

سیاست جنایی هلند در قبال سوء مصرف مواد مخدر

طهمورث حسن پور، کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی

درآمد

هلند کشوری است در اروپا با جمعیت حدود ۱۶ میلیون نفر که در گستره‌ای به وسعت ۴۱۲۰۰ کیلومتر مربع زندگی می‌کنند و از این لحاظ یکی از متراکم‌ترین کشورهای دنیاست. تجارت و حمل و نقل، صنایع کلیدی هلند هستند به طوری که این کشور لقب «دروازه ی اروپا» را به خود گرفته است.^(۱) در این کشور فحشا تجارت قانونی و سودآوری است. ازدواج دو هم‌جنس قانونی است و «قتل از روی ترحم» یا اتونازی پذیرفته شده است.^(۲) اما سیاست این کشور در قبال مواد مخدر امروزه به صورت الگویی برای بسیاری از کشورها درآمده است. قصد ما تحلیل خلاصه‌ای از سیاست‌های اتخاذی این کشور در این خصوص می‌باشد: مشکل مواد مخدر در هلند سابقه‌ای طولانی به مانند کشور ما و دیگر کشورهای شرقی ندارد. قبل از سال ۱۹۷۰ اصولاً مشکلی به این نام در هلند وجود نداشت. تعداد معتادین بسیار محدود بود و فقط برخی هنرمندان از هروئین، کوکائین یا آمفتامین استفاده می‌کردند.

در شهرهای بزرگ نظیر آمستردام استفاده از مواد افیونی به جامعه‌ی کوچک تری از چینی‌ها محدود می‌شد که در مکانی به نام «den» یا غار برای مصرف مواد افیونی گرد هم می‌آمدند (Hoekstra & Derks ۱۹۹۹). از این رو کشیدن مواد افیونی به عنوان یک معضل تلقی نمی‌شد و توجه‌چندانی را به خود جلب نمی‌کرد (Berridge & Edward ۱۹۸۱). در حدود ۱۹۷۰ با ظهور «هیپی‌ها» و خرید مواد مخدر توسط این گروه‌ها از چینی‌ها استفاده از آمفتامین و متعاقب آن در ۱۹۷۲ هروئین شیوع پیدا کرد.

تخمین‌های زیر توسط «لیو» در ۱۹۸۴ پیرامون رشد مصرف مواد مخدر در آمستردام ارائه شده است: در ۱۹۷۳ فقط ۱۵۰۰ مصرف‌کننده وجود داشت در ۱۹۷۴ این تعداد به یک باره به ۵۰۰۰ نفر بالغ شد؛ یعنی بیش از ۳ برابر ولی این رشد؛ به سرعت توسط سیاست‌های دولت مهار شد به طوری که در ۱۹۸۴ تعداد مصرف‌کنندگان بین ۸۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شد.

بر اساس تخمین‌های Reijneveld و plomp در سال ۱۹۹۱ بین ۱۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر مصرف‌کننده در آمستردام وجود داشت و حداکثر ۲۴۰۰۰ نفر مصرف‌کننده در همین سال در کل هلند وجود داشته است^(۳) (Diessen, ۱۹۹۱).

اصول سیاست هلند در قبال مصرف مواد مخدر

سنگ بنای سیاست مواد مخدر در هلند قانون مواد مخدر این کشور است. این قانون مبتنی بر دو اصل کلیدی است: الف) میان انواع مختلف مواد مخدر بر اساس صدمات آن‌ها تفاوت قائل می‌شود (گروهی که مصارف دارویی دارند و گروهی که خطرات غیر قابل‌پذیرش دارند).

ب) میان ماهیت جرایم تفاوت قائل می‌شود.

اکنون به بررسی این دو اصل کلیدی می‌پردازیم:

الف) تفاوت قائل شدن میان انواع مواد مخدر

مطابق این اصل مواد مخدری که استفاده ی دارویی آن به ثبت رسیده و خطرات چندانی در بر ندارد (به دلیل دفع بسیار آهسته از بدن اعتیادآور نیست) در محل های مخصوصی که کافی شاپ ها می باشند، آزادانه فروخته می شود و مصرف آن آزاد است. در این طبقه کلیه ی فرآورده های گیاه شاهدانه (فرآورده های شاهدانه) فعلاً گنجانده شده است و به عنوان مواد مخدر سبک از آن یاد می شود.

استفاده ی دارویی از فرآورده های شاهدانه شامل توانایی های این دارو در کاهش دردها خصوصاً دردهای مزمن، ناراحتی های مفاصل و استخوانی است که به عنوان مسکن قابل استفاده است.

