i Rotterdamie zaprzestała wstrzykiwania heroiny i kokainy, a w niedługim czasie użytkownicy w innych częściach Holandii poszli w ich ślady. W rezultacie w Holandii HIV nigdy nie dotknęło użytkowników substancji psychoaktywnych w taki sposób, jak w pozostałej części Europy. W 2008 roku w Holandii jedynie 4 procent wszystkich zakażeń HIV związanych

było z iniekcyjnym używaniem substancji psychoaktywnych w przeszłości, a wśród nowych zakażeń HIV jedynie 0,3 procenta było związanych ze wstrzykiwaniem narkotyków (Van den Brink 2010, IDU Reference Group 2010).

Przed końcem lat 80. epidemia używania heroiny w Holandii ustabilizowała się. W kolejnych latach zwiększono dostępność leczenia metadonem. W latach 90. około 70 procent użytkowników heroiny w Rotterdamie miało w ciągu roku kontakt z co najmniej jedną instytucją zajmującą się uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, a 35 procent uczestniczyło w programach metadonowych (Toet 1990, Grund 1993). Statystyki dla Amsterdamu wyglądają podobnie. Niskoprogowość tych programów (na przykład brak badania moczu lub sankcji za używanie substancji psychoaktywnych, dostęp do wymiany igieł i strzykawek w ramach programów metadonowych) bez wątpienia przyczyniły się do przekonania dużej części użytkowników heroiny do podjęcia leczenia.

W omówionym wyżej dokumencie „Ciągłość i zmiana” z 1995 roku odnotowano sukcesy polityki skupionej na kwestiach zdrowia – w tym rzadkie przypadki przedawkowań i małą liczbę nowych użytkowników twardych narkotyków – ale wezwano do większego skupienia się na zakłóceniach porządku publicznego związanych z heroiną i konopiami. W kolejnych latach zdrowie publiczne i porządek publiczny traktowano jako blisko powiązane ze sobą problemy, a redukcja szkód społecznych stała się motorem polityki narkotykowej. Jak wyjaśnił dyrektor Instytutu Badań nad Uzależnieniami w Amsterdamie (AIAR), profesor Wim van den Brink, od lat 90. Holendrzy stawali się coraz mniej ideologiczni a coraz bardziej pragmatyczni: „Bardzo wspierałem walkę o to, czy uzależnienie jest konstruktem społecznym czy chorobą. Oznacza to również odejście od określania użytkowników narkotyków jako kryminalistów na rzecz nazywania ich pacjentami. (...) Jeśli uważa się ich za chorych, to nie są oni traktowani jak przestępcy, co oznacza, że mają prawo do leczenia i są uprawnieni do kompensacji za to leczenie.”

Tworzono nowe środki wsparcia, w tym pokoje konsumpcyjne, mieszkania, możliwości zatrudnienia i kształcenia. Zwiększono dawki metadonu i w ramach eksperymentu utworzono w 1998 roku terapię wspomaganą heroiną (heroine assisted treatment, HAT). W 2006 zaaprobowano ją jako regularne leczenie dla słabo funkcjonujących osób uzależnionych od heroiny, jednak obwarowano surowymi warunkami (Blanken 2010, Fischer et al. 2007). Do 2000 roku Holandia była na drugim po Hiszpanii miejscu w Unii Europejskiej pod względem dostępności terapii substytucyjnej (EMCDDA 2002) – szacuje się, że 44 procent holenderskich użytkowników heroiny było objętych tą formą leczenia. W Amsterdamie 80 procent otrzymywało metadon lub inny lek substytucyjny w ramach programów lub od lekarzy internistów (van den Brink 2010).

Pomimo zmiany tła politycznego i wzmagających się nawoływań do „zerowej tolerancji”, Holendrzy budowali szeroki i coraz bardziej zintegrowany system leczenia i pomocy

społecznej dla problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych, bezdomnych i chronicznych pacjentów psychiatrycznych (Schatz, Schiffer i Kools 2010). Obecnie w całym kraju działa około 150 specjalistycznych programów wymiany strzykawek (EMCDDA 2012) i około 37 pokoi konsumpcyjnych (Schatz i Nougier 2012, EMCDDA 2012). Dzięki tym i innym ośrodkom potrzebujący mają dostęp do specjalistycznej opieki medycznej. Większość starzejących się ulicznych użytkowników narkotyków żyje w schroniskach lub w domach opieki, gdzie oprócz dachu nad głową otrzymują pomoc społeczną, wsparcie w leczeniu uzależnienia i opiekę medyczną. Większość z tych osób zażywa narkotyki w pokojach konsumpcyjnych, więc używanie przez nich takich substancji jak crack czy heroina nie jest już publicznie widoczne (Schatz, Schiffer i Kools 2010).

W Holandii istnieje silna tradycja zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego. Opieka nad słabszymi grupami społecznymi była tradycyjnie przekazywana organizacjom pozarządowym i organom zdrowia publicznego. W rezultacie, nawoływania do surowszej polityki zostały przez społeczeństwo obywatelskie i organy zdrowia publicznego przekształcone w nacisk na wyciąganie użytkowników narkotyków z ulicy. Osiągnięto to nie tylko dzięki działaniom policji, ale również dzięki tworzeniu dziennych świetlic, udostępnianiu mieszkań oraz świadczeniu innych usług, docierających do ludzi na ulicy. Mimo to rosła rola wymiaru sprawiedliwości. Na przestrzeni lat, zwłaszcza gdy w 2006 roku największe miasta połączyły wysiłki z rządem krajowym (Rijk en vier grote steden 2006), holenderskie podejście do problemu używania twardych narkotyków rozwinęło się w spójny splot działań socjalno-terapeutycznych i wyważonych reakcji organów ścigania, których celem była redukcja szkód indywidualnych i społecznych (Schatz, Schiffer i Kools 2010). Wydaje się, że to podejście „kija i marchewki” było skutecznym sposobem na zajęcie się potrzebami starzejącej się populacji problemowych użytkowników narkotyków, których narkotykowa kariera, być może wydłużona przez palenie kokainy, i tak dobiegała końca.

8. Polityka narkotykowa w liczbach: rezultaty i koszty

Efekty holenderskiej polityki narkotykowej znajdują odzwierciedlenie w danych dotyczących rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód. Ogólnie konsumpcja konopi znajduje się na poziomie europejskiej średniej. Z wyjątkiem ecstazy, częstość używania wszystkich innych substancji w populacji ogólnej jest mniejsza niż średnia europejska czy amerykańska (EMCDDA 2012, NDM 2012), jednak nawet w przypadku ecstazy jest ona bliska średniej europejskiej. Problemowe używanie cracku i heroiny jest odpowiednio na poziomie średniej europejskiej i poniżej.

8.1 Konopie

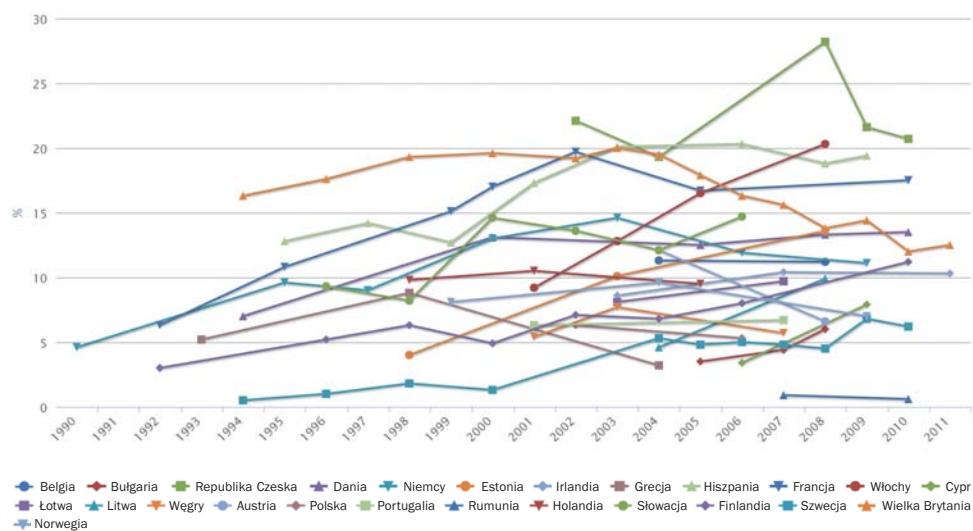
Nie istnieją badania porównujące sytuację sprzed nowelizacji ustawy opiumowej w 1976 roku i po niej. Holenderskie statystyki dotyczące używania w trakcie całego życia oraz niedawnego używania konopi w populacji w wieku 15–64 lata (odpowiednio 25,7 procent i 7 procent) (NDM 2012) nigdy nie odbiegały od średniej europejskiej, choć dane z 2011 roku są nieco wyższe niż europejska średnia w tamtym okresie¹⁴ (odpowiednio 23,2 i 6,7 pro-

14. Jest to przypisywane różnicom w pomiarach.

cent) (EMCDDA 2012). Dla porównania, niedawne analogiczne dane dla Kanady wynosiły 39,4 i 9,1 procent, dla USA 51,6 i 24,1 procent, a dla Australii 46,7 i 16,2 procent – wszystkie zdecydowanie powyżej holenderskich (EMCDDA 2011a). Porównując rynki konopi w Amsterdamie i San Francisco, Reinerman i jego współpracownicy ustalili, że konsumpcja konopi ani nie zmniejszyła się w wyniku kryminalizacji (w San Francisco), ani nie zwiększyła po dekryminalizacji (w Amsterdamie) (Reinerman et al. 2004). Konsumpcja konopi wzrosła w Holandii między 1997 a 2001 rokiem, ale między 2001 a 2005 wróciła do poziomu z roku 1997 (NDM 2012).

Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych wśród uczniów szkół średnich miarowo spada od 1996 roku (Verdurmen et al. 2012) i konopie nie są tutaj wyjątkiem. Niedawne używanie konopi wśród młodych dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) mieści się w średniej europejskiej i jest stabilne (wykres 1, Van Laar 2009). Różnice w konsumpcji konopi w państwach członkowskich UE pozwalają wnioskować, że polityka narkotykowa ma niewielki wpływ na stopień rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych.

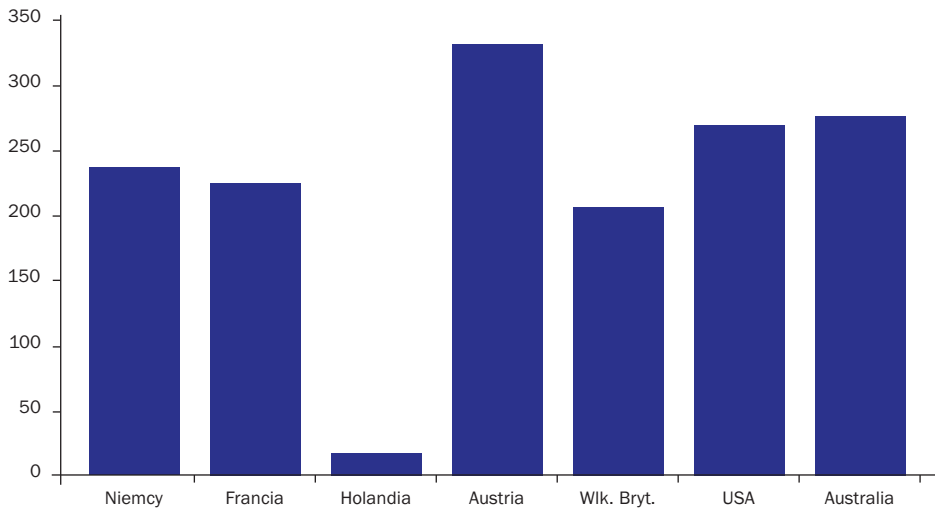
WYKRES 1: Trendy w konsumpcji konopi w ostatnich 12 miesiącach wśród młodych dorosłych, w wieku 15–34 lata, w państwach członkowskich UE i Norwegii



Źródło: Biuletyn statystyczny EMCDDA 2012 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats12#display:/stats12/gpsfig4a>)

Liczba przyjęć na leczenie z główną diagnozą uzależnienia od konopi, sugerującą możliwe problemowe używanie, potroiła się w latach 1995–2009 (IVZ 2011). Przypisuje się to rosnącej mocy „Nederwiet”¹⁵, jednak można to tłumaczyć również ekspansją leczenia uzależnień i usług opiekuńczych, docieraniem do użytkowników konopi z ofertami leczenia, zmianami w polityce dotyczącej skierowań do leczenia oraz zmianami w wyborze substancji przez problemowych użytkowników (Van Laar 2009). Wzrost leczenia problemowego używania konopi zanotowano również w pozostałych krajach Europy (EMCDDA 2011a).

WYKRES 2: Liczba aresztowań za posiadanie konopi na 100 tys. mieszkańców, około 2005 roku



Źródło: The Beckley Foundation (2008), „Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate,” *The Global Cannabis Commission Report* (<http://www.beckleyfoundation.org/Cannabis-Commission-Report.pdf>)

Jednym z głównych powodów nowelizacji ustawy opiumowej w 1976 roku była chęć zapobieżenia stygmatyzacji i marginalizacji użytkowników konopi, której początkiem często jest wpis do rejestru karnego, stający się możliwą barierą w poszukiwaniu pracy i zdobywaniu wykształcenia. W porównaniu do innych krajów europejskich, w Holandii odsetek osób aresztowanych i skazanych za używanie nielegalnych substancji i posiadanie ich na własny

15. Inna nazwa marihuany typu „Skunk” – przyp. tłum.

użytek jest bardzo niski (EMCDDA 2011a). Wykres 2 (źródło: Room et al. 2008) pokazuje bez najmniejszych wątpliwości, że ten aspekt holenderskiej polityki narkotykowej jest wielkim sukcesem. Aresztowania za używanie lub posiadanie konopi i związane z nimi wpisy do rejestrów karnych są w Holandii wyjątkowo rzadkie.

8.2 Twarde narkotyki

Używanie twardych narkotyków wśród uczniów szkół średnich (12–18 lat) nie jest powszechne. Spośród substancji z „listy 1”, których uczniowie próbowali przynajmniej raz w życiu, najpopularniejszą jest ecstazy – sięgnęło po nią kiedykolwiek 2,6 procent uczniów. Kolejne miejsca zajmują: amfetamina (1,8 procent), kokaina (1,7 procent) i heroina (0,6 procent) (Verdurmen et al. 2012). Odsetek dorosłych, którzy kiedykolwiek próbowali ecstazy (6,2 procent) i którzy zażywali ją w ciągu ostatniego roku (1,4 procent) (NDM 2012) jest większy niż średnia europejska (odpowiednio 3,2 i 0,7 procent) (EMCDDA 2012), lecz mniejszy niż w Wielkiej Brytanii (8,3 i 1,6 procent) czy Australii (10,3 i 3 procent) (NDM 2012). W latach 2008–2009 ecstazy w ciągu poprzedniego roku używało odpowiednio 16 procent klientów klubów i 31 procent uczestników dużych imprez tanecznych w wieku 15–35 lat. Odsetek ten jest większy niż w ogólnej populacji (3 procent) (Van der Poel et al. 2010). W tym samym roku szacowano, że liczba problemowych użytkowników ecstazy wynosiła 600 osób, z czego jedynie 154 podjęły próbę leczenia (Tabela 1).

Wpływ polityki narkotykowej na używanie ecstazy może być niewielki. W Holandii, tak jak w innych krajach, główną przyczyną sięgania po ecstazy jest uczestniczenie w kulturze tanecznej muzyki elektronicznej i życiu nocnym (Nabben, Benschop i Korf, 2012; NDM, 2012; EMCDDA, 2008). Tak jak na całym świecie, używanie twardych narkotyków jest częstsze wśród użytkowników konopi niż w ogólnej populacji. Tabela 1 pokazuje szacunkową liczbę problemowych użytkowników i osób, które uczestniczyły w różnego typu terapii uzależnień w 2010 roku i leczeniu uzależnienia od ecstazy i amfetaminy w 2009 roku (Ouweland et al. 2011)¹⁶. W porównaniu z innymi państwami, odsetek problemowych użytkowników narkotyków w Holandii jest mały i wynosi 3.1 na tysiąc mieszkańców. W Wielkiej Brytanii liczba ta wynosi 9,8, a we Włoszech i Hiszpanii 8,5 (Van Laar 2009).

16. Szacunkowa liczebność problemowych użytkowników określona w oparciu o liczne badania, a niekiedy ekstrapolacje. Liczby problemowych użytkowników kokainy, amfetaminy, ecstazy i GHB są „bardzo przybliżone” (Jellinek 2012).

TABELA 1: Liczba problemowych użytkowników (szacunki) i osób poddających się terapii uzależnień

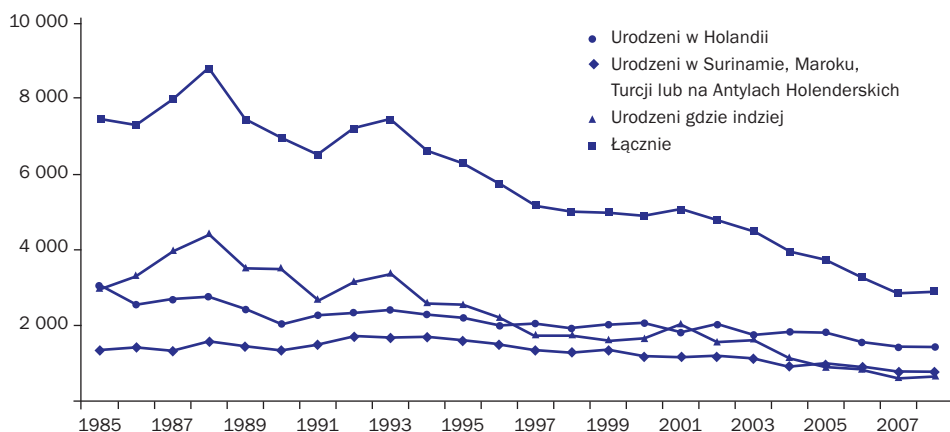
Substancja	Liczba problemowych użytkowników ¹⁷	Liczba osób poddających się leczeniu	Substancja	Liczba problemowych użytkowników	Liczba osób poddających się leczeniu
Tytoń	810 000	251	Amfetamina	6 000	1 504
Alkohol	477 000	36 203	GHB ¹⁸	1 200	524
Konopie	70 000	10 971	Ecstasy	600	154
Kokaina	30 000	4 246	Hazard	40 000	2 673
Crack	15 400	5 190	Internet/granie/ chatowanie	20 000	182
Heroina	17 700	12 313	Inne		983
			Suma	2 002 500	76 175

Wykres 3 przedstawia rozwój epidemii używania heroiny w Amsterdamie w latach 1985–2008. W latach 80. i 90. do Amsterdamu przybyła – i wciąż przybywa – duża liczba użytkowników heroiny spoza Holandii, czyniąc sytuację tego miasta wyjątkową. Do 1985 roku używanie heroiny osiągnęło szczytowe nasilenie, następnie zaczęło powoli maleć (Toet 1990, Grund 1993, van Brussel 1995). W Holandii heroina wciąż jest używana, ale na niskim i wciąż pomału spadającym poziomie (Van Laar et al., 2012; NDM 2011). Nowi użytkownicy tej substancji pojawiają się niezwykle rzadko.

