

Seres Ildikó

Drogháború vagy normalizálás?

(Alternatív utak a kábítószerpolitikában)

Az itt következő tanulmány egy hollandiai tanulmányút tapasztalatait kívánja összegezni. Mielőtt azonban Hollandiáról esnék szó, szeretném röviden bemutatni a kábítószerellenes politika kétféle megközelítési módját: a „drogháborút” vagy az „elrettetés” politikáját és a „normalizálási szemléletet”, vagy más elnevezéssel: a „károsodáscsökkentés” politikáját.

A drogháború

A drogháborút („War on Drugs”) az Egyesült Államokban hirdették meg, bár jólismert Európában, például Angliában is. Az Egyesült Államok a világ legnagyobb illegális kábítószerfogyasztója. 25 millió amerikai költ évente több mint 100 milliárd dollárt cannabisra, kokainra és heroinra. (International Handbook on Drug Control = IHDC, 1992)

„1989. szeptember 5-én országszerte közvetített televíziós beszédében George Bush elnök átfogó program körvonalait vázolta fel. A programot 1990. január 25-én terjesztették elő és fogadták el a Kongresszusban, s napjainkban ez jelenti a hazai és nemzetközi kábítószerellenes politika alapját. Két elemre épül:

1. a keresletcsökkentésre és
2. a kínálatcsökkentésre.

A keresletcsökkentést az oktatás segítségével a függőség megelőzése, gyógyítása révén, valamint az árak emelésével és a hozzájutás megnehezítésével igyekeznek elérni.

Ez közvetlenül a fogyasztókat érinti.

A kínálatcsökkentést, amelyre 1991-ben a Szövetségi Kábítószerellenes Ellenőrző Hivatal költségvetésének több mint 71 százalékát fordították, a kábítószerkartellek működését (minden szinten) megbénító akciók révén, valamint termékeik és vagyonuk elkobzásával kívánják megvalósítani.

Mivel a legtöbb illegális kábítószer importtermék, az Egyesült Államok határain, kikötőiben, tengerein, hajózási tranzit útvonalain és az előállítás helyszínein hatalmas tilalmi kampány zajlik. Egy nemzetközi program keretében az előállító országokat is üldözik.” (IHDC, 1992)

Ezzel dollármilliárdokat, még több fegyvert és haditechnikát, valamint „kielégítő” megoldást ígértek.

Nem ez a beszéd volt a drogháború első meghirdetése. Korábban Ronald Reagan (1986-ban), ill. Nixon elnök (1971-ben) hirdette meg. A drogháború mélyen gyökerezik az amerikai történelemben, elemei pedig igen hasonlóságot a 19. században indult alkoholelles mozgalmak („Temperance movements”) elemeihez. B.K. Alexander szerint a drogháborúnak része a propaganda, a tilalom és a gyógyítás. Véleménye szerint a drogháború megbukott. A vereségnek számos oka van, többek között a közvélemény igazi támogatásának hiánya, például tömegesen bukkannak fel a hamis információk és hírek, romboló volt ezek retorikus és erőszakos jellege.

„A propaganda a háborút elnyújtja, az ostobaságot és kilátástalanságot táplálja, a tekintélyt rombolja...”

A kábítószerfogyasztók különleges kezelése általában kényszerrel jár, amit az adminisztráció ellenőriz, rendszerint hatástalan és alkalmanként még végzetes is.” (Alexander, 1991)

A drogháború költségei folyamatosan nőnek, mind a pénzügyi, mind az emberi oldalt tekintve. A költségek még több bürokráciát, rendőrt, börtönt, sajtóhírt és propagandát, egészségügyi és igazságügyi „beruházást”, valamint fegyvert és hadsereget igényelnek – számottevő siker nélkül. A résztvevő bírák, orvosok, rendőrök munkája nyomán nem csökken a kábítószerfogyasztás.

A normalizáló szemlélet

A másik szemléletmódot a holland példán szeretném bemutatni. Vannak hasonló kezdeményezések Svájcban, Spanyolországban, sőt, az Egyesült Államok egyes államaiban is. Van de Wijngaart a következőképpen jellemzi a két szemléletmód különbségét.

A holland szemlélet legjobban a „normalizálás” fogalommal ragadható meg. Az Egyesült Államokban és több európai országban az illegális kábítószerfogyasztást „elrettetéssel” igyekeznek korlátozni. E két megközelítést így is meghatározhatjuk: az „elrettetés” szerint a kábítószerfogyasztásból származó problémák leginkább úgy előzhetők meg, ha megpróbáljuk fogyasztásukat tökéletesen kiirtani. A „normalizáló” szemlélet szerint a drogfogyasztásból származó problémák nem elkerülhetetlenek. A kiirtást célzó kísérletek nemhogy csökkentenék, hanem növelik a fogyasztás mértékét.

(IHDC, 1992)

A normalizáló vagy károsodáscsökkentő („harm reduction”) szemlélet igyekszik mérsékelni a drogfogyasztás kockázatát, és megpróbálja a kábítószerfogyasztókat olyan jó állapotban tartani, amennyire csak lehetséges, sőt, javítani kívánja a kábítószerfüggők egészségi állapotát és életkörülményeit.

Alapelvei:

1. A holland törvénykezés megkülönböztet kemény („hard”) és lágy („soft”) kábítószereket. A cannabis (indiai kender) és hasonló típusú drogok

fogyasztását dekriminalizálták, ezek akár „coffe shop”-okban is beszerezhetőek. Megkísérlik különválasztani a kemény- és lágydrogok piacát.

2. A rendőrség és a bünygyi szervek a szervezett kereskedelem, nem pedig az egyéni fogyasztók ellen küzdenek.

3. Hollandiában széles körű gyógyító, segítő és rehabilitációs rendszer működik – viszonylag biztos anyagi háttérrel.

4. A betegek könnyen bekapcsolódhatnak a különböző szintű programokba. E politika fő célja a kapcsolatfelvétel annyi drogfogyasztóval, amennyivel csak lehetséges.

5. Ezt a Junky Union (MDHG, egyfajta kábítószeres szakszervezet) is támogatja.

A hetvenes évek előtt, a szomszédos országokhoz hasonlóan Hollandiát is meglehetősen szigorú kábítószerpolitika jellemezte. A törvénykezés egyaránt büntette a nagyon veszélyes („high-risk”), és a kevésbé veszélyes („low-risk”) kábítószeres fogyasztást. Az ötvenes években föllendült a narkotikumok, különösen a cannabis fogyasztása. Marihuána birtoklása esetén nem volt ritka az egy évnél hosszabb börtönbüntetés sem. Miután ennek ellenére nőtt a drogfogyasztás, kétségek támadtak aziránt, hogy vajon játszhat-e megelőző szerepet a büntetőjog az egyéni fogyasztásban.