بخش دیگر مربوط به اثرات اشتها افزای این داروست که در بیماران مبتلا به سرطان و ایدز و اختلالات تغذیه ای بسیار مؤثر است؛ زیرا این دسته از بیماران اغلب با مشکلات ناشی از کاهش وزن بدن رو به رو هستند. از اثرات دیگر فرآورده های شاهدانه، کنترل حالت تهوع ناشی از داروهای ضد سرطان است که مورد قبول FDA (اداره ی نظارت بر خوراک و داروی آمریکا) نیز واقع شده است.

مورد دیگر مصرف طبی فرآورده های شاهدانه در کاهش فشار داخل کره ی چشم در بیماران مبتلا به آب سیاه یا گلوکوم است. به تازگی نیز شواهدی از تأثیر فرآورده های شاهدانه بر درمان گرفتگی عروق (آترواسکلروز) یافت شده است.^(۴)

از طرف دیگر مقامات هلندی معتقدند که مصرف فرآورده های شاهدانه جلوی اعتیاد به مواد مخدر سنگین را می گیرد. Art Iecesse روان شناسی آمریکایی در این خصوص می گوید: «هدف، دور کردن جوانان از محیط جرم زایی است که ممکن است آن ها را درگیر مصرف مواد مخدر سنگین تری نظیر هروئین نماید.»

دکتر برست (Borst) وزیر بهداشت هلند معتقد است: «۷۵٪ افرادی که فرآورده های شاهدانه مصرف می کنند از مصرف مواد مخدر دیگر خودداری می کنند و این گفته ی مک کافری رییس اداره ی مبارزه با مواد مخدر آمریکا که فرآورده های شاهدانه خشت اول اعتیاد به مواد مخدر سنگین تر است، قطعاً غلط است.»

اولین بار در سال ۱۹۷۶ دولت هلند تصمیم گرفت به «تحمل» فروش و استفاده از فرآورده های شاهدانه در ۱۲۰۰ کافی شاپ مجاز.

تحمل اصطلاحی است که هلندی ها در این خصوص به کار می برند و این عبارت را به معنای «دادن مجوز بدون این که آن را کاملاً قانونی نمایند» به کار می برند. البته برای هلندی ها تصور این که در کشورهایی مثل ایران، چین، مالزی و فیلیپین مجازات اعدام برای مواد مخدر وجود دارد، عجیب است. طبق این قانون «مالکیت» فرآورده های شاهدانه تا میزان ۳۰ گرم قانونی شد. امروزه این میزان به ۵ گرم کاهش یافته است و مالکیت ۳۰-۵ گرم فرآورده های شاهدانه جرمی کم اهمیت و بیش از ۳۰ گرم جرمی از درجه ی جنایی محسوب می شود.

اکنون در آمستردام حدود ۳۵۰ کافی شاپ مخصوص نظیر Greyarea Rastafarian وجود دارد. بزرگترین این کافی شاپ ها «گرس شاپر»^(۵) است شامل چند طبقه رستوران و محل مخصوصی برای نوشیدن و کشیدن، با چشم اندازی وسیع و عالی.

در کل هلند بیش از ۱۰۰۰ نوع از این کافی شاپ ها وجود دارد. در برخی کافه ها حتی کاغذهای رول شده ی آماده هم وجود دارد. فیلتر سبک برای استفاده ی بیشتر و انواع حشیش و pot (سیگاری) با درجات مختلف.

«در این کافی شاپ ها دو نوع حشیش عرضه می شود: «بلوند»^(۵) که سنگین تر است و «بلک»^(۶) که سبک تر و ملایم تر است^(۷) البته در کافه ای مثل «گرس شاپر» تا ۱۴ نوع حشیش عرضه می شود؛ این حشیش ها شامل کشمیر، لبنان، shunk zero- zero zero thaib, puple sensi و پاکت هایی با مدارک مخصوص «گرس شاپر» و ... «یک نوع Joint به نام stiekie عرضه می شود که تنباکو نیز دارد ولی باز هم از Indiana ditch که در منزل مصرف می شود، قوی تر است.