17. Suma diagnoz uzależnienia i nadużywania zgodnie z DSM-IV. Na przykład, u 84 200 osób zdiagnozowano uzależnienie od alkoholu, a u 395 000 nadużywanie alkoholu.

18. Kwas 4-hydroksybutanowy – lek uspokajający, używany również jako euforyzująca substancja psychoaktywna, nielegalny w niektórych państwach – przyp. tłum.

WYKRES 3: Problemowi użytkownicy opiatów w Amsterdamie, 1985–2008



Źródło: Miejska Służba Medyczna w Amsterdamie

Odsetek użytkowników opiatów w wieku między 15 a 29 lat spadł z 39 procent w 1994 roku do 6 procent w 2006 (van Laar 2009). Jak już wcześniej wspomniano, populacja pacjentów uczestnicząca w terapii uzależnienia od opiatów to w większości osoby w średnim wieku. Średnia wieku to 45,5 w porównaniu z 34 w 1997 (van Laar 2009, Wisselink et al. 2012). Liczbę problemowych użytkowników opiatów szacuje się na 17,7 tysiąca (Cruits et al. 2010). To znaczny spadek w porównaniu z 25–39 tysiącami w 2002 roku (Wisselink et al. 2012). Około 10 procent osób korzystających z programów dla użytkowników opiatów ma ponad 55 lat. W ramach leczenia uzależnienia od heroiny coraz częściej zwraca się uwagę na elementy opieki geriatrycznej.

8.2.1 Szkody związane z używaniem substancji psychoaktywnych

Częstość iniekcyjnego używania narkotyków w Holandii wciąż spada. W ostatniej dekadzie odsetek osób, które w ostatnim czasie używały opiatów iniekcyjnie, zmniejszył się o połowę do niewiele ponad 7 procent wszystkich użytkowników opiatów (Wisselink et al. 2012) czyli do poziomu najmniejszego w Europie. We Francji odsetek ten wynosi 25 procent, w Wielkiej Brytanii 40 procent, a w Finlandii 83 procent (EMCDDA 2009). W ostatnich latach jedynie 4 do 5 procent zakażeń HIV w Holandii było związanych z iniekcyjnym używaniem substancji psychoaktywnych (Van Laar 2009, Van den Brink 2010, IDU Reference Group 2010). Wraz z Belgią, w Holandii stwierdza się najmniejszą częstość nowych zakażeń HIV w Europie (EMCDDA 2011b).

Badania panelowe wśród użytkowników twardych narkotyków z Amsterdamu wskazują na ostry spadek liczby nowych zakażeń HIV i HCV między 1985 a 2005 rokiem (Lindenburg et al. 2006). Roczna zapadalność na HCV spadła do 2 procent w 2005 roku w porównaniu z 28 procentami w latach 80. (van den Berg et al. 2007). Zapadalność na HIV spadła z 8,6 procent w latach 80. do 0 w 2006 i 2007 roku (van Laar 2009).

Choć przy porównaniach umiERALNOŚCI należy zachować ostrożność z powodu różnic w metodach badawczych stosowanych w różnych krajach, liczba zgonów związanych z narkotykami jest relatywnie niska w takich krajach jak Włochy, Francja i Holandia (9,5 na milion mieszkańców w 2006 roku), wysoka zaś w Norwegii, Danii i Luksemburgu (60 na milion mieszkańców) (EMCDDA 2011b). Mała liczba przedawkowań wśród użytkowników narkotyków w Holandii wynika z małej liczby użytkowników twardych narkotyków oraz powszechnego dostępu do programów redukcji szkód i terapii uzależnień (van Laar 2009).

8.3 Koszty holenderskiej polityki narkotykowej

W holenderskiej polityce narkotykowej z pewnością nie dominuje podejście *laissez faire*. Przez lata przeznaczano znaczące środki na działania socjalno-terapeutyczne i w szczególności na organy ścigania. Według szacunków w 2003 roku Holandia wydała na politykę narkotykową w sumie 2,185 mld euro, co stanowiło 0,5 procent PKB. Około 540 milionów euro przeznaczono na profilaktykę narkotykową, leczenie i usługi opiekuńcze: 42 miliony na profilaktykę, 278 milionów na terapię i 220 milionów na redukcję szkód. Ogromną sumę 1,646 mld euro wydano na organy ścigania i pozbawienie wolności osób skazanych za przestępstwa związane z narkotykami (Rigter 2006).

Około 160 milionów euro rocznie przeznaczają się na śledztwa i procedowanie spraw dotyczących przestępstw związanych z miękkimi narkotykami. Według konserwatywnych szacunków programu telewizyjnego Reporter z 2008 roku, obecnie holenderskie organy podatkowe zarabiają około 400 milionów euro rocznie na podatkach ściąganych z ponad 700 istniejących w kraju coffee shopów. Dalsza dekryminalizacja i regulacja produkcji i podaży konopi zmniejszyłaby presję na organy ścigania i doprowadziła do znaczących cięć w kosztach – jak oceniła grupa robocza Ministerstwa Finansów – nawet do 160 milionów euro. Ponadto, takie posunięcia przyniosłyby do 260 milionów euro dochodów z podatków (Grupa Robocza Ministerstwa Finansów, Bezpieczeństwo i Terroryzm, 2010).

9. Wnioski

9.1 Tolerancja i dyskusja oparta na wiedzy

W historii Holandii nie brakuje kontrowersji. Kraj ten ma długą tradycję pragmatycznego podchodzenia do spornych kwestii, takich jak aborcja, prostytutka, dobrowolna eutanazja czy używanie substancji psychoaktywnych. Tolerancja i współpraca pomimo różnic w poglądach i stylach życia były kluczowe dla wczesnego dobrobytu Holandii (Bikk 2007). Już dawno za rolę państwa uznano zabezpieczenie wolności wszystkich obywateli – „celem państwa jest w gruncie rzeczy wolność” napisał w 1670 roku Spinoza, domagając się szerokiej tolerancji. W latach 60. i 70. społeczeństwo Holandii przekształciło się z raczej zamkniętego i podzielonego według linii ideologicznych i religijnych w bardziej świeckie i zindywidualizowane. Jednak potrzeba pragmatyzmu, tolerancji i dialogu nie osłabła i wartości te pozostały w centrum holenderskiego procesu politycznego.

Duch znowelizowanej ustawy opiumowej z 1976 roku – faktyczna dekryminalizacja posiadania konopi i innych nielegalnych substancji psychoaktywnych na własny użytek oraz zezwolenie na rozwój coffee shopów – jest zakorzeniony we wcześniejszym doświadczeniu holenderskim z regulacją opium i kokainy. Rozwój polityki narkotykowej w Holandii polegał w dużej mierze również na znajdowaniu płaszczyzny porozumienia dla przeciwstawnych opinii i tworzeniu większości politycznych wokół skomplikowanych kwestii społecznych. W 1976 roku nie było parlamentarnej większości, która poparłaby dekryminalizację podaży konopi lub handlu narkotykami innymi niż konopie, a rząd holenderski nie chciał ryzykować doprowadzenie do problemów dyplomatycznych i gospodarczych z krajami ościennymi i spo-

łecznością międzynarodową (van Agt, wywiad). Podczas debaty parlamentarnej w 1976 roku poseł z ramienia Demokratów 66 Sef Imkamp chciał pójść dalej niż „kompromis van Agta” ponieważ, jak to ujął, ta polityka „jest jak kulawy koń. Musisz ruszyć na nim w drogę, ale nie pojedziesz zbyt daleko.” „Kulawy” kompromis z czasem umożliwił konsumentom bezpieczny dostęp do konopi w miejscach tolerowanych pod warunkiem spełnienia pewnych kryteriów, jednak bez regulowania i kontroli zaopatrzenia tych tolerowanych sklepów (problem „tylnych drzwi”). Mimo to, „kulawy” kompromis był również przykładem, jak korzystać z niewystarczająco często używanych narzędzi polityki narkotykowej, takich jak zmiany w prawie, poleganie na komisjach ekspertów (choć rząd nie zawsze zgadza się z ich radami) i społeczeństwie obywatelskim oraz praktycznej autonomii lokalnych władz, które lepiej rozumieją kontekst używania narkotyków na swoim terenie.

Choć Holendrzy osiągnęli kompromis i zebrali większość polityczną wokół wielu innych skomplikowanych kwestii społecznych, takich jak małżeństwa homoseksualne i prawa osób LGBT, prostytutka, aborcja i wspomagana eutanazja, w polityce wobec konopi nie poczyniono postępu i to mimo wielu inicjatyw ze strony rządu i społeczeństwa obywatelskiego. Holenderscy politycy radzili sobie z tą kwestią w sposób pragmatyczny, co najlepiej ilustruje wypowiedź byłej minister zdrowia Els Borst: „Są sprawy, przez które trzeba jakoś przebrnąć. Nie jest to idealne rozwiązanie, ale nauczyłam się akceptować, że czasami jakiejś sprawy po prostu nie można obronić na papierze, i wtedy trzeba radzić sobie inaczej” (wywiad).