Végül 1976-ban a holland Parlament módosította az 1919-es Ópium Törvényt. A módosító rendelkezés megkülönbözteti az „elfogadhatatlan kockázatot jelentő kábítószereseket” (kokain, heroin, amfetaminok és LSD) a „hagyományos kendertermékektől”, azaz a hasistól és a marihuánától.

„A rendelkezés felel arra a kérdésre is, hogy mekkora szerepet játszik a büntetőjog az egyéni kábítószerfogyasztás megelőzésében. Bár természetesen számításba kell vennünk a társadalom kockázatát, mégis minden erőfeszítést meg kell tennünk annak biztosítása érdekében, hogy a fogyasztók a fogyasztásnál súlyosabb törvénysértést ne kövessenek el.” (Fact Sheet, 1985)

1976 óta a törvény és a bűnüldöző szervek de facto dekriminalizálták a cannabis és a marihuána fogyasztását, ez mégsem vezetett emelkedéshez:

„1976-ban a 15–16 évesek 3 százaléka, a 17–18 évesek 10 százaléka fogyasztott alkalmanként hasist vagy marihuánát. 1985-ben ezek az adatok 2, ill. 6 százalékra csökkentek.” (Fact Sheet, 1985)

A cannabis termékek dekriminalizált fogyasztását illusztrálja a „coffee shop”-ok létezése. Az ún. AHOJ-elv szabályozza az árusítást: A = nincs hirdetés, H = nem árulnak kemény drogokat, O = nem zavarják a szomszédságot, J = fiatalokúaknak nem árusítanak. Tilos alkoholt és keménydrogokat árusítani, valamint agresszívan viselkedni a „coffee shop”-okban. A kereskedelemnek nincs törvényes szabályozása, hiszen végül is önmagában törvénybe ütközik, és noha nem minden „coffee shop” tulajdonos ismeri az árusítás etikáját, általában mégis betartják az AHOJ szabályait.

De jure a törvény bünteti, ám de facto nem üldözik a kenderszívókat. A cannabis termékek kiskereskedelmét és birtoklását (30 grammig) nem büntetik.

Éles határ húzódik a kemény- és lágydrogok piaca és kereskedői között. Noha nehéz e két piacot elkülöníteni, a rendőrség és a büntetőjog inkább a keménydrog kereskedelemre fordítja a figyelmét.

Ez a gyakorlat sikeresnek tűnik:

„Az adatok azt jelzik, hogy nem növekszik a cannabis fogyasztás mértéke a kamaszok között. A holland középiskolások 20 százaléka, az amerikaiak 59 százaléka próbálta már ki életében legalább egyszer a cannabis. A rendszeres fogyasztók száma 5 százaléka Hollandiában és 29 százaléka az Egyesült Államokban.” (Van de Wijngaart, 1991)

A hollandok sokkal több figyelmet szentelnek a fogyasztóknak és szociális helyzetüknek, mint büntetésüknek. Az egészségügyi szolgáltatások révén figyelnek lelki és testi szükségleteikre egyaránt. Fejlett orvosi és társadalmi hálózat működik, amely nagy hangsúlyt fektet elérhetőségére.

A holland segítő szolgáltatások

A holland segítő szolgáltatások alapelve, hogy könnyen elérhetőek legyenek, és ne támasszanak nehezen teljesíthető követelményeket a rászorulókkal szemben. A segítő szolgáltatások számos formája ismert: utcai munka, klinikák, különleges kórházi és börtönbeli lehetőségek, metadonbusz, anyagi támogatás, társadalmi beilleszkedést segítő programok és fecskendőcsere lehetőségek.

A polidrogfüggők számát 15–20 ezerre becsülik. (Hollandia lakossága 15 millió fő.) Nagyobb részük heroint használ kokainnal és/vagy benzodiapinnel kombinálva. 30–40 százalékuk (6–8 ezren) a fővárosban, Amszterdamban él, 30 százalékuk a három nagy városban (Rotterdamban, Hágában és Utrechtben) lakik, s a fennmaradó 30–40 százalék eloszlik Hollandia többi 60 városa között.

A kábítószerfüggők 30 százaléka tartozik valamilyen etnikai kisebbséghez, habár a holland népességnek csak 5 százalékát alkotják a szurinámi és indonéziai, valamint a török és marokkói bevándorlók. A kábítószerfogyasztók 10–20 százaléka külföldi, főleg Amszterdamban tartózkodik, és többnyire Németországból, Olaszországból és Angliából érkezik. (Van de Wijngaart, 1991.) Lényeges különbségek vannak Amszterdam, Rotterdam és Utrecht között, ahol speciális intézményeket hoztak létre a junky számára. (Junky (US) vagy junkie (GB) = kábítószerélvező, heroinfüggő, narkós.)

Néhányat ezek közül meglátogathattam: az Inloopcentrum Hoog Catharijné-t és a HAP Alapítványt Utrechtben, valamint a „Perron O”-t és a Pauluskerket Rotterdamban.

Projektek Utrechtben

Utrecht 330 ezer lakosával a negyedik legnagyobb holland város, az ország hagyományos vasúti csomópontja és konferenciaközpontja.

Körülbelül 1500 keménydrog-függő él a városban. (Van de Wijngaart becslése, 1991)

Különféle általános és szakszolgáltatásokkal élhetnek:

* metadonfenntartó programok

- * alkoholisták utógondozó, próbaidős és megelőző intézetek
- * „Rode Brug” (Vörös híd) nappali gondozó központ
- * kábítószermentes gyógyító közösség (Drugfree therapeutic community, DTC)
- * kríziscentrum, nonstop pszichiátriai segítség
- * Inloopcentrum Hoog Catharijne
- * Sleep-Inn hotel
- * HAP Alapítvány

Inloopcentrum Hoog Catharijne

A Hoog Catharijne az ország legnagyobb bevásárló központja. Forgalmának zavarása és a bűnözés miatt az Utrechti Rendörkapitányság kezdeményezte az Inloopcentrum létrehozását 1991-ben. Az üzletház rendkívül kényelmes hely hajléktalanok számára, akik 10 évvel ezelőtt, mintegy ezren, be is költöztek. Nagyrésztük kábítószerfüggő, főleg kemény- és polidrogos. Felbolygatták az üzletközpont életét, a vásárlók féltek odamenni. (Ez volt az alapítás gazdasági oka.)