در کلیه ی کافی شاپ ها سه نوع خدمت عرضه می شود:

۱- حشیش و پات

۲- نرخ نامه

۳- ایوانی بیرون که حتی در مقابل پلیس هم می توان مصرف نمود.^(۸)

در مجموع مهم نیست که در جای دیگری غیر از کافه ها هم از فرآورده های شاهدانه استفاده کنند چون خطر بازداشت در هر حال وجود ندارد ولی این کار باعث مسخره شدن مصرف کننده توسط مردم می شود.^(۹) در جایی که سیگار کشیدن ممنوع باشد، مصرف فرآورده های شاهدانه نیز ممنوع است فروش فرآورده های شاهدانه در کافی شاپ ها تحت مقررات زیر که به AHOJ-G معروف است صورت می گیرد.^(۱۰)

۱- ممنوعیت تبلیغات (A- Affichering)

۲- ممنوعیت فروش مواد مخدر سنگین (H)

۳- ممنوعیت ایجاد مزاحمت و سر و صدا (o- onerlast)

۴- ممنوعیت ورود افراد زیر ۱۸ سال (J- Joneren)

۵- ممنوعیت فروش بیش از ۵ گرم (G- Gote hoeveelheden)

هر کافی شاپی که این مقررات را رعایت نکند، فوراً تعطیل خواهد شد.^(۱۲)

از سال ۱۹۹۵ تعداد کافی شاپ ها به طور محسوسی کاهش یافته است. دلیل این امر هیچ ارتباطی به سیاست دولت در پایان دادن به این نظام ندارد؛ بلکه سه دلیل عمده ی ذیل را بایستی در این کاهش جستجو نمود:

۱- ایجاد تعادل میان عرضه و تقاضا با توجه به کاهش مصرف فرآورده های شاهدانه.

۲- ایجاد قوانین ساده تر AHOG-G برای اجرا

۳- دادن امتیاز به همسایگان ممنوعیت گرای هلند نظیر فرانسه، سوئد و حتی آلمان با تعطیلی کافی شاپ های مرزی که به منظور دادن خدمات به توریست ها ساخته شده بودند. فرانسه و سوئد فشار زیادی را از ۱۹۷۶ به این منظور به هلند وارد می آورند.

ب) تفاوت قابل شدن میان ماهیت جرایم

به این معنا که مالکیت تا ۳۰ گرم فرآورده های شاهدانه به منظور مصرف تلقی شده و به همین دلیل نیز یک جرم کم اهمیت تلقی می شود و این سؤال آن چیزی است که در نظام کافی شاپ ها عرضه می شود. بیش از این مقدار به منظور عرضه تلقی شده و بنابراین جرمی از درجه ی جنائی محسوب می شود. در سال ۲۰۰۰، ۴۰ تن فرآورده های شاهدانه، ۶۶۰۰۰۰ گیاه ماری جوانا ضبط و ۱۳۷۲ گلخانه مخصوص از میان برداشته شد، علاوه بر این خرید و ورود و عرضه ی کلیدی مواد مخدر سنگین نیز در این طبقه بندی قرار می گیرد و با هر نوع مصرف مواد مخدر خارج از نظام

مراقبتی برخوردار می شود. طبق برآوردها ۱۷٪ ظرفیت سلول ها را مجرمین مواد مخدر تشکیل می دهند که ۴۴٪ تا ۲۵٪ آن ها مصرف کننده اند. به این ترتیب برای جلوگیری از مصرف معتادین به مواد مخدر سنگین هلند چندین برنامه ای مراقبتی به شرح ذیل ارائه می نماید:

مبحث سوم: برنامه های مراقبتی برای معتادین

شبکه گسترده ای برای معتادین به مواد مخدر، الکل و قمار^(۱۲) به منظور درمان در هلند وجود دارد. علاوه بر این، خانه های مواد مخدر و تزریق سالم^(۱۳) ساماندهی شده و از یک دیگر جدا شده اند. کلیه ی هزینه های درمانی و سم زدایی از طریق بیمه های درمانی و سرمایه گذاری دولتی است و وجهی بابت آن پرداخت نمی شود. برای کسانی که تحت درمان متادین هستند، خدمات فوری وجود دارد و انتظار تنها برای کسانی است که به خدمات تخصصی ویژه نیاز دارند.

افراد از طریق اینترنت تحت پوشش مشاوره و رفع نیاز قرار می گیرند. برای افراد شاغل و کسانی که در نواحی ای قرار دارند که دسترسی به «مصرف تحت مراقبت» برای شان دشوار است، محل های سیاری نظیر «توبوس های متادون»^(۱۴) دارد.

در جهت رفع نیازهای روز همکاری های متقابل میان این مراکز و مراکز دانشگاهی قابل توجه است. در آمستردام هر سال دو بار تحقیق علمی برای بررسی مخدرهای جدید و میزان تمایل مردم به آن ها از طریق کارمندان بارها، کلوپ ها و «محل های صرف مشروبات الکلی»^(۱۵) و حتی از طریق مراقبین توالت ها و افرادی که در پارتی های خانگی شرکت می کنند، صورت می گیرد.