Holenderska polityka narkotykowa podąża za praktyką – i robi to z dystansu. Jest reaktywna a nie proaktywna w tym sensie, że reaguje na wydarzenia społeczne i z nich wynika. Coffee shopy są tego przykładem. Z pewnością nie są one eksperymentem społecznym zaplanowanym przez rząd, jednak znowelizowana w 1976 roku ustawa opiumowa stworzyła przestrzeń dla lokalnych wariacji w polityce narkotykowej i dla przedsiębiorczych inicjatyw.

Mimo że coffee shopy były jedną z nieprzewidzianych konsekwencji zmian w prawie i polityce, uznano je za korzystne, ponieważ służyły zapobieganiu używaniu heroiny. Jednak gdy scena heroiny malała w latach 80. i 90., w sposób nieunikniony skupiono się na negatywnych aspektach coffee shopów i użyto wielu środków, by zmniejszyć ich liczbę i przestrzeń ich działania. Główne negatywne skutki uboczne pozostały nierozwiązane, częściowo z powodu braku reform polityki narkotykowej w krajach sąsiednich. Przez lata wpływ organizacji przestępczych na hodowlę konopi i zaopatrywanie coffee shopów nie zmalał i to mimo licznych inwestycji w organy ścigania. Wczesne ewaluacje i liczne doniesienia mediów sugerują, że wprowadzone w 2012 legitymacje konopne mogły ograniczyć napływ zagranicznych konsumentów do przygranicznych coffee shopów, jednak za cenę wzmożonego handlu narkotykami na ulicach i w dzielnicach na obrzeżach, podczas gdy większość krajowych użytkowników konopi pozostawała niechętna rejestracji w coffee shopach.

9.2 Bilans dodatni

Pozytywne skutki holenderskiej polityki narkotykowej są znaczące. Mimo łatwego dostępu do konopi, jaki zapewniają coffee shopy, konsumpcja konopi jest w granicach średniej europejskiej. Używanie konopi przestało być postrzegane w Holandii jako oznaka dewiacji lub przynależności do subkultury na długo przed tym, zanim podobne zmiany zaszły w reszcie Europy. Co najważniejsze, holenderska młodzież nie jest społecznie stygmatyzowana przez wpisy w rejestrze karnym za posiadanie konopi lub innych substancji w ilości na własnych użytek. Jak podsumowano w sekcji 6., do znaczących sukcesów w temacie twardych narkotyków należą: uniknięcie związanej z używaniem narkotyków epidemii HIV, widoczny zanik iniekcyjnego używania substancji psychoaktywnych oraz dostęp do wszechstronnych usług zdrowotnych i socjalnych dla starzejących się problemowych użytkowników. Co więcej, w przeciwieństwie do wielu innych krajów UE, gdzie ogółem około 21 procent więźniów zaczęło wstrzykiwać narkotyki w zakładzie karnym (EMCDDA 2002), holenderskie więzienia nie są miejscami transmisji HIV.

Sukces holenderskiej polityki narkotykowej można chyba najlepiej wyjaśnić jako interakcję między polityką narkotykową – w tym i usługami zdrowotnymi, i organami ścigania – oraz wielością innych czynników. Zmieniające się czynniki zewnętrzne, takie jak imigracja i polityki rewitalizacyjne miast, w znaczącym stopniu wpłynęły na rezultaty polityki narkotykowej i późniejsze zmiany rynków substancji psychoaktywnych. Jak podsumowano w części 6., do istotnych sukcesów w rozwiązywaniu problemu twardych narkotyków należą: uniknięcie związanej z używaniem narkotyków epidemii HIV, widoczny zanik iniekcyjnego używania substancji psychoaktywnych oraz dostęp do wszechstronnych usług zdrowotnych i socjalnych dla starzejących się użytkowników narkotyków. Co więcej, w przeciwieństwie do wielu innych krajów UE, gdzie około 21 procent więźniów zaczęło wstrzykiwać narkotyki w zakładzie karnym (EMCDDA 2002), holenderskie więzienia nie są miejscami transmisji HIV.

9.3 Dialektyka postępu

Pod koniec lat 90. i w XXI wieku, holenderską politykę narkotykową dotknęło coś, co holenderski historyk i dziennikarz Jan Romein (1937) określił prawem, wedle którego początkowa przewaga w jakiejś dziedzinie w dłuższej perspektywie staje się niekorzystna. Wczesny start progresywnej polityki narkotykowej stał się dla Holandii w dłuższym okresie brzemieniem. Holenderska polityka jest w oczywisty sposób opłacalna – udało się utrzymać pod kontrolą problem twardych narkotyków, używanie konopi pozostaje w akceptowalnych granicach,

a ich konsumenci nie ryzykują, że zostaną wpisani do rejestrów karnych. Kolejne holenderskie rządy liczyły, że te widoczne sukcesy przekonają do wprowadzenia podobnych rozwiązań przynajmniej sąsiednie kraje. Stało się tak w przypadku twardych narkotyków. Profilaktyka HIV, terapia substytucyjna i wymiana igieł są standardowymi praktykami w większości krajów UE.

Jednakże, o ile Holendrzy relatywnie skutecznie uporali się z własnym problemem narkotykowym, wobec problemów swych sąsiadów byli bardziej bezbronni. Bez wsparcia międzynarodowego Holandia zmagła się z narkoturystyką z krajów ościennych, nie prowadzących tak liberalnej polityki narkotykowej. W tym samym czasie rząd holenderski czuł, że z powodu potencjalnych konsekwencji dyplomatycznych nie może sobie poradzić z problemem „tylnych drzwi”. Nowe pokolenia polityków wydają się zapominać, dlaczego w przeszłości podjęto tak wiele środków redukcji szkód, i obecnie zakłócenia porządku publicznego oraz stopień uciążliwości mierzy się według innych, surowszych standardów.

10. Czego się nauczyliśmy

10.1 Dekryminalizacja posiadania na własny użytek nie zwiększa używania narkotyków

Konsumpcja konopi osiągnęła w Holandii swój szczyt w 1996 roku, po czym spadła. Powstanie coffee shopów w latach 80. mogło poskutkować początkowym wzrostem konsumpcji, jednak nie można tego oddzielić od potężnych sił społecznych, takich jak kryzys gospodarczy i wysokie bezrobocie, kultura młodzieżowa i muzyczna, czy globalizacja, by wspomnieć tylko kilka czynników wymienianych przez naszych respondentów. Do tej pory doświadczenia holenderskie w kontekście problemów z narkotykami są dalekie od równi pochyłej. Wręcz przeciwnie, holenderska polityka tolerancji nie polega, jak sugerują międzynarodowi krytycy, „na wybiórczym patrzeniu lub odwracaniu wzroku, lecz na przyglądaniu się oczami szeroko otwartymi” (van der Ham 2011).

Holenderska polityka tolerancji nie polega, jak sugerują międzynarodowi krytycy, „na wybiórczym patrzeniu lub odwracaniu wzroku, lecz na przyglądaniu się oczami szeroko otwartymi”.

Można twierdzić, że holenderska polityka nie przyczyniła się do spadku konsumpcji konopi. Jednak nie było to jej ogólnym celem – od wczesnych lat 70. miała ona chronić zdrowie i dbać o dobro, tak jednostek, jak i społeczeństwa. Ponadto, zapanowano nad epi-

demią używania twardych narkotyków. Większość z naszych respondentów postrzega to jako bezpośredni skutek usankcjonowanej legalnie w 1976 roku separacji rynków narkotyków i skupionej na zdrowiu publicznym polityki narkotykowej z lat 70. i 80.

10.2 Separacja rynków narkotyków jest prawnie i praktycznie możliwa – i jest skuteczna

Dzięki relatywnie niskiemu poziomowi problemowego używania narkotyków Holandia odstaje od reszty Europy. Pragmatyczny ruch Holendrów z lat 70. – oddzielenie konopi od dostępnych wtedy twardych narkotyków – okazał się ważnym krokiem w kontrolowaniu epidemii używania twardych narkotyków. To sugeruje, że wyraźna separacja substancji niosących „nieakceptowalne ryzyko” od tych, stanowiących mniejsze zagrożenie, jest dobra dla zdrowia publicznego.

10.3 Separacja rynków narkotyków skutkuje niższą liczbą wpisów w rejestrze karnym, mniejszym wykluczeniem społecznym i bardziej kontrolowaną konsumpcją

W Holandii właściwie nie ma aresztowań czy wpisów w rejestrze karnym za posiadanie niewielkiej ilości konopi. To samo dotyczy się twardych narkotyków, choć tolerowane są inne ich ilości. Mimo to, wielu z holenderskich problemowych użytkowników twardych narkotyków widnieje w rejestrze karnym i odsiedziało wyroki za inne – głównie drobne – naruszenia prawa. Tak jak i w całej Europie, wielu problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych pochodzi z defaworyzowanych środowisk, podobnie jak wielu dilerów heroiny i kokainy sprzedających ilości konsumpcyjne. To pochodzenie społeczne jest odzwierciedlone w populacji więziennej. Jednakże, jak podkreślił Mario Lap (wywiad), dzięki brakowi kryminalizacji narkotyki nie są instrumentalnie wykorzystywane w utrzymywaniu porządku w społecznościach mniejszościowych, jak ma to miejsce na przykład we Francji. Nie ma też w Holandii stref, „do których się nie wchodzi”, okolic zdominowanych przez handel nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, gdzie policjanci się nie zapuszczają.