Az alapítás másik oka a bűnözés volt – habár ennek aránya itt sem nagyobb, mint bárhol máshol a városban. A harmadik, a közegészségügyi ok a junkyk leromlott fizikai állapota, s az, hogy egy részük HIV-vel, TBC-vel, hepatitisszel fertőzött. A rendőrség megpróbálta mérsékelni a „rendetlenséget”, s lecsillapítani a kedélyeket, ezért kezdeményezték az Inloopcentrum kialakítását. A holland nevet „besétáló” központnak fordíthatjuk. (Angolul: drop-in-centre vagy walk-in-centre.)

Egy csendes, elkülönített, multifunkcionális klubot kívántak létrehozni a junkyk számára. Nem igénylik tőlük, hogy lemondjanak szenvedélyükről, csak a házirend betartását kívánják meg. A központ minden nap délelőtt 10 órától este 7-ig tart nyitva. A betérők olcsón ihatnak, ehetnek és megpihenhetnek. Használhatják a fürdőszobát (maximum 15 percig), kimoshatják vagy kicserélhetik ruháikat, kaphatnak másikat, tiszta, használt darabot. Hetente kétszer orvos is rendel itt, díjtalanul. Ha a beteg rászorul, és/vagy igényli, szakintézetbe utalja. Az orvos speciális közegészségügyi és megelőző szerepet is ellát. Szigorú házirendjük van, amely tiltja

a kábítószeresek használatát és árusítását,
lopott holmik eladását,
az alkoholfogyasztást,
az agresszív viselkedést és
a rendőrség jelenlétét a helyiségben (kivéve súlyos bűncselekmény esetén).
12 féléllású és 3 önkéntes alkotja a személyzetet. A vezető egy rendőr, aki elvégezte a szociális munkások akadémiáját is. Nem dolgozik a vendég-helyiségekben, kivéve ha verekedés tört ki. A páciensek ismerik, „zsaru” néven emlegetik maguk között.

Egyszerre legalább három szociális munkás dolgozik a nyilvános helyiségekben.

Nemcsak fizikai okokból, hanem lelki és személyes gondjaikkal is meg-

keresik őket a junkyk, s rendszeresen adnak tanácsot kezelés-, orvosi, hivatalos ügyekben, adóval, lakással, segélyezési és lelki gondokkal kapcsolatban.

A kliensek kora 30 év körül van, egynéhány fiatalabb (20 év alatti) és idősebb (40–45 éves) is akad közöttük. 88 százalékuk férfi, 12 százalék nő.

Naponta 90–110 kliens jár be az Inloopcentrumba.

Minden pénteken 4 és 6 óra között „nőnapot” tartanak, amikor csak nők tartózkodhatnak a központban.

A stáb másfajta tevékenységet is szervez számukra: képzőművészeti és sportakciókat (pl. rendőr-junky focimeccset).

Az AIDS-megelőző program részeként ingyenes tű- és fecskendőcserét biztosítanak. A kliensek kicserélhetik az (egyszerhasználatos) használt tűket és fecskendőket sterilre. Ha elvesztették, 25 centért vehetnek újat. Övszert is vásárolhatnak.

Költségvetésükről: 1,2 millió gulden az évi bevételük állami, miniszteriális, önkormányzati és törvényhatósági forrásokból és alapítványokból. Egyházaktól és jótékony szervezetektől kapnak ruhákat, élelmiszert, egészségügyi felszereléseket, könyveket.

A stáb és a vendégek évek óta jól ismerik egymást. Barátságosan, türelmesen bánnak a junkykkal, s viszonyuk gyakran személyesebb a hivatalosnál. Kapcsolatuk igen sérülékeny, nagyon sok energiára és türelemre van szükség mindkét fél részéről. Rengeteg bizalmat, reményt, hitet és különleges figyelmet igényelnek a drogosok.

Nézőpont kérdése, hogy a kábítószeresek vajon bűnözők-e vagy betegek. Megválaszolatlan kérdés, de a holland szemlélet arra inspirál, hogy lelkileg, testileg és szociálisan deprivált embereknek tekintsük őket. Az általuk használt narkotikumok pótszerek. Észre nem vett vagy megoldatlan problémák pótszerei.

Az alapítás eredeti célja a bűnözés csökkentése volt. Valójában nem csökkent a bűnözés, de a komoly bűntények ritkák. Inkább zsebtolvajlás, lopás, kábítószerfogyasztás és -kereskedelem, rablás jellemző, számuk azonban nem magasabb, mint Utrecht más részein. Nyugodtan vásárolhatnak és dolgozhatnak itt az emberek, ez a terület kevésbé veszélyes, mint az Oudegracht, a város szíve.

A junkyk megpihenhetnek, információkat szerezhetnek, és egy kicsit rendbe szedhetik magukat az Inloopcentrumban. Kimondatlan megegyezés segíti a junkykat, az egészségügyet és a rendőrséget annak érdekében, hogy viszonylagos nyugalomban élhessék az életüket, megelőzzék a súlyosabb bűncselekményeket, megőrizték a közrendet, és ne veszélyeztessék a közegészséget.

Huiskamer Aanloopproject voor Prostituees

Egy másik intézmény, amelyet meglátogattam, az utrechti HAP Alapítvány volt. (HAP = Huiskamer Aanloopproject voor Prostituees, azaz „Utalányok Nappalija”.)

A HAP barátságos és vendégváro légkörben igyekszik széles körű segít-

séget nyújtani a gyakran kábítószerfüggő prostituáltaknak, testi-lelki, szociális, egészségügyi és gyakorlati tanácsadás formájában.

A „Nappali” (Huiskamer) egy mozgó „besétáló” központ Utrecht egyik peremkerületében, a „gedoogzone” területén.

A „gedoogzone” (=eltűrt terület) rendszerint azt a különlegesen engedélyezett területet – mondjuk, egy utcát – jelenti, ahol szigorú feltételek mellett „legálisan” űzhetik foglalkozásukat az utcalányok. A „zónát” és a „Nappalit” Utrecht város önkormányzata hozta létre 1986-ban.