در طی چند سال گذشته هلند در تدارک خدمات مراقبتی مواد مخدر رویکردی «مبتنی بر شواهد»^(۱۶) را بر مبنای الگوی «امتیازدهی»^(۱۷) پیش گرفته و اهداف ذیل را دنبال می کند:

- ۱- طراحی مجدد انواع مختلف درمان و پیش گیری موجود بر پایه ی شواهد علمی مؤثر.
 - ۲- طراحی اشکال جدید درمان و پیش گیری.
 - ۳- بهبود روش های درمانی بر پایه ی ارزیابی و «بازخورد»^(۱۸) نتایج درمانگاهی و جامعه شناسانه.
- دلیل اخذ چنین رویکردی را می توان در بحران ایجاد شده در سیستم خدمات رسانی به معتادین در دهه ۹۰ جستجو کرد.

بحران مذکور شامل موارد ذیل می شد:

- ۱- خدمات درمانی در پیش گیری از سوء مصرف مواد مؤثر نبود.
- ۲- هیچ سیستمی برای بهبود کیفیت درمانی وجود نداشت و مراکز درمانی هیچ ارزیابی ای نسبت به نتایج درمان ها و هزینه های شده نداشتند.
- ۳- مراحل درمان بر پایه ی شواهد تجربی متغیر بود و شفافیت کافی نداشت و سیستمی برای تجمیع یافته های علمی به منظور درمان های جدید و مؤثر وجود نداشت.
- ۴- طیف مختلفی از خدمات برای مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد از حداقل مراقبت اجتماعی تا برنامه های درمانی بلند مدت وجود داشت که در عمل با هم هماهنگ نبودند؛ به عبارتی اجزای خدمات مجزا از هم بودند.
- ۵- دانش اپیدمیولوژیک در مورد سوء مصرف مواد و تمایلات مربوطه در مناطق مختلف ناکافی بود.^(۱۹) در نتیجه ی اتحاد سیاست های مؤثری که قبلاً ذکر کردیم، تغییرات ذیل حاصل شد:

مبحث چهارم) ویژگی های سیاست های درمانی در هلند

گفتار اول) هماهنگی در خدمات

خدمات در سطح هر منطقه، توسط مؤسسات غیر دولتی ارائه می شود که مستقیماً توسط شهرداری ها^(۲۰)، هیأت تعلیق مراقبتی^(۲۱) و نظام های بیمه ی سلامت عمومی^(۲۲) که به صورت یک شرکت غیر دولتی اداره می شود و تمام ابعاد خدمات را از حداقل درمان شامل اتاق های مصرف و تزریق سالم، برنامه های سم زدایی، تا حداکثر آن را که ایجاد شغل می باشد در بر می گیرد.

در هلند ۳۲ مرکز معتادین، ۱۴۴ کلینیک درمان سرپایی^(۲۳) ۲۲ مرکز مراقبت و ۶۵ درمانگاه مخصوص وجود دارد. ۲۵ متخصص روان پزشکی و ۱۵۰ پزشک متخصص در این مراکز مشغول به کارند.

نمونه ای از چنین مرکزی به نام «دوگرفت»^(۲۴) در ناحیه ی «آرنهام»^(۲۵) با ۴۰۰ کارمند و ۱۸ میلیون یورو بودجه ی سالانه در حال فعالیت است. ۲۰ نوع خدمت شامل درمان سرپایی، بستری^(۲۶)، خدمات مراقبتی معتادین^(۲۷) خدمات بهبود روانی در این مرکز عرضه می شود و به مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر، الکل و قمار رسیدگی می کند.

سازمان این مرکز به چهار بخش تقسیم می شود:

۱- بخش درمان درمانگاهی^(۲۸)

۲- بخش بازپروری^(۲۹)

۳- بخش تعلیقی مراقبتی^(۳۰)

۴- بخش پیش گیری و مانیتورینگ^(۳۱)

مشابه چنین مرکزی به نام «بومن»^(۳۲) در «روتتردام»^(۳۳) نیز وجود دارد که خدمات خود را به سه بخش تقسیمی نموده و هر بخش نیز شامل زیر بخش هایی به شرح ذیل است:

الف) بخش ورودی^(۳۴) که شامل زیر بخش های ذیل است:

۱- پذیرش

۲- بخش آزمایشات

۳- اورژانس

ب) بخش «درمان اولیه»^(۳۵) شامل زیر بخش ذیل:

۱- درمان سرپایی در «درمانگاه الکساندر»^(۳۶)

ج) بخش «بازپروری» و «تماس با بیمار پس از درمان» شامل زیر بخش های ذیل:

۱- مراقبت های پزشکی اجتماعی^(۳۷)

۲- مراقبت اجتماعی معتادین^(۳۸)

در مرکز بومن ۷ روان پزشک و ۱۳ پزشک وجود دارد. ۱۹۷ تختخواب که ۱۰۳ تخت آن در درمانگاه الکساندر وجود دارد و در طی سال ۲۰۰۲، ۱۲۰۰ نفر بیمار در این مرکز پذیرش شده اند.