Holenderska polityka narkotykowa nie lekceważy zażywania substancji zmieniających świadomość, jednak substancje te nie są w Holandii automatycznie kojarzone z dewiacjami. Konopie w szczególności, ale również takie narkotyki jak grzyby halucynogenne i ecstazy,

zostały poddane akulturacji i w istotnym stopniu znormalizowane, tak zresztą jak – w dużej mierze – problemy związane z używaniem twardych narkotyków. Substancje takie jak crack i heroina wciąż niosą za sobą jednak silne piętno – tak wśród opinii publicznej, jak i wśród pracowników usług medycznych – choć nie wywołują już moralnej paniki. Zmiany prawne z 1976 roku i wynikająca z nich normalizacja wydobyla narkotyki na światło dzienne, pozwalając na przyjęcie bardziej realistycznej perspektywy zarówno w stosunku do rekreacyjnego, jak i problemowego używania substancji psychoaktywnych, i umożliwiając ich społeczną kontrolę. Holandia ma najniższy poziom problemowego używania narkotyków w Unii Europejskiej (van Laar 2009), a używanie narkotyków w ogólnej populacji jest poniżej unijnej średniej i dużo poniżej poziomu notowanego w USA (EMCDDA 2012, NDM 2012).

Znaczna część obywateli Holandii używa różnych substancji innych niż alkohol i w większości przypadków jest to ograniczone jedynie do okresu kształtowania osobowości, a różnice wynikające z płci, statusu społeczno-ekonomicznego i pochodzenia etnicznego tracą na znaczeniu.¹⁹ Znacząca większość używa narkotyków „rekreacyjnie”, bez większych komplikacji (HUO Den Haag 2012, NABBEN, KORE, ANTENNE, badania ankietowe gospodarstw domowych Petera Cohena, etc.) i nie jest zamknięta w dewiacyjnych subkulturach. Niemal całkowity brak iniekcyjnego używania narkotyków i chorób przenoszonych przez krew oraz niska liczba przedawkowań wśród problemowych użytkowników sugerują, że nawet użytkownicy twardych narkotyków wydają się w sporym stopniu kontrolować swoją konsumpcję (Grund 1993).

10.4 Nie można mieć wysokich oczekiwań co do (natychmiastowego) wpływu polityki narkotykowej na poziom używania narkotyków

Głównym celem holenderskiej polityki narkotykowej nigdy nie był całkowity zakaz używania narkotyków, lecz utrzymanie pod kontrolą związanych z nimi problemów społecznych i zdrowotnych. Biorąc pod uwagę długość trwania epidemii używania środków uzależniających i rolę kultury młodzieżowej i życia nocnego w rekreacyjnym – głównie nieproblemowym – zażywaniu narkotyków, bezpośredni wpływ polityki narkotykowej na poziom używania to marna miara sukcesu. Jak wymownie ujął to jeden z twórców holenderskiej polityki narkotykowej Marcel de Kort: „Polityka narkotykowa nie ma niemal żadnego wpływu na używanie”.

19. Prawdopodobnie wynika to z normalizacji, emancypacji, zlewania się gustów muzycznych i innych czynników.

10.5 Zorientowana na zdrowie publiczne polityka narkotykowa redukuje szkody związane z narkotykami

W przeciwieństwie do słabego związku między polityką narkotykową a stopniem, w jakim rozpowszechnione jest używanie narkotyków, wpływ polityki na powiązane z narkotykami szkody jest bardziej bezpośredni, bezzwłoczny i wreszcie – bardziej znaczący dla społeczeństwa. Problemowi użytkownicy twardych narkotyków w Holandii gwałtownie się starzeją, a umieralność związana z narkotykami jest relatywnie niska. Dzięki unikaniu iniekcji większość z nich uchroniła się przed HIV. Głównym wytłumaczeniem dla relatywnie niskiej liczby przypadków HIV lub śmiertelnych przedawkowań jest fakt, że policja zostawiła w spokoju i nie nękała problemowych użytkowników narkotyków pod adresami domowymi.

10.6 Zmiany powinny obejmować regulację sprzedaży detalicznej i hurtowej oraz hodowlę

Na dobrą sprawę wszyscy nasi respondenci zgodzili się, że brak regulacji hurtowego zaopatrywania coffee shopów i uprawy marihuany jest źródłem wielu negatywnych skutków ubocznych holenderskiej polityki wobec konopi, od zaangażowania organizacji przestępczych do braku kontroli jakości. Najważniejszą lekcją płynącą z doświadczeń holenderskich jest to, że regulacja marihuany (czy jakichkolwiek innych substancji psychoaktywnych) powinna obejmować cały łańcuch zaopatrzenia i podaży, od produkcji po konsumpcję. Utrudnia to kontakt z elementami przestępczymi i pozwala na kontrolę jakości, podnosi dochody z podatków i zmniejsza wydatki publiczne. Polityka narkotykowa powinna odzwierciedlać lokalne i regionalne różnice w kraju, jak te między dużymi miastami i mniejszymi miejscowościami. Na przykład, tak Amsterdam jak i Maastricht mają do czynienia z narkoturystyką, jednak ich potrzeby i problemy są zdecydowanie odmienne. Podobnie coffee shopy nie są jedynym sposobem na kontrolowaną dystrybucję konopi – innymi są: pomysł władz Utrechtu na zamknięty system klubu hodowców, hiszpańskie „społeczne kluby konopne”, medyczne sklepy

w Kalifornii i zalegalizowana rekreacyjna konsumpcja w Kolorado i Waszyngtonie w USA. Należy zauważyć, że różne modele dystrybucji wypracowano na lokalnym lub regionalnym (stanowym) poziomie.

Z tego powodu w Holandii polityka oparta na zdrowiu publicznym również uwzględnia współpracę między różnymi szczeblami władz publicznych, działających w obszarach, które rozumieją najlepiej, oraz dużą autonomię społeczeństwa obywatelskiego i lokalnych urzędników.

10.7 Czynniki ludzkie

W końcu, tak jak w raporcie na temat czeskiej polityki narkotykowej autorstwa Joanne Csete (2012), my również zauważyliśmy istotną rolę czynnika ludzkiego w tworzeniu holenderskiej polityki narkotykowej. Kilku respondentów zwróciło uwagę na fakt, że nie tylko przynależność partyjna wpływała na stosunek polityków i ministrów do polityki narkotykowej – waga przypisywana reformowaniu polityki narkotykowej w równym stopniu zależała od ich osobistego zainteresowania. Co być może ważniejsze, do późnych lat 90. miejscem, w którym tworzono ogólnokrajową politykę narkotykową, był Międzyresortowy Komitet Sterujący ds. Alkoholu i Narkotyków (ISAD), któremu przewodniczył wyższy rangą urzędnik Ministerstwa Zdrowia. Wewnątrz Ministerstwa Zdrowia, głównymi odpowiedzialnymi za tworzenie polityki byli lekarze, socjolog i historyk – oddane tematowi osoby mające słuszne wątpliwości co do stosowania represji wobec użytkowników narkotyków i prohibicji w ogóle. Wyjątkowo istotną postacią był Eddy Engelsman, który – do czasu odejścia z narkotykowego departamentu Ministerstwa Zdrowia w 1992 roku – jako twarz holenderskiej polityki narkotykowej konsekwentnie opowiadał się za racjonalnym, pragmatycznym i zrównoważonym podejściem do tworzenia polityki narkotykowej, w której celem jest ochrona zdrowia, a organy ścigania tylko jednym z instrumentów, by ten cel osiągnąć.

Bibliografia

Aanwijzing Opiumwet, Geldend op 10-05-2011, http://wetten.overheid.nl/BWBR0021625/geldigheidsdatum_10-05-2011.

Althuisius, J. & Driessen, C. (2012). Ziende blind, horende doof. Het Nederlandse drugsbeleid wordt op valse aannames gevoerd. Dagblad De Pers 28 maart 2012. (De Pers juž nie istnieje, lecz artykuł dostępny jest na: <http://www.nuij.nl/politiek/het-nederlandse-drugsbeleid-wordt-op-valse.16318368.lynkx>).

Amsterdam, J.G.C. van, Opperhuizen, A., Koeter, M., Aerts, L. van, & Brink, W. van den. (2009). Ranking van drugs. Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Andere Tijden (2004). Hasj. Geschiedenis 24, Adere Tijden, 10-02-2004. (<http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2003-2004/Hasj.html>).

Asser Instituut (2005). Experimenteren met het Gedogen van de Teelt van Cannabis ten Behoeve van de Bevoorrading van Coffeeshops – Internationaal rechtelijke en Europees rechtelijke aspecten.

Barendregt, C., Blanken, P., & Zuidmulder, L. (2000). Drugshandel en Overlast in Rotterdam. *IVO Bulletin*, 1(2), 1-23.

Barendregt C., Schenk, M., & Vollemans L. (2001). Kwaliteitscriteria voor dealadressen -ideeën voor de regulering van drugshandel vanuit vaste locaties. Rotterdam: Addiction Research Institute Rotterdam.

Berg, C.H. van den, Smit, C., Bakker, M., Geskus, R.B. et al. (2007). Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *European Journal of Epidemiology*, 22:183–193.