Háttérben az a megfontolás áll, hogy a leszólítás gyakorlata egyidős az emberiséggel, és valószínűleg fenn is fog maradni a történelem végéig. Az illegalitás és a gyakran rossz munkakörülmények nem elegendők ahhoz, hogy az utcalányok abbahagyják munkájukat. Szomorú tény, hogy rengeteg férfi keresi a prostitúció formáját, de a nők addig fognak dolgozni, amíg erre igény lesz. Utrecht előjárósága szembesült ezzel a ténnyel, s azzal, hogy ezt lehetetlen tagadni.

Ezért a jelenlegi legális keretek között létrehozták és szabályozták a „gedoogzone”-t.

Ha sikerül jól működtetni, mind a város, mind az utcalányok és klienseik élvezni fogják a szabályozás előnyeit, és a leszólítás hátrányai is jelentősen csökkenthetők.

A „zóna”, amely a lakott területen kívül van, kisebb zavart, rendetlenséget – zajt, ajtócsapkodást, eldobált óvszert – jelent, mintha félreeső parkolóban vagy a város közepén lenne a kocsisor.

Utrecht az első holland város, ahol a „zónához” „afwerkplek” is tartozik. „Afwerkplek” = befejezőhely, egy különlegesen tervezett parkolóhely, ahol a prostituáltak fogadják vendégeiket. Parkolóhely, magas sövényvel elválasztott boxokkal, szemetessel, kb. 500 méterre a „zónától”.

Ha a prostituáltak biztonságát és az elérhető segítségnyújtás szükségletét tartjuk szem előtt, a „zóna”, az „afwerkplek” és a „Nappali” fontos feltételeknek tűnnek. Csökkentik a (szexuális) erőszak és a bizonytalan munkamódszerek veszélyét. Különös tekintettel az AIDS-re és a nemi úton terjedő betegségekre, a megelőzés és felvilágosítás szempontjából életbe vágóan fontos, hogy a prostituáltak könnyen megtalálják a segítségnyújtás helyszínét.

A HAP Alapítvány célja az utcalányok élet- és munkakörülményeinek javítása e „készenléti” és vendégbarát szolgáltatás révén.

Az alapítványnál minden különösebb feltétel nélkül fogadják az utcalányokat, de van néhány alapszabály, amelyet mindenkinek be kell tartania:

nem szabad alkoholt és kábítószerrel árusítani és fogyasztani,

nem szabad erőszakoskodni,

nem szabad barátokat és klienseket a buszra fölvenni.

Minden este 20.30 és 01.30 között, bevásárló napokon 21.30-tól áll szokott helyén a busz, amelyben egy társalgó, konyha, WC, zuhanyozó és egy orvosi szoba található. Mindez a „gedoogzone” területén található. Ez gyakorlatilag egy utca, ahol este 19.00 (bevásárló napokon 21.30) és 02.00 között lehet dolgozni, az utrechti rendőrség engedélye alapján. Ezen időszak alatt rendőrök biztosítják a prostituáltak biztonságát.

A „Nappali” lehetővé teszi az utcalányok számára, hogy megpihenjenek,

igyanak egy kávét, egyenek egy szendvicset, lezuhanyozzanak, óvszert és steril fecskendőt vásároljanak. Elmondhatják problémáikat, feltehetik kérdéseiket az ott dolgozó szociális munkásoknak, és hetente két alkalommal konzultálhatnak egy nőgyógyással is.

A HAP Alapítvány személyzete 6 szociális munkásból, 2 adminisztrátorból, 4 félállású gépkocsivezetőből, 3 orvostól és 7 önkéntes segítőből – akik többnyire a szociális munkásokat képző Akadémia hallgatói – áll.

A segítségnyújtás mellett az Alapítvány fő célja a nemi úton terjedő betegségek megelőzése.

Munkamódszerének alapeszméje a függőség és a prostitúció tényszerű elfogadása. Filozófiájuk: hogyan tekintsünk a prostitúcióra és az AIDS problematikájára úgy, hogy ne fogjuk fel magát a leszólítást kérdésként?

Az AIDS-felvilágosítás és -tanácsadás napi rutinná vált a stáb számára, nem szűkíthető le az évi egyszeri AIDS ellenes kampányra. Minden harmadik vagy negyedik napon új prostituált lép a „Nappali”-ba, így a megelőző, felvilágosító munkának rendszeressé kellett válnia. Az első négy év alatt kb. 400 vendég látogatta meg a buszt. Számuk folyamatosan nőtt, 22-ről (látogató/év, 1986) 33-ra (1991). 5184 óvszert adtak el az indulás évében, 45 864-et 1992-ben. (Az adatok forrása a HAP Alapítvány dokumentációja.)

A kliensek 80 százaléka keménydrog-függő, s az itt beszerzett steril eszközökkel ellátják ismerőseiket is.

Hollandiában a prostituáltak körében jó híre van a HAP Alapítványnak, a zavartalanabb körülmények sok utcalányt vonzanak Utrechtbe, főleg Amszterdamból. Egy-egy váratlanul zsúfolt éjszaka okoz némi felfordulást – még ebben a jól szervezett társadalomban is – a „Nappali” munkájában.

Külön problémát jelent a nagyszámú külföldi kliens, mivel nem beszélnek az ország nyelvét, s ez akadályozza a felvilágosító munkát. A külföldiek nagy része latin-amerikai országokból érkezett, gyakran a leánykereskedelem áldozataként. Ha sikerül annyi pénzt összegyűjteniük, hogy hazautazzanak, s önálló egzisztenciát teremtsenek, szerencsésnek mondhatják magukat. Akinek nem sikerül elmennie innen (s ez a többség), hosszú-hosszú ideig látogatja még a „Nappalit”. Egyre gyakrabban bukkannak föl közép- és kelet-európai vendégek is.

A HAP Alapítvány Hollandiában, Európában s világszerte egyedülálló rugalmasságával, hiszen hasonló programok az ország más városaiban is működnek, de egyik sem rendelkezik mozgatható busszal.

Az Alapítvány meglehetősen sikeres a nemi betegségek és az AIDS megelőzését célzó felvilágosító munkájában is.

A helyi önkormányzat politikája hatékonyabbnak tűnik, mint a „szemet hunyó” országok intézkedései (pl. Magyarorszáé). Ugyanakkor a probléma és kezelése Hollandia szociális, gazdasági és politikai szövetének szerves része. Bármely hasonló kísérlet valószínűleg nem lenne ilyen sikeres, ha változtatás nélkül szeretnénk átültetni egy másik országba.

Rotterdam: „Perron O” és a Pauluskerk

Rotterdam a második legnagyobb holland város, és a világ legforgalmasabb kikötője. Mint ilyen, ideális hely a tiltott kábítószerimport számára. Ennek ellenére kevesebb drogturista van itt, mint Amszterdamban.