درمانگاه الکساندر به تنهایی سالانه ۴/۴ میلیون یورو بودجه در اختیار دارد.

گفتار دوم) «توزیع متادون»^(۳۹)، «اطاق های استفاده ی سالم تر از مواد مخدر»^(۴۰) و «تجویز مواد جانشین»^(۴۱)

در روتردام ۲۰۰۰ نفر تحت پوشش برنامه ی توزیع متادون قرار دارند. علاوه بر صبح ها، بین ساعات ۷ تا ۵ بعدازظهر برای شاغلین، متادون توزیع می کند. یک اتوبوس توزیع متادون نیز برای مناطق خاص در برخی روزهای هفته وجود دارد.

در آمستردام اتوبوس توزیع متادون جهت استفاده ی افراد شاغل به کار می رود. از جمله تغییراتی که در برنامه ی توزیع متادون رخ داده، استفاده از قرص متادون به جای مایع آن و اجازه ی تجویز دوز اولیه بیش از ۱۴۰ میلی گرم است. علاوه بر این به تازگی در داخل روتردام توزیع بسیار محدود متادون از طریق داروخانه ها آغاز شده است.

در آمستردام دو محل جداگانه یکی برای تزریق و دیگری برای کشیدن (اغلب کوکائین) وجود دارد. در آرنهام ۶ سال قبل به پیشنهاد پلیس یک محل مصرف سالم تر مواد مخدر تأسیس شد. این مکان به مانند روتردام و آمستردام دارای دو اتاق یکی برای تزریق و دیگری برای کشیدن است و غیر از این دو اتاق یک «اتاق استراحت»^(۴۲) نیز وجود دارد. زمان اقامت در اتاق مصرف محدود است. یک ساعت برای تزریق و ۳۰ دقیقه برای کشیدن و پس از اتمام این مهلت فرد بایستی اتاق را ترک کند تا از مصرف مستمر و ازدحام جلوگیری شود. کارمندان این اتاق ها در شیفت های دو ساعته ی چرخشی به مراقبت و نظارت بر این امر اشتغال دارند. در آرنهام اطلاعات مربوط به این محل و استفاده از آن در قراردادی به امضای مصرف کننده می رسد.

علاوه بر متادون که به عنوان داروی جانشین تجویز می شود، داروهای دیگری نیز به صورت محدود مورد استفاده قرار می گیرد ولی تنها دارویی که در یک فرآیند ۶ تا ۱۲ ماهه ی سم زدایی مورد تجویز واقع می شود، نالتر اکسون^(۴۳) است.

گفتار سوم) ایجاد «مرکز انگیزشی در بیماران بستری»^(۴۴) IMC

برنامه IMC در مرکز «نیجمگان»^(۴۵) وجود دارد. در این مرکز ۱۰ محل برای زندگی بیماران تحت نظارت و با تمرکز بر فعالیت اجتماعی بیماران ایجاد شده است.

گفتار چهارم) ایجاد فعالیت های پیش گیرانه ی جدید

برنامه ای با عنوان «شبکه ی جوان»^(۴۶) در مدارس همراه با برنامه ی تحصیلی اجرا می شود که شامل «مشاوره»^(۴۷) «آموزش»^(۴۸) و در صورت نیاز «مراقبت مستقیم»^(۴۹) می باشد.

مراقبت مستقیم زمانی مورد نیاز است که مسئولین مدرسه به شواهدی از مصرف مواد مخدر در این محیط دست یابند. برنامه ی دیگر «آموزش دقیق برای گروه های پرخطر»^(۵۰) است. این پروژه برای گروه های جوانان ترک و مراکشی طراحی شده است.

برنامه ای نیز برای «جشن های خانگی»^(۵۱) تدارک دیده شده تا اطلاعات بیشتری به گروه ها و والدین جهت ساماندهی جشن های خانگی در رابطه با مواد مخدر بدهند.