Beuker R.J., Berns, M., Rozendaal, C. van, Snijders, B., Ameijden, E. van, Houweling, H., & Laar, M. van (1999). Surveillance of HIV-infection among injecting drug users in The Netherlands: results Amsterdam 1998. RIVM Rapport, 441100011.

Bieleman, B., Beelen, A., Nijkamp, R., & de Bie, E. (2008). Coffeeshops in Nederland 2007. Aantallen Coffeeshops en Gemeentelijk Beleid 1999–2007. Den Haag/Groningen: WODC/Intraval.

- Bieleman, B. & Goeree, P. (2000). *Coffeeshops geteld. Aantallen verkooppunten van cannabis in Nederland*. Groningen: Intraval.
- Bieleman, B., Goeree, P., & Naayer, H. (2005). *Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999–2004: coffeeshops in Nederland 2004*. Intraval/WODC: Groningen/Den Haag.
- Bikk, A. (2007). *Tolerance as Value-Neutrality in the Seventeenth Century Dutch Republic*. Paper presented at NEH Seminar 2007; *The Dutch Republic and Britain: The Making of Modern Society and a European World Economy*. New York: The Nightingale-Bamford School. (<http://www1.umassd.edu/euro/2007papers/bikk.pdf>)
- Blanken, P. & Adriaans, N.F.P. (1993). *Echo's van een mespuntje fantasie. Een model voor lokaal drugbeleid gericht op beheersbaarheid van ongewenste neven-effecten van druggebruik onder prohibitie*. Rotterdam: Instituut Voor Verslavingsonderzoek (IVO).
- Blanken, P. & Hendriks, V. (1996). *Mogelijkheden tot regulering van de aanbodzijde van de illegal drugsmarkt ter beheersing van de ongewenste neven-effecten van druggebruik en –handel. Verslag van een studiedag gehouden op 28 november 1995 te Rotterdam*. Rotterdam: GGD projectbureau Verslavingszaken.
- Blickman, T. (2010). *TNI Drugs & Democracy. The future of Dutch cannabis policy*. Opublikowany on-line na: www.tni.org.
- Blickman, T. (2012). *The future of the Dutch coffeeshops is in the hands of the liberal-conservative party*. Opublikowany on-line na: www.tni.org.
- Blok, G. (2011). *Ziek of zwak. Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Blom, T. (1998). *Drugs in Het Recht, Recht Onder Druk*. Rotterdam: Kluwers.
- Boekhout van Solinge, T. (2010). *Het Nederlandse drugsbeleid en de wet van de remmende voorsprong*. *Nederlands Juristenblad*, 85, 2579–2636.
- Bogt, T. ter, & Hibbel, B. (red.) (2000). *Wilde jaren. Een eeuw jeugdcultuur*. Utrecht: Lemma.
- Bos, D. (2008). *2000 jaar Nederlanders en hun zielzorgers. Geloof in Nederland*, 234.
- Brink W. van den (2010). *Opioid Dependence Treatment in the Netherlands: Current and Future Outlooks*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research.
- Bruining, W. (2008). *Van Coffeeshop naar Cannabisclub*. (http://www.speakersacademy.nl/data/_backup/speakers/1395/publications/Van%20Coffeeshop%20naar%20Cannabis%20club%20beleidsversie.pdf).
- Brussel, G.H.A. van (1995). *Drugsgebruik in Amsterdam, een 'public health' probleem*. *Ned Tijdschr Geneeskund*, 139: 2635–9.
- Buruma, Y. (n.d.). *European integration and harmonization*.
- Cohen, H. (1975). *Drugs, druggebruikers en drugscene*. Alphen aan den Rijn.
- Commissie Hulsman (1971). *Ruimte in het drugbeleid. Rapport van een werkgroep van de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid*. Meppel.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (2008). *Risicoschatting cannabis 2008*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- De Hond, M. (2012). *Oordeel over de Wietpas*. [Peil.nl/Maurice de Hond](http://www.peil.nl/Maurice%20de%20Hond). (http://druglawreform.info/images/stories/Peil_oordeel_over_de_wietpas.pdf).
- Donk, W. van de, Boekhoud, P., Brink, W. V. den, Fijnaut, C., Meyenfeldt, L. H.-von, Mheen, D. van de, et al. (2009). *Geen deuren maar daden. Nieuwe accenten in het Nederlands drugsbeleid. Rapport Adviescommissie Drugsbeleid*.

- Eerenbeemt, M. van den & Visser, E. de (1995) Thuiskeokers leveren al volop nederwiet aan koffieshops. *De Volkskrant*, 29/08/95.
- Engelsman, E. (2010). Successes and new challenges for Netherlands' drug policy.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2002). Drug use in prison. EMCDDA 2002 selected issue. (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34919EN.html>).
- _____ (2005). Raport Roczny 2005: Stan problemu narkotykowego w Europie. Lizbona: EMCDDA.
- _____ (2010). Raport Roczny 2010: Stan problemu narkotykowego w Europie (s. 108). Luxembourg: Publications Office of the European Union. Doi:10.2810/33349.
- _____ (2011a). Raport Roczny 2011: Stan problemu narkotykowego w Europie. Luksemburg: Publications Office of the European Union.
- _____ (2011b) Statistical bulletin 2011. Lisbon: EMCDDA.
- _____ (2012). Country overview: Netherlands. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/nl>).
- Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J., & Van den Brink, W. (2007). Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: a brief update on science and politics. *Journal of Urban Health*; 84(4): 552–62.
- Friedman, S.R., de Jong, W., Rossi, D., Touzé, G., Rockwell, R., Des Jarlais, D.C., & Elovich, R. (2007). Harm reduction theory: Users culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. *Int J Drug Policy*; 18(2): 107–117.
- Galbraith, J.K. (1958). *The Affluent Society*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Garretsen, H.F.L. et al. (2011). Drugs in Lijsten. Rapport Expertcommissie Lijstensystematiek Opiumwet.
- Gladwell, M. (2000). *The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference*. Boston: Little, Brown.
- Gouwe, D. van der., Ehrlich, E., & Van Laar, M. (2009). Drug policies in the Netherlands. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Grapendaal, M., Leuw, E., & Nelen, J.M. (1991) De economie van het drugsbestaan: Criminaliteit als expressie van levensstijl en loopbaan. Arnhem: Gouda Quint.
- Grund, J-P.C. (1993). Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation. Rotterdam: Addiction Research Institute (IVO). (<http://repub.eur.nl/res/pub/39132/>).
- Grund, J-P.C. & Blanken P. (1993). From 'Chasing the Dragon' to 'Chinezen': the Diffusion of Heroin Smoking in the Netherlands. Rotterdam: Addiction Research Institute (IVO). (<http://www.drugtext.org/library/books/grund/CHASDRAG.html>).
- Grund, J-P.C., Adriaans, N.F.P., & Kaplan, C.D. (1991). Changing cocaine smoking rituals in the Dutch heroin addict population. *British Journal of Addiction*; 86: 439–448.
- Grund, J-P.C., Stern, L.S., Kaplan, C.D., Adriaans, N.F.P., & Drucker, E. (1992). Drug use contexts and HIV-consequences: The effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx. *British Journal of Addiction*; 87: 381–392.
- Ham, B. van der (2011). Stop het Gedogen van Drugs; Voer Regie. (<http://www.vrijzinnig.com/videoDisplay.cfm?vid=72>).
- Hazekamp, A. (2006). Evaluation of the quality of medicinal grade cannabis in the Netherlands. *Cannabinoids*, 1(1): 1–9.

- Health Canada (2011). Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: Summary of Results for 2011 (http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/_2011/summary-sommaire-eng.php).
- Holland, J. (2010). *The pot book: A complete guide to cannabis*. Rochester: Park Street Press.
- Hond, M. de (2012). Oordeel over de wietpas. Peil.nl, 16/05/2012. (http://druglawreform.info/images/stories/Peil_oordeel_over_de_wietpas.pdf).
- IDU Reference Group. (2010). Country Data Germany. Secretariat of the Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. (<http://www.idurefgroup.org/country-data-and-maps/Germany#idu>).
- Janssen, O., Swierstra, K., & Barneveld, P. (1982). *Heroïnegebruikers in Nederland: een typologie van levensstijlen*. Groningen: Criminologisch Instituut van de Rijksuniversiteit Groningen.
- Jansen, A.C.M. (1989). *Cannabis in Amsterdam: een geografie van hashish en marihuana*. Muiderberg: Coutinho.
- Kaplan, C.D., Vries, M., Grund, J.-P.C., & Adriaans, N.F.P. (1990). Protective factors: Dutch intervention, health determinants and the reorganization of addict life. In: Ghodse, H., Kaplan, C.D. & Mann, R.D. (Eds): *Drug misuse and dependence*. Park Ridge, NJ: Parthenon Press, 151–161.
- Keulen, M. van & Mheen, D. van de (2008). From policies on alcohol, tobacco and other drugs to a policy on psychoactive substances: The Netherlands. In R. Muscat (Ed.), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- KLPD (2006). *De cannabismarkt in Nederland. Raming van aanvoer, productie, consumptie en uitvoer uit 2006*.
- Korf D.J., Aalderen, H. van, Hogenhout, H.P.H., & Sandwijk, J.P. (1990). *Gooise Geneugten: Legaal en illegaal drugsgebruik (in de regio)*. Amsterdam: SPCP Amsterdam.
- Korf D.J. & Hogenhout, H.P.H. (1990). *Zoden aan de dijk: Heroïnegebruikers en hun ervaringen met en waardering van de Amsterdamse drughulpverlening*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie.
- Korf D.J., Mann, R., & Aalderen, H. van (1989). *Drugs op het platteland*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Korf, D.J. (1995). *Dutch treat. Formal control and illicit drug use in the Netherlands*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Korf, D.J. (2008). *An open front door—the coffee shop phenomenon in the Netherlands. A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe [volume I]*. Lisbon: EMCDDA.
- Korf, D.J. (2002). Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addictive behaviors*, 27(6), 851–66. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369472>).
- Korf, D. J., Doekhie, J., & Wouters, M. (2011). *Amsterdamse coffeeshops en hun bezoekers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Korf, D.J., Riper, H., & Bullington, B. (1999). Windmills in Their Minds? Drug Policy and Drug Research in The Netherlands. *Journal of Drug Issues* 29(3), 451–472, 1999.
- Kort, M. de (1995). *Tussen patiënt en delinquent. Geschiedenis van het Nederlandse drugbeleid*. Hilversum: Verloren.
- Kort, M. de (1995). *Tussen patiënt en delinquent. Geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*. Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Kort, M. de (1994). The Dutch Cannabis Debate, 1968–1976, *The Journal of Drug Issues* 24(3), pp. 417–427. (quoting a Memorandum [Nota] of 4 January 1974 in the Nederlandse Staatscourant, No. 5, 8 January 1974).