1. sz. táblázat:

	Amszterdam	Rotterdam
Lakosság száma	690 000 fő	570 000 fő
Kábítószerfüggők száma	6–800 fő	4000 fő
Kábítószeres halálos esetek száma 1991-ben	39 fő	9 fő
Függők átlagos életkora	32 év	31,5 év

A drogfogyasztók száma viszonylag stabil, életkoruk növekvőben van. Az új kliensek száma csökken. (Urban Drug Policy = UDP, 1993) Drogmentes és ambuláns kezelési lehetőségekkel (76 ágygal, ill. 25 hellyel) egyaránt rendelkezik a városi gondozó szolgálat. Egységeik különleges csoportokkal is foglalkoznak, pl. heroinfüggő prostituáltakkal, AIDS betegekkel.

Bentlakásos programjaik a drogmentes kezeléstől a károsodást csökkentő és reszocializációs projektekig terjednek. Van egy különleges szolgáltatásuk, amely a keménydrogosokat segíti, és a közrend fönntartását hivatott szolgálni. A szakirodalom „nyitott helynek” („open scene”), a köznyelv „Perron O”-nak (Nulladik vágánynak) nevezi. A „Perron O”-t az állomás mellett, egy elhagyott buszmegállóban, a rendőrség, hivatali épületek és egy parkoló szomszédságában találjuk.

Keménydrog-függőknek szánták, büfével, „nappalival”, korlátozott tisztálkodási és alvási lehetőségekkel.

Tilos a kábítószereket árusítani, persze azért előfordul. Egy külön szobában viszont lehet drogot használni, s ide nem léphet be a rendőrség. Hagyják a junkykat kint vagy bent aludni, olcsón ihatnak s ehetnek. Kicserélhetik használt felszerelésüket sterilre, és óvszert is vásárolhatnak.

Egy régi, meglehetősen rozzant busz áll a „kerítésen” kívül, éjszakánként 20 hajléktalan kliens alhat itt. (A Pauluskerk egyik önkéntese takarítja a buszt.) A „Perron O” naponta délelőtt 10 órától éjjelig tart nyitva.

A szomszédos rendőrőrs felel a Central Station (Főpályaudvar) és a „Perron O” rendjéért. Politikájuk eltér az utrechti Hoog Catharijne team taktikájától. Az utrechtiak alapelvei: „Mozgásban tartani” és „Ismerni és ismertnek lenni”. Rotterdamban megpróbálják keményen az állomáson kívül tartani és a „Perron O” területére korlátozni a junkykat. Feladatuk azokat a kábítószerkereskedőket elfogni, akik nagy tételekkel dolgoznak. A „Perron O” lakóit rendszeresen előállítják, elkobozzák a náluk levő anyagot, jegyzőkönyvet vesznek föl, és elengedik őket. A tizedik jegyzőkönyv után a bíróság eljárást indít ellenük, amely pénzbüntetéssel vagy pár hónapos börtönnel végződik.

A rendőrökön kívül a Pauluskerk tagjai is dolgoznak a „Perron O” területén. A Pauluskerk épülete az állomástól nem messze található, a második világháború után épült, de az egyház csak néhány éve költözött be.

A Pauluskerk egy teljes menekültközpont számos teremmel, helyiséggel

és taggal. (Számomra egy jól szervezett hivatalnak tűnt.) A különböző szolgáltatások különböző időpontban állnak a vendégek rendelkezésére. A büfé éjjel-nappal, az egészségügyi helyiségek, ahol mosni, mosakodni, ruhát cserélni lehet, s az egyéb helyiségek, mint pl. a templom, a konyha, a hálószobák, az orvosi szoba és az olvasóterem váltakozva vannak nyitva.

Visser atya, az alapító – teológus, szociológus, a holland Parlament Alsó Házának korábbi tagja – és munkatársai támogatják a vendégeket: menekülteket, kábítószereseket, alkoholistákat. Keresztény alapon segítenek lakást, állást, lelki támaszt nyújtani, s a klienseknek önmagukat megtalálni.

A büfébe mindenki betérhet, de nincs elég hely, hogy az összes vendég hosszabb ideig ott lakjon. Visser igazgató választja ki a maradókat.

Az egyház tagjai különféle szintű segítséget nyújtanak: programokat minden látogatónak (büfé, játékok, orvos, tisztálkodási lehetőségek, étterem) és választható programok „haladóknak” (írás-olvasás tanítás, Biblia-órák és vallásos elmélkedés, képzőművészet).

Hívek és vendégek korrekt jogi felvilágosítást kaphatnak Visser atya fiától, aki a komplexum hivatalos jogi tanácsadója.

A Pauluskerk egyike azoknak az alternatív projekteknek, amelyeket nem a kormányzat finanszíroz, hanem keresztény szervezetek és magánemberek támogatnak. Politikailag a PvdA és a CDA (a Munkáspárt és a Kereszténydemokrata Szövetség, a két legjelentősebb kormányzópart) egy része áll mögötte.

Hollandiában a Pauluskerk a legnagyobb ilyen jellegű projekt, s ennek van a legtöbb ellenzője is.

Metadonfenntartó szolgáltatások rendszere

A segítségnyújtás és károsodáscsökkentés egyik formája az – orvosilag rendelt – metadonjuttatás. A metadonprogramok célja a méregtelenítés („detoxification”) vagy a fenntartás („maintenance”), esetleg mindkettő egyszerre. A fenntartó kezelést a károsodáscsökkentés részeként alkalmazzák, bár az alapötlet nem a holland tapasztalatokból származik.

A 19. században az ópiumfüggő betegeket morfínnal kezelték, hogy a függőséget egy másik kábítószer segítségével ellenőrizzék. Századunkban a metadonról hitték azt, hogy képes a heroin hatását blokkolni, de később kétségbe vonták az elmélet igazságát. Az 50–60-as években végezték az első kísérleteket az Egyesült Államokban, s a sikeresnek tűnő eredményeket a holland orvosi gyakorlat is elfogadta, terápiaként alkalmazta. Habár a kezeléssel kapcsolatos kételkedő hangok nem hallgattak el, manapság mégis három célra használják a metadont:

kapcsolatot teremteni drogfüggőkkel, stabilizálni és méregteleníteni, kezelni őket.

A nagyobb holland városokban 40 különféle intézmény szervez 36 méregtelenítő és 20 fenntartó programot.