پروژه دیگر «آزمایش اکستاسی»^(۵۲) است که در روزهای خاص و مکان های خاص قرص های مصرفی، مورد آزمایش قرار می گیرند و در یک فهرست جهت مشخص شدن منابع تهیه ی آن ها طبقه بندی می شوند. این امر باعث بهبود کیفیت قرص های عرضه شده در بازار شده است (هلند بزرگ ترین تولید کننده این نوع قرص ها در اروپاست).

گفتار پنجم) خدمات مخصوص اتباع کشورهای دیگر

در آمستردام مرکزی به نام MOHG وجود دارد که اطلاعات کاملی در خصوص مراکز خدمات مواد مخدر محلی هلند به متقاضیان ارائه می کند؛ علاوه بر این که مواد مخدر سبک با کیفیت مناسب در کافی شاپ ها عرضه می شود. مصرف کنندگان مواد مخدر سنگین قبل از مسافرت به هلند کافی است با یکی از مراکز جهت اطلاع از شرایط دریافت جانشین مناسب تماس برقرار کنند تا به این ترتیب مقدمات این امر در آن مرکز فراهم شود. پس از ورود به این کشور و پذیرش توسط یک مرکز محلی گواهی توسط یک پزشک شامل جزئیات درمان و مدت اقامت در هلند چیزی به عنوان گذرنامه ی پزشکی یا فرم E ۱۱۱ تهیه می شود که بایستی در مدت اقامت و مسافرت در هلند همراه وی باشد؛ زیرا وارد کردن متادون در هلند ممنوع است و تنها اتباع کشورهای محلق شده به کنوانسیون «شینگن»^(۵۳) شامل کشورهای بلژیک، فرانسه، آلمان، اسپانیا، هلند مطابق ماده (۷۵) این کنوانسیون می توانند با داشتن گواهینامه ی حمل، مواد مخدر و یا مواد روان گردان را به منظور درمان در مدت سفر به هلند همراه داشته باشند. این گواهی نامه اجازه می دهد تا فرد مصرف ۳۰ روزه خود را همراه داشته باشد از طرفی هر فرد می تواند از خدمات مجانی معتادین تریقی در هلند برخوردار شود؛ این خدمات شامل دریافت اسید اسکوربیک، الکل (برای ضد عفونی)، آب مقطر و کاندوم است. در برخی مراکز سرنگ، قاشق و جعبه ای برای سرنگ های استفاده شده در اختیار افراد قرار می گیرد.

در فرم E ۱۱۱ در صورت ابتلا به ایدز علاوه بر دریافت کاندوم مجانی، خدمات درمانی مجانی یا کم هزینه به خارجیان ارائه می شود. یک خط تلفن رایگان مخصوص دریافت اطلاعات و مشاوره برای بیماران مبتلا به ایدز در هلند وجود دارد. نهایتاً در صورت بروز هر نوع مشکلی در سلامتی مصرف کنندگان مواد مخدر نظیر «مصرف بیش از حد»^(۵۴) یک تلفن اضطراری با شماره ۱۱۲ وجود دارد و تماس گیرندگان با این شماره بدون ترس از تعقیب پلیس هر مشکلی را برای پیگیری مطرح می نمایند، حتی اگر این مشکل قابل تعقیب باشد.

خدمات مخصوص درمان برای معتادینی که با روش های معمول موفق به ترک نشده اند:

در این روش طی ۴ تا ۱۰ مرحله از طریق اینترنت و با ابزار «خودیاری»^(۵۵) و به صورت «چهره به چهره»^(۵۶) و تا ۱۵ جلسه به معتاد کمک می شود تا خود را از دام اعتیاد رها کند. حدود ۲۵۰ نفر از این روش در تمام کشور استفاده می کنند.