- Korthals, A.H. (2000b). Notitie “Het pad naar de achterdeur.” *Tweede Kamer der Staten-Generaal*, 24077 (75), 1–18.
- Kuipers, S.B.M., Mensink, C., De Zwart, W.M. (1993) Jeugd en riskant gedrag; roken, drinken, druggebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar. Utrecht: Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD).
- Laar, M. van, & Ooyen-Houben, M. van (Eds.). (2009). Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laar, M. van, Cruys, G., Gageldonk, A. van, Marianne van Ooyen-Houben, Croers, E., Meijer, R., & Ketelaars, T. (2008). The Netherlands Drug Situation 2008. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laar, M. van, Cruys, G., Gageldonk, A. van, Marianne van Ooyen-Houben, Croers, E., Meijer, R., & Ketelaars, T. (2011). The Netherlands Drug Situation 2011. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lindenburg, C.E., Krol, A., Smit, C., Buster, M.C. et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20(13): 1771–1775.
- Maalsté, N., & Hebben, R. J. (2012). Gevolgen invoering wietpas Zuid Nederland. Stichting Epicurus.
- Mheen, D. van de & Gruter, P. (2004). Interventions on the Supply Side of the Local Hard Drug Market: Towards a Regulated Hard Drug Trade? The Case of the City of Rotterdam. *Journal of Drug Issues*, 34(1), 145–161.
- Nabben, T., Benschop, A. & Korf, D.J. (2012). Antenne 2011. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Nabben, T. & Korf, D.J. (1999). Cocaine and crack in Amsterdam: Diverging subcultures. *Journal of Drug Issues*, 29(3), 627–652. Florida State University, School of Criminology & Criminal Justice.
- NDM (2007). Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2008. Utrecht: Trimbos-instituut.
- NDM (2012). Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nederlandse Staatscourant, nr. 137 (18-07-1980).
- Niesink, R. (2012). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nijkamp, R. & Bieleman, B. (2012). Coffeeshopbezoek Rotterdam voorjaar 2012. Groningen/Rotterdam: Stichting Intraval.
- NRC (2008). Local councils support tolerant cannabis policy. NRC.nl, 19/11/2008.
- NRC (2011). Utrecht zet plan voor legale wietteelt toch door. NRC Handelsblad, 31/05/2011.
- Opstelten, I.W. (2012) Verzoek inzake rapport T.M.C. Asser Instituut “Experimenten met het gedogen van teelt van cannabis”. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.
- Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., van Delden, E.B., & Mol, A. (2011). Kerncijfers Verslavingszorg 2010. Landelijk Alcohol En Drugs Informatie Systeem. Houten: Stichting IVZ.
- Parlement & Politiek (ND). Verzuiling. Leiden: Parlementair Documentatie. (<http://www.parlement.com/9291000/modules/f/g72bd2vo>).
- Poel, A. Van der, Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & Van Laar, M. (2010). Feestmeter 2008–2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Politie Rotterdam Rijnmond (ND). SKWIBUS. Politie Rotterdam Rijnmond Actueel. May 13, 2011 (<http://www.politie-rotterdam-rijnmond.nl/over-ons/actueel/skwibus.aspx>).

- Posthumus, N. (2012). Geen gemeente wil de wietpas – tien grote ‘coffeeshopgemeenten’ tegen. *NRC Handelsblad*, 29/09/2012.
- Reinarman, C., Cohen, P., & Kaal, H. (2004) “The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco” *American Journal of Public Health*, Vol. 94, pp. 836–842.
- Reinking, D. (2011). The Dutch Cannabis Policy: an effective policy under threat. Paper for the meeting ‘Cannabis: Usos, seguridad jurídica y políticas’. San Sebastian, 26/10/2011.
- Rigter, H. (2006). What drug policies cost. Drug policy spending in the Netherlands in 2003. *Addiction*, 101, pp. 323–9.
- Rijk en vier grote steden (2006). Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Romein, J. (1937). De dialectiek van de vooruitgang. Het onvoltooid verleden. Amsterdam: Querido.
- Room, R., Fischer, B., Hall, W.D., Lenton, S., & Reuter, P. (2008). Cannabis policy: moving beyond stalemate, The Global Cannabis Commission Report. Oxford: The Beckley Foundation.
- Rosmarin, A. & Eastwood, N. (2012). A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe. Opublikowany online na: www.release.org.uk.
- Schatz, E. & Nougier, M. (2012). Drug consumption rooms: evidence and practice. IDCP Briefing paper. London, International Drug Policy Consortium. (<http://idpc.net/zn.co/publications/2012/06/idpc-briefing-paper-drug-consumption-rooms-evidence-and-practice>).
- Schatz, E., Schiffer, K. & Kools, J.P. (2010). The Dutch treatment and social support system for drug users: Recent developments and the example of Amsterdam. IDPC Briefing Paper, January 2011 (<http://idpc.net/publications/2011/01/idpc-paper-dutch-drug-treatment-programme>).
- Schoof, R. (2008) De achterdeur van de coffeeshop. NRC.nl, 01/05/2008. (http://vorige.nrc.nl/nieuwsthema/drugsbeleid/article1964325.ece/De_achterdeur_van_de_coffeeshop).
- Stel, J. van der (1999). Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs. Zoetermeer/Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg / Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Stichting IVZ (2011). 15 jaar Cannabishulpvraag in Nederland; Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor cannabisproblematiek in de verslavingszorg 1995–2009. Houten: Stichting IVZ.
- TK 24 077, nr 3, 1995. Nota ‘Het Nederlandse drugbeleid: continuïteit en verandering’.
- TK 24 077, nr 75, 1999/2000.
- TK 24077, nr 125, 2004 pp. 1–31. ‘Interdepartementale beleidsbrief cannabis’.
- TK 24 077, nr 179, 2006.
- TK 24 077, nr 259, 2010/2011.
- TK, 28 684, nr 1, 2002/2003.
- Toet, J. (1990). Het RODIS nader bekeken: Cocainegebruikers, Marokkanen en nieuwkomers in de Rotterdamse drugshulpverlening rapport 87, Afdeling Epidemiologie, 1990. Rotterdam: GGD-Rotterdam.
- US National Institute of Drug Abuse (NIDA) (2012) 2011 National Survey of Drug Use and Health for Ages 12 and Older (<http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/marijuana>).
- Van den Brink, 2010; IDU Reference Group, 2010.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Lokman, S., Vermeulen-Smit, E. and Vollebergh, W. (2012). Jeugd en risicant gedrag 2011. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Vijlbrief, J.A. (2010). Werkgroep Veiligheid en terrorisme. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- Volkskrant (2012). Geen gemeente lijkt de wietpas nog te willen. *Volkskrant*, 28/09/2012.
- Vos, I.F. de (1984). Een verlaten generatie? Een situatiebeschrijving van de drugsproblematiek onder Turkse en Marokkaanse jongens in Utrecht. Utrecht: CAD-Cahiers.
- Werkgroep Verdoovende Middelen (Commissie Baan). (1972). Achtergronden en risico's van druggebruik: rapport van de werkgroep verdoovende middelen. Den Haag.
- Wet van 12 mei 1928, tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet) (2012). (http://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/geldigheidsdatum_16-09-2012).
- Wiedemann, E. (1994). Frau Antje in den Wechseljaren. *Der Spiegel*, 28/02/1994.
- Wijngaart, G.F. van de. (1991). *Competing perspectives on drug use: the Dutch experience*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., & Mol, A. (2012). *Kerncijfers Verslavingszorg 2011*. Houten: Stichting IVZ.
- Wouters, M., Benschop, a., van Laar, M., & Korf, D.J. (2012). Cannabis use and proximity to coffee shops in the Netherlands. *European Journal of Criminology*, 9(4), 337–353.