A kétféle program gyakorlata eltérő, ugyanis a detoxikáló programok na-

gyobb hányadában nem megengedett egyéb kábítószer fogyasztása. Vannak olyan programok, amelyekben nincsenek egységes szabályok, de figyelembe veszik a betegek egyéni adottságait, és bizonyos esetekben elnézik a heroin vagy más szer használatát. Vagy elnézik egyszer-kétszer olyan időszakokban, mint például a méregtelenítés első hete. A detoxifikáló programok többségében azonban kötelező a – gyakran szűrőpróbaszerű – vizeletvizsgálat. Fenntartó programokban nem végeznek vizeletvizsgálatot, szemet hunynak a tiltott szerfogyasztás fölött.

Van egy különleges formája a metadonprogramoknak: a Metadonbusz-projekt. Nagyvárosokban, így Utrechtben is, speciális busz cirkál, meghatározott megállók között. Az utrechti CAD (Consultation Bureaux for Alcohol and Drugs = Alkohol és Kábítószer Tanácsadó Szolgálat) e programok gazdája, 9 különböző programot futtat más-más csoport számára. A betegeket két csoportra osztják: fenntartó és méregtelenítő, valamint rendszeres („regular”) és súlyos („heavy”) fogyasztókra. A rendszeres fogyasztók hetente négyszer, a súlyosak hatszor kapnak – helyben fogyasztandó – folyékony metadont.

A CAD utrechti stábja 6 ápolónőből, 5 szociális munkásból, 2 titkárnőből, 1 orvosból, sofőrökből, biztonsági őrokból, 5 hallgatóból és az igazgatóból áll. 1993 első félévében 252 kliensük volt. (Lásd a 2. sz. táblázatot.)

Klienseiket az Állami Egészségügyi Hivatal (GG&GD) orvosai utalják a metadonbuszhoz. Három feltétele van a részvételnek:

- rendszeres orvosi kapcsolat (minimum 3 havonta egy látogatás),
- részvétel a központi metadon nyilvántartásban.
- a metadont helyben kell elfogyasztani, tilos elvinni.

A metadon mellett felvilágosítást tartanak az AIDS-ről, lehet steril tűket szerezni és óvszert vásárolni.

Mivel a metadon könnyen megszerezhető, a heroinfüggők könnyebben stabilizálódhatnak, és ellenállhatnak a közös tűhasználat csábításának. Ez nagyon fontos az AIDS megelőzése szempontjából.

A metadon-ellátó szolgáltatás a hosszú távú orvosi kezelésen alapul, s ennek révén az intravénás opiátfüggőség orális függőséggel pótolható, amely a stabilizálás első lépése lehet.

A metadonfenntartás kapcsán felmerülnek bizonyos orvosi és etikai kétségek. Mindenekelőtt az orvos által előírt narkotikum gondolata készlet medítálásra, habár az első, a gyógyító metadonnal kísérletező tudósok és orvosok szándéka megkérdőjelezhetetlen. Kérdéses viszont, hogy a(z orvos)tudománynak van-e joga szándékos függőséget kialakítani, vagy abban segídezni. Vajon van-e joga a hatalomnak használni és kihasználni olyan emberek esendőségét, akik általuk már kezelhetetlen és kilátástalan helyzetbe kerülhetnek emiatt?

Másrészt, a metadon erősebb függőséget tud kialakítani, mint a heroin. A metadon elvonási tünetei 3–4 hétig, a heroiné 3–4 napig tartanak. A legtöbb kliens egyéb kábítószer is használ, s ezek fogyasztásának mértéke nem függ a metadon adagjától. Kétséges, hogy a metadon valóban segít-e lemondani a narkotikumról (Van de Wijngaart, 1991). Ezek a kétségek minden orvosilag javallt szer esetében felmerülnek (nyugtatók, barbiturátok, fájdalomcsillapítók stb.).

Ezek a kétségek minden orvosilag javallt szer esetében felmerülnek (nyugtatók, barbiturátok, fájdalomcsillapítók stb.).

Ezek ellenére a metadonellátás segít a kábítószeres halálozások elkerülésében és az AIDS/HIV fertőzés terjedésének megelőzésében. Amíg a kliens nem szokik vissza az intravénás drogfogyasztásra, addig elkerüli a közös tűhasználat és ezzel az AIDS fertőzés kockázatát is. A metadont terapeutikus céllal is használják, ami különösen azoknak lehet hasznos, akik le akarnak szokni a drogról. Az AIDS-től való félelem lehet az egyik motiváló erő. Ezért olyan szigorúak az ambuláns metadonkúra feltételei. A legtöbb, alacsony küszöbű metadonprogram kiegészítő jellegű, azonban másfajta drogmentes kezelési módszerekkel együtt igen hatékonyan működik.

Amszterdamban a metadonbuszok és tűcsere lehetőségek megindulása óta a drogmentes és reszocializációs programra jelentkezők száma megduplázódott. (Buning, 1990)

Ma körülbelül 12 500 opiátfüggő vesz részt rendszeres metadonprogramban Hollandiában. Rotterdamban 1991-ben 2100 volt ez a szám, 5000 az országban, s benne foglaltatik az a nagyszámú külföldi is, aki csak alkalmanként – a központi regisztrálás előtt – kap metadont.

A kliensek nagy részét az Állami Egészségügyi Hivatal gondozza: 25% (csak állampolgárok!) háziorvosától kap metadont. Több mint 50% nem holland származású. Főleg a korábbi holland gyarmatokról, a Szurinami-sziget-csoportról érkeztek. A metadonkliensek száma csökken, bár a krónikusok (ők már 1989 óta kapnak metadont) száma több mint 57 százalék! (Urban Drug Policy, 1993)

A buszos megoldás előnye, hogy a kliensek lakásukhoz közel, jólismert környezetben kapják meg adagjukat. A busz más, mint egy kórház vagy hivatal, bár az is igaz, hogy a buszon sincs – a betegek nagy száma miatt – „meghitt hangulat”. A kliensek nagyobb meghurcoltatások, szenzációk és bürokrácia nélkül kaphatják meg mindennapi metadonjukat. Másrészt elkerülhető a rendszeres panaszkodás és félelem.

A busz képes egymástól nagy távolságra lévő megállóknak, különböző csoportokat ellátni, s ez lényegesen olcsóbb, mint számos hivatali helyiség és épület fenntartása.

Világszerte egyedül Hollandiában működik metadonbusz szolgálat.