مبحث پنجم) نتایج سیاست های هلند در آمارها

با اتخاذ سیاست های مذکور در هلند ابتدا استفاده کنندگان از فرآورده های شاهدانه در هلند افزایش یافته و سن شروع کنندگان به تدریج پایین آمد. کسانی که مشکلاتی در رابطه با استفاده از فرآورده های شاهدانه پیدا کرده بودند، شروع به افزایش تقاضا برای نظام مراقبتی نمودند؛ البته این میزان حداکثر از یک در صد مصرف کنندگان مرتب کانابین تجاوز نمود هم اکنون استفاده از فرآورده های شاهدانه ثابت مانده و حتی علایمی از کاهش استفاده از فرآورده های شاهدانه دیده شده است. شاید گفته شود دلایل این کاهش آن قدر پیچیده اند که نمی توان با قاطعیت جرم زدایی را عامل آن دانست ولی چیزی که کاملاً واضح است این است که اکثریت افرادی که می خواستند فرآورده های شاهدانه مصرف کنند قبلاً هم بدون توجه به ممنوعیت آن این کار را می کردند؛ بنابراین ممانعت و تحریم، عامل مؤثری برای کاهش مصرف نیست. از طرف دیگر مقایسه ی آمار مصرف فرآورده های شاهدانه در هلند و سایر کشورهایی که سیاست ممانعت را در پیش گرفته اند، تأثیر جرم زدایی را بیش از پیش روشن می سازد؛ مصرف فرآورده های شاهدانه در سال ۱۹۹۶ میان دانش آموزان آمریکایی ۲۳/۷ در صد و در میان دانش آموزان هلندی ۱۸/۱ در صد بوده است. در حالی که

۳۸ درصد جوانان آمریکایی حداقل یک بار در طول عمرشان به مصرف فرآورده های شاهدانه دست زده اند این نرخ در هلند ۳۰ درصد بوده است. در سال ۱۹۹۵ نرخ افرادی که تا ۱۵ سالگی حداقل یک بار به مصرف فرآورده های شاهدانه دست زده اند در انگلستان ۲۴ درصد، در ایالات متحده ۱۶ درصد و در هلند ۱۵ درصد بود.

هدف بزرگ سیاست جرم زدایی از مواد مخدر سبک در هلند، جلوگیری از گرایش افراد به استفاده از مواد مخدر سنگین بوده است. کارآیی آن را نیز باید در کاهش نرخ معتادین به مواد مخدر سنگین محک زد. حال به بررسی وضعیت مصرف این دسته از مواد مخدر و مقایسه ی آن با کشورهای دیگر می پردازیم.

مطابق آمارهای موجود تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر سنگین در هلند در ۱۰ سال گذشته تقریباً ثابت مانده و نرخ آن در سطح ۲/۶ نفر در ۱۰۰۰ معتاد باقی مانده است و متوسط سن آن ها هر سال بالا می رود به طوری که این متوسط از ۳۰ سال در ۱۰ سال قبل به ۴۰ سال فعلی رسیده و در صد نسبتاً بالایی از مصرف کنندگان مواد مخدر سنگین تحت خدمات مراقبتی به جامعه بازگردانده شده اند. جوانان اغلب دیگر هروئین یا کراک مصرف نمی کنند و مصرف این مواد تنفر انگیز شده است.

مقایسه ی این نرخ با کشورهای آلمان با نرخ ۳/۲، فرانسه با ۴/۳، سوئد با ۴/۷، انگلیس با ۶/۷، ایتالیا با ۷/۸ نفر در ۱۰۰۰ معتاد به خوبی نشانگر تفاوت قابل ملاحظه با دیگر کشورهای اروپایی است. آمار معتادین هروئین بیانگر این است که نرخ معتادین، به هروئین در هلند ۱۶۰ نفر در صد هزار نفر و در ایالات متحده ۴۳۰ نفر در صد هزار نفر است. با توجه به مشابهت ساختاری کشورهای اروپایی به قابلیت کاهش نرخ معتادین مواد مخدر سنگین در اثر سیاست های هلندی می توان امیدوار بود.

معتادین مواد مخدر سنگین مشکلات فراوان اجتماعی ایجاد می کنند. همان طور که در مباحث قبلی توضیح داده ایم دولت هلند برای مقابله با این مشکلات برنامه های وسیع مراقبتی، برنامه های درمانی، تزریق و مصرف سالم، ایجاد سر پناه، شغل و بازگرداندن معتادین به جامعه را اجرا نموده است. از نوآوری های دیگر هلندی ها ایجاد ۳۵۰ مکان برای بازآموزی افرادی است که مکرراً مرتکب جرایم کم اهمیت می شدند. تحقیقات نشان می دهد که این گونه اختلالات نیز در حال کاهشند.

در سال ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ آمارها نشان از نسبت پایین مبتلایان به ایدز در میان معتادین تزریقی و مرگ و میر در میان معتادان که نتیجه ی مستقیم و بلافصل ایجاد محل های مصرف سالم تر مواد مخدر است می دهد:

در سال ۱۹۹۸ در صد معتادین تزریقی از کل مبتلایان به ایدز در هلند ۱۱، در آلمان ۱۲، در فرانسه ۱۸، در ایرلند ۲۶ و در پرتغال ۶۱ درصد بوده است.