Aneks: Wykaz rozmówców

Ekspertki akademickie

- ▶ Wim van den Brink. Profesor psychiatrii i opieki nad uzależnionymi w Akademickim Centrum Medycznym Uniwersytetu w Amsterdamie (AMC-UvA), współzałożyciel i dyrektor Instytutu Badań nad Uzależnieniami w Amsterdamie (AIAR).
- ▶ Martin Jelsma. Członek TNI (Transnational Institute), koordynator Drugs and Democracy Programme, politolog specjalizujący się w Ameryce Łacińskiej i międzynarodowej polityce narkotykowej.
- ▶ Dirk Korf. Dyrektor Instytutu Kryminologii im. Bognera na Uniwersytecie w Amsterdamie, profesor kryminologii.
- ▶ Nicole Maalsté. Starszy pracownik naukowy na Wydziale Prawa Szkoły Nauk Politycznych i Administracji Publicznej na Uniwersytecie w Tilburgu, dziennikarka śledcza i właścicielka Acces Interdit.
- ▶ Egbert Tellegen. Profesor socjologii i nauk o środowisku naturalnym na Uniwersytecie w Utrechcie, autor „Het Utopisme Van De Drugsbestrijding” („Utopia wojny z narkotykami”).

(Byli) urzędnicy rządowi i politycy

- ▶ Dries van Agt. Były premier Holandii (1977–1982), były minister sprawiedliwości (1971–1977).
- ▶ Dr Els Borst-Eilers. Była minister zdrowia, opieki i sportu (1994–2002), była wicepremier, była dyrektorka Szpitala Akademickiego w Utrechcie, była profesor w dziedzinie oceny prowadzenia badań klinicznych, wiceprzewodnicząca Holenderskiej Rady Zdrowia.
- ▶ Lea Bouwmeester. Deputowana do holenderskiego parlamentu z ramienia Holenderskiej Partii Pracy, PvdA (Partij van de Arbeid).
- ▶ Hedy D’Ancona. Była sekretarz stanu do spraw społecznych, była minister opieki, zdrowia i kultury (1989–1994), rzeczniczka ds. narkotyków w Parlamencie Europejskim.
- ▶ André Elissen. Deputowany do holenderskiego parlamentu z ramienia Partii Wolności, były detektyw w Centralnym Wydziale ds. Dochodzeń Kryminalnych, specjalizujący się w narkotykach.
- ▶ Victor Everhardt. Radny miejski w Utrechcie z ramienia Demokratów 66, były starszy pracownik naukowy w Instytucie Trimbosa, były urzędnik Ministerstwa Zdrowia, Opieki i Sportu.
- ▶ Boris van der Ham. Deputowany do parlamentu z ramienia Demokratów 66.

Decydenci

- ▶ Eddy Engelsman. Były wyższy urzędnik w Ministerstwie Opieki, Zdrowia i Kultury, były dyrektor „Alcohol, Drugs and Tobacco”, były przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia przy Unii Europejskiej w Brukseli.
- ▶ Marcel de Kort. Wyższy urzędnik do spraw międzynarodowych w Ministerstwie Zdrowia, Opieki i Sportu, członek Management Board Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, były koordynator badań i monitoringu w departamencie narkotyków i w komisji programowej „Uzależnienie”, były wicedyrektor „Alcohol, Tobacco and Drugs”.

Przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego

- ▶ André Beckers. Adwokat zajmujący się wyłącznie konopiami, w latach 80. był policjantem.

- ▶ Jeroen Bos. Partner w coffee shopie 't Grasje in Utrecht, zaangażowany w PCN (Platformę Przedsiębiorstw Konopnych) w Holandii.
- ▶ Jaap Jamin. Team manager w Addiction Prevention i Senior Health Education officer w Jellinek Prevention w Amsterdamie.
- ▶ Mario Lap. Prezydent rady Drugtext Foundation, techniczny komisarz INPUD (International Network of People who Use Drugs).
- ▶ Frederik Polak. Niezależny psychiatra, członek zarządu Holenderskiej Fundacji Polityki Narkotykowej, prezydent ENCOD (Europejskiej Koalicji Na Rzecz Sprawiedliwej i Efektywnej Polityki Narkotykowej), członek zarządu VOC (Stowarzyszenia na rzecz zniesienia prohibicji konopi), członek zarządu MDHG (Grupy Interesu Użytkowników Narkotyków).

Urzędnicy organów ścigania

- ▶ Joop van Blanken. Były Główny Nadzorca Policji, były doradca w COT Institute for Security, Safety, and Crisis Management, dyrektor 'Joop van Riessen, Communication & Advice'.
- ▶ Hans van Duijn. Członek Rady Doradczej LEAP (Law Enforcement Against Prohibition), były przewodniczący Holenderskiego Narodowego Związku Policjantów.

O autorach

Jean-Paul Grund ukończył studia z psychologii klinicznej i rozwoju na Uniwersytecie w Utrechcie i otrzymał tytuł doktora nauk społecznych na Uniwersytecie Erazma w Rotterdamie. Jest dyrektorem badań w Centrum Badań nad Uzależnieniami (CVO) w Utrechcie w Holandii i starszym pracownikiem naukowym na wydziale addyktologii na Uniwersytecie Karola w Pradze w Czechach. Wcześniej pracował jako wykładowca i badacz na University of Connecticut i w centrum medycznym Beth Israel, college'u Alberta Einsteina na Yeshiva University w Nowym Jorku. Stworzył m.in. programy wymiany strzykawek w Rotterdamie i był Regionalnym Technicznym Doradcą ds. Profilaktyki HIV i Iniekcijnego Zażycia Narkotyków w UNAIDS w Wiedniu. Dr Grund był dyrektorem założycielem International Harm Reduction Development Program w Open Society Institute w Nowym Jorku.

Joost Breeksema ma tytuł magistra filozofii i od 2007 roku pracuje w Centrum Badań nad Uzależnieniami (CVO), gdzie bada przestrzeganie i egzekwowanie regulacji dotyczących coffee shopów. Wykłada też o holenderskiej polityce narkotykowej na kilku kursach międzynarodowych na Uniwersytecie w Amsterdamie. Obecnie jest liderem projektów w holenderskiej organizacji redukcji szkód Mainline. Jako współzałożyciel i przewodniczący fundacji OPEN aktywnie wspiera badania naukowe nad psychodelikami.

Global Drug Policy Program

Powstały w roku 2008 Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej dąży do zastąpienia obecnego, opartego na karaniu, paradygmatu międzynarodowej polityki narkotykowej podejściem dającym pierwszeństwo prawom człowieka i zdrowiu publicznemu. Celem programu jest poszerzenie, dywersyfikacja i konsolidacja sieci podobnie myślących organizacji, aktywnie kwestionujących obecną politykę narkotykową na świecie. Główne obszary działalności programu to przyznawanie grantów i – w mniejszym zakresie – bezpośrednia działalność rzecznicza.

Światową politykę narkotykową charakteryzuje obecnie surowe egzekwowanie prawa, co nie tylko nie ogranicza spożycia, produkcji i handlu narkotykami, lecz także prowadzi do udokumentowanych przypadków eskalacji przemocy na tle narkotykowym, kryzysu zdrowia publicznego i naruszeń praw człowieka.

Open Society Foundations

Open Society Foundations działają w ponad stu krajach na rzecz tworzenia prężnego i tolerancyjnego ustroju demokratycznego i odpowiedzialności władzy przed obywatelami. We współpracy z lokalnymi społecznościami Open Society Foundations przyczyniają się do sprawiedliwości i poszanowania praw człowieka, wolności słowa i zapewnienia dostępu do służby zdrowia i oświaty.

Polityka narkotykowa oparta na prawach człowieka i wspierająca rozwój zdrowia publicznego to priorytet Open Society Foundations. Skupiamy się przede wszystkim na współpracy i poszerzaniu grupy interesariuszy, będących orędownikami reformy polityki narkotykowej, udzielaniu głosu użytkownikom narkotyków, aby mogli bronić swoich praw na szczeblu krajowym i międzynarodowym, oraz wspieraniu badań nad kosztami ekonomicznymi i społecznymi istniejących polityk narkotykowych.

Coffee shops i kompromis. Separacja rynków nielegalnych substancji psychoaktywnych w Holandii to czwarta publikacja z serii Międzynarodowego Programu Polityki Narkotykowej Open Society Foundations, która przedstawia pozytywne przykłady reformy polityki narkotykowej na całym świecie. Mamy nadzieję, że niniejsze studia przypadku zainspirują polityków i orędowników zmian do opracowania – w konsultacjach z użytkownikami narkotyków i innymi osobami, na które polityka narkotykowa ma wpływ – polityki, skupiającej się na prawach, opartej na badaniach naukowych i czynnika ludzkim.

Polityka narkotykowa w Holandii – znanej z coffee shopów, w których można kupić i używać konopi – jest doskonałym przykładem trafnego podejmowania decyzji i przyniosła wiele pozytywnych wyników. Wśród nich są między innymi niska zapadalność na HIV wśród użytkowników narkotyków, niemal nieistniejące nowe przypadki używania heroiny, niższy odsetek młodzieży używającej konopi niż w wielu krajach stosujących bardziej restrykcyjną politykę oraz obywatele, którzy nie muszą obawiać się, że trafią do rejestru karnego z powodu popełnienia drobnego przestępstwa narkotykowego bez użycia przemocy. Publikacja *Coffee shops i kompromis* tłumaczy, jak osiągnięto te wyniki.

Oprócz reformy polityki narkotykowej Open Society Foundations działa na całym świecie na rzecz rozwoju opieki zdrowotnej, praw i równości, edukacji i młodzieży, systemu rządów i odpowiedzialności oraz mediów i sztuki. Naszym celem jest budowanie energicznych i tolerancyjnych demokracji.