Tűcsere programok

Ha a gyakorlatias kábítószerpolitikáról beszélünk, nem szabad elfelejtkeznünk az AIDS-megelőzés és fecskendőcsere közötti összefüggésről. Ma Hollandiában számos helyen lehet steril tűhöz és fecskendőhöz jutni: előljáróságokon, rendőrőrsökön, gyógyszertárakban, szakintézetekben, „Nappalik”-ban, krízisközpontokban, metadonbuszokon.

Amszterdamban – az AIDS fertőzés itt veszélyezteteti legsúlyosabban a drogosokat – különösen fontos a HIV megelőzés. 1982 és 1990 között 893 AIDS beteget tartottak nyilván, ebből 62 volt intravénás drogfogyasztó. 800-ra becsülik a HIV fertőzöttek számát. Ez körülbelül 30 százaléka az intra-

vénás kábítószerhasználóknak, akik szintén 30 százalékát képezik a főváros összes kábítószeresének.

Az adatok alapján a drogos AIDS betegek számának jelentős emelkedése várható az elkövetkező években. (Buning, 1990)

Ezért az AIDS felvilágosító munka prioritást élvez a kábítószeresek körében. Ennek ellenére az ezt célzó projektek indulásakor, 1984-ben, a hivatalos szakintézetek ellenezték az MDHG kezdeményezte fecskendőcserét. A steril eszközök biztosításában az intravénás használat bátorítását látták. A következő évben több szakintézményt, s 1986-ban a metadonbuszt is bevonták a programba. A becserélt tűk és fecskendők száma folyamatosan nő: 25 ezerről (1984) 820 ezerre (1988) és 1991-ben 1 millióra. Ez bátorítóan hangzik, az MDHG mégis talál megkérdőjelezhető pontokat az amszterdami Városi Tanács kábítószerpolitikájában.

Az MDHG panaszai

Az MDHG-t olyan emberek alapították 1978-ban, akiket elgondolkodtatott a hivatalos drogpolitika. (Az MDHG a Szociális és Orvosi Segítő Szolgálat Heroinfüggőknek holland rövidítése, ismertek Junky Union néven is.) Orvosok, szociális munkások, heroinfüggők szülei, a „drogszín” szomszédságában lakók, egyszerű érdeklődők és természetesen drogosok és ex-drogosok tartoznak a csoporthoz. A Társaság szembesült a büntetőjog által meghatározott kábítószerpolitika elnyomó jellegével, amely alapvetően alkalmatlan a drogproblémák kezelésére, sőt, azok nagy részéért felelőssé is tehető.

A csoport úgy érezte, hogy kötelessége ajánlásokat megfogalmazni egy alternatív drogpolitikához.

A Junky Union szerint a fecskendő és tűcsere-programok körülményeit vizsgálva Amszterdam előjárósága nem tartja szem előtt a kábítószerfüggők érdekeit. Eredetileg, 1989-től ugyanis 24 órás, nonstop fecskendőcsere hely működött Amszterdam óvárosában.

Az egyetlen helyet, ahol Amszterdamban éjjéligen lehetett tűket cserélni – a kábítószerfogyasztók hagyományos gyülekezési helyén, az óvárosban – a környék lakóinak panaszai miatt a városi tanács 5 órás bezárással kötelezte 1990 májusában. (Most egy olyan kisbuszon lehet fecskendőket és tűket cserélni, amely meghatározott időpontokban, meghatározott megállóknál várakozik, de sohasem az aktuális „drogszín” közelében.) 1990 őszétől kezdve 9 órakor kellett bezárniok, ismét a lakók panaszai miatt, majd ismét megváltoztatták a nyitvatartást, s most 11-ig elérhető a szolgáltatás. (Mol-Trautman, 1991)

Ezenkívül kritizálták még a fővárosi drogpolitika más lépéseit is, pl. az ún. „Utcajunky” projektet. Ezt azért kívánom megemlíteni, mert itthon épp most módosították az ide vonatkozó rendelkezést, s a Narkológiai Társaság máris kétségeinek adott hangot április végi konferenciáján. (1993. május 15., Btk 282. §-a.)

Az „Utcajunky” projekt („Project straatjunks”)

Az „Utcajunky” projekt olyan csomagterv, amely az ún. „különösen problémás kábítószerfogyasztókat” kényszeríti 1989 januárjától számított két éven belül szenvedélyük elhagyására. A projekt a városközpont életét rendszeresen zavaró 3–400 drogot célozza meg. Azoknak a kábítószereseknek, akik négy-nél több szabálysértést követnek el egy év alatt – „a bírói körút beszenyezőinek” nevezi őket a törvényhatóság hirdetménye –, választaniuk kell a börtönbüntetés és a kényszergyógykezelés között. Ha a második lehetőséget választják, felfüggesztik a bírósági eljárást. Ha nem fejezik be a kényszergyógykezelést, börtönbüntetéssel sújtják őket.

Ezzel az intézkedéssel megpróbálják kényszeríteni a drogfüggőket, hogy kezelésben vegyenek részt, az erőltetett választás azonban a legtöbb szenvedélybeteg számára nem jelent igazi alternatívát.

Összegzés

A fenti megjegyzés ellenére azt mondhatjuk, hogy a holland módszer sokkal inkább a kábítószerfogyasztókkal szemben tanúsított türelmen és a tiltott szerek fogyasztásának mint ténynek az elfogadásán alapszik, szemben sok más ország gyakorlatával. Rájöttek arra, hogy a szenvedélybeteg nem szoktatható le szenvedélyéről kényszerrel, különösen nem 1–2 hónap alatt. Az emberek a tiltás és üldözés ellenére is ragaszkodnak ártó szereikhez, legyen az heroin vagy kávé. Sokkal eredményesebb a kevésbé ártalmas szerek használatát eltűnni és ellenőrizni, s ezzel a veszélyesebbek iránti érdeklődést és azok forgalmát csökkenteni. Úgy tűnik, jól működik a „Legalizáld a kisebbiket, hogy mérsékelj a nagyobbikat!” elve. A drogháború több kárral jár, mint amennyi haszonnal, míg a normalizálás alternatívája hozzájárul ahhoz, hogy a drogfogyasztókat ne vesse meg és ne vesse ki magából a társadalom, hogy az ellenzés mérséklést jelentsen, ne tilalmat; hogy a veszélyes drogokat gyengítsék; hogy az erősebb kivonatokat és a mesterséges drogokat gyengébb természetes szerekkel helyettesítsék. A sikeres kábítószerpolitika kulcsa a bajok gyökerét is orvosló stratégia, amely figyelembe veszi az egyéni különbségeket, és inkább a károsodáscsökkentéshez, mintsem a drogháborúhoz igazodik.