در سال ۱۹۹۹ مرگ و میر مرتبط با مواد مخدر در میان ۱۰۰۰۰۰ معتاد در هلند ۰/۵، در آلمان ۱/۳، در سوئد ۱/۹ و در انگلیس ۲/۷ نفر بوده است.

مقایسه ی میزان جرایم در ایالات متحده با سیاست ممانعت و هلند در دو شاخص نرخ قتل عمد و نرخ زندانیان بسیار قابل توجه است:

در سال ۱۹۹۶ نرخ قتل عمد در هلند ۱/۸ در یکصد هزار نفر جمعیت و در آمریکا چیزی نزدیک به ۷ برابر یعنی ۸/۲۲ در یکصد هزار نفر بوده است.

در سال ۱۹۹۷ نرخ زندانیان در یکصد هزار نفر جمعیت در هلند ۷۳ نفر و در آمریکا نزدیک به ۹ برابر یعنی ۶۴۵ نفر بوده است و هزینه ی سرانه ی نیروی پلیس مبارزه با مواد مخدر در هلند ۲۷ دلار در آمریکا ۸۱ دلار بوده است. با توجه به این که عامل بسیاری از قتل ها، درگیری باندهای خیابانی و قاچاق و عرضه مواد مخدر است و با توجه به تأثیر مواد مخدر بر بروز جرایم مختلف - که در مباحث قبلی به آن پرداختیم- موفقیت سیاست هلند در مهار تأثیرات مصرف مواد مخدر سنگین غیر قابل انکار است.

در سال های اخیر با توجه به عرضه ی فراوان و عدم برنامه ریزی برای کنترل مصرف اکستاسی، هلند نیز به مانند سایر کشورهای اروپایی افزایشی در مصرف را تجربه کرده است. برآوردها نشان از مصرف اکستاسی توسط ۱/۴ در صد جوانان هلندی دارد.

در حال حاضر سیاست آزمایش قرص های اکستاسی هسته ی اصلی سیاست کاهش مصرف را تشکیل می دهد و شواهد نیز حاکی از ثابت ماندن نرخ استفاده از اکستاسی است.^(۵۶)

پی نوشت ها:

(۱) www.drugmisuse.isdotland.org/dat ۲۶feb۲۰۰۳

(۲) www.Abcnews.go.com ۲۹ aug ۲۰۰۳

(۳) www.drugtexte.org/library ۲۰۰۳/۰۳/۹

(۴) پزشکی امروز ۸۴/۵/۱۹ شماره ۵۷۹، سال پانزدهم.

(۵) Grass shopper

(۶) blond

(۷) black

(۸) www.buddy.com/Holland

(۹) www.boomchicago.nl ۲۰۰۴/۰۳/۰۱

(۱۰) همان مأخذ

(۱۱) مأخذ: سایت به نشانی www.canabisIreland.com/overview.htm

(۱۲) gambling

(۱۳) Safe Injection

(۱۴) Evridence- based

(۱۵) Scoring results

(۱۶) Methadone bus

(۱۷) Pups

(۱۸) Feed back

(۱۹) سایت مربوطه در این خصوص به کتاب ذیل ارجاع داده است. Schippers, Schramade & walburg

“reforming dutch substance abuse treatment services” ۲۰۰۲ pp.۹۹۵-۱۰۰۲

(۲۰) Municipalities

Probation board (21)
Public Health insurance system (22)
Out patient (23)
Degrift (24)
Arnhem (25)
Probation (26)
Addiction care services (27)
Clinical treatment (28)
Rehabilitation (29)
Probation (30)
Prevention & Monitoring (31)
Bouman (32)
Rotterdam (33)
Front door (34)
Initial treatment (35)
Alexander clinic (36)
Social medical care (37)
Social addiction care (38)
Methadone dispensing (39)
Safer drug use room (40)
Substitute prescribing (41)
Restroom (42)
Naltraxon (43)
Inpatient Motivation centre (44)
Nijmegen (45)
Youth Net (46)
Consultation (47)
Training (48)
Direct support (49)
Peer education for at risk group (50)
Home parties (51)
Ecstasy testing (52)

Schengen (۵۳)

Over does (۵۴)

Self- help (۵۵)

Face to face (۵۶)

(۵۷) مأخذ: برگرفته از گزارش تحقیقاتی هیأت اسکاتلندی اعزامی به هلند ۲۳ فوریه تا ۲۶ آوریل ۲۰۰۳ موجود در سایت اینترنتی به آدرس www.drugmisuse.iscotland.org/dat/data_assoc در موارد خارج از این گزارش منابع ذکر شده است.