A normalizálás politikája nem a kábítószerfogyasztást, hanem a belőle adódó problémák megoldását kívánja normalizálni. Nagyon gyakorlatias, hiszen a mindenkit fenyegető HIV/AIDS terjedését csak úgy lehet lassítani, ha ismerik a rizikócsoportokat és azok szokásait, veszélyes technikáit. (Közös túhasználat, promiszkuitás, homo- és biszexualitás, prostitúció.)

Ilyen kezdeményezések világszerte feltérképezhetők: tű- és fecskendőcsere és fertőtlenítés, óvszerek terjesztése, korrekt információk és felvilágosítás.

A szakirodalomban sok szempontból összegezték a holland politika eredményeit.

Tény, hogy Hollandiában nem emelkedett jelentősen a kábítószerfogyasz-

tás, ellentétben a többi ország tapasztalataival. (Lásd Van de Wijngaart, 1991)

Gondot fordítanak a kábítószerfüggők testi-lelki állapotának védelmére. Nem emelkedett a kábítószeres bűnözés.

A gyógyításközpontú szemlélet megkíméli a bíróságok és a rendőrség idejének és forrásainak nagy részét (ellentétben a büntetésorientált, drogháborús országok helyzetével).

A HIV/AIDS fertőzés terjedésének mértékét, más országoktól eltérően, kézben tudják tartani.

Határozottan lecsökkent a közös tűt és fecskendő használó kábítószerfüggők száma, bár a biztonságos nemi életet élők száma nem olyan biztató. Ez kritikus területe a felvilágosító munkának. (Mostanában zajlik egy, a biztonságos szexet és a kondomhasználatot célzó médiakampány, „IK VRIJ VEILIG OF IK VRIJ NIET”, azaz „VAGY BIZTONSÁGOSAN CSINÁLOM, VAGY SEHOGY” címmel.)

Ha a holland kábítószerfüggők, kábítószerhalálozások és a HIV/AIDS fertőzöttek számát összehasonlítjuk más országokkal, nagyon alacsony értékeket kapunk. (Lásd a 3. sz. táblázatot.)

Svájcban és Luxemburgban nagyon magas mind a függők, mind a halálesetek száma; Írországból, Hollandiából és Szlovéniából viszonylag alacsony mindkét érték. Franciaországban és Angliában magas a függők és alacsony a halálesetek száma, ellentétben Németországgal. (UDP, 1993)

Más országok büntető szemlélete katasztrofális eredményekhez vezetett mind a társadalom, mind a kábítószerfüggők számára. A toleráns holland gyakorlatnak is vannak akadályai, főleg a szexuális felvilágosító munka területén, hiszen ez még mindig egyike a többé-kevésbé tabu témáknak Hollandiában.

Vannak gondjai a holland egészségügyi szolgálatnak a nemzetiségi kisebbségi csoportok körében jelentkező drogproblémák esetében is, az eltérő hagyományok, szokások miatt. Ezekkel az újkeletű nehézségekkel még nem sikerült megbirkózniuk. Mint ahogy a Közép- és Kelet-Európából érkező növekvő drogturizmussal és prostitúcióval sem.

A fontos utcai szolgáltatások egyre hivatalosabbá és bürokratikusabbá válnak, csökken a rugalmasság, és nő a segítők és rászorulóik közötti távolság.

A segítőrendszer fő árama az opiátokat régóta használókra koncentrál, holott ezek nagyrésze – a nagyvárosokban élők – polidrogfüggő. A városokon kívül az alkoholistákat és a drogosokat segítő szolgáltatások jobban összefonódnak, de a hangsúly továbbra is a kábítószerfogyasztókon van.

Az oktatási rendszernek nagyobb figyelmet kellene fordítania a megelőzés célzó tantervekre, ötletekre – főleg a középiskolákban –, és a nevelés iskolán kívüli formáira, például a kortárs nevelésre.

A hollandok nemcsak veszélyes vizeiket, hanem fenyegető társadalmi problémáikat is képesek kanalizálni.

Irodalom

- Alexander, B. K.: *Peaceful Measures Canada's Way Out of The 'War on Drugs'* University of Toronto Press Toronto, etc. (1990)
- Buning, E. C.: AIDS related intervention among drug users in the Netherlands. *The International Journal on Drug Policy*, Vol 2, No 5 (1990)
- Fact Sheet on the Netherlands Policy on drug users, Ministry of Welfare, *Health and Cultural Affairs* (1985)
- MacDonald, S.B., Zagaris, B.: *International Handbook on Drug Control*. Greenwood Press, Westport (1992)
- Mol, R., Trautmann, F.: The liberal image of the Dutch drug policy. *The International Journal on Drug Policy*, Vol 2, No 5 (1990)
- Urban Drug Policies in Europe 1993. Bless, R., Korf D., Freeman, M. O+S, *The Amsterdam Bureau of Social Research and Statistics*
- Van de Wijngaart, G.F.: *Competing Perspectives on Drug Use (The Dutch Experience)*. Swets & Zeitlinger Amsterdam) Lisse Publishers (1991)

Táblázatok

2. táblázat

1993. január 1. és július 1. között metadonprogramra jelentkezett, majd kimaradt kliensek száma (CAD Utrecht) (Fő)

Kábítószer	Induló	Jelentkező	Kimaradtak	Záró
Alkohol	5	3	2	6
Opiátok	301	78	42	337
Gyógyszer	0	1	0	1
Amfetamin	7	2	2	7
Cannabis	34	21	16	39
Kokain	24	7	10	21
Egyéb	0	0	0	0
Szerencsejáték	0	0	0	0
Be nem sorolhatók	5	5	0	10
Összesen	376	117	72	421

3. táblázat

Ország	Népesség	Függők	K.szerez	HIV/AIDS
Belgium	10,0	15–20	91 (1990)	–
Dánia	5,1	10	188 (1991)	5
Franciaország	56,5	150	411	39–40
Németország	7,8	80–100	2099 (1992)	20
Írország	3,6	2	15 (1990)	50
Luxemburg	37,0	1–1,5	22 (1992)	16
Hollandia	15,0	22	52 (1992)	5
Szlovénia	2,0	1–1,5	10 (1992)	–
Spanyolország	39,8	120	813 (1991)	60
Svájc	6,7	25	405 (1991)	40
Anglia	57,3	150–200	331 (1990)	–