



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

ISSN 1830-0790

SPRAWNOZDANIJE ROCZNE 2007

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWNOZDANIJE ROCZNE 2007

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

Nota prawna

Niniejsza publikacja Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) chroniona jest prawem autorskim. EMCDDA nie przyjmuje na siebie odpowiedzialności prawnej ani żadnej innej odpowiedzialności za jakiegokolwiek skutki wynikające z wykorzystania danych zawartych w niniejszym dokumencie. Treść niniejszej publikacji niekoniecznie odzwierciedla oficjalne opinie partnerów EMCDDA, państw członkowskich UE czy innych instytucji i organów Unii Europejskiej lub Wspólnot Europejskich.

Wiele informacji o Unii Europejskiej znajduje się w Internecie portalu Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct to serwis, który pomoże Państwu znaleźć odpowiedzi na pytania dotyczące Unii Europejskiej.

Numer bezpłatnej infolinii*:

00 800 6 7 8 9 10 11

* Niektórzy operatorzy telefonii komórkowej nie udostępniają połączeń z numerami 00 800 lub pobierają za nie opłaty.

Niniejsze sprawozdanie dostępne jest w następujących językach: bułgarskim, hiszpańskim, czeskim, duńskim, niemieckim, estońskim, greckim, angielskim, francuskim, włoskim, łotewskim, litewskim, węgierskim, niderlandzkim, polskim, portugalskim, rumuńskim, słowackim, słoweńskim, fińskim, szwedzkim, tureckim i norweskim. Wszystkie tłumaczenia wykonało Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej. Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2007

ISBN 978-92-9168-299-7

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2007

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Belgium

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIAŁYM BEZCHLOROWYM



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel.: (+351) 218 11 30 00 • Fax: (+351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Spis treści

Wstęp	5
Podziękowania	7
Wprowadzenie	9
Komentarz – sytuacja narkotykowa w Europie	11
Rozdział 1	
Polityka i prawo	18
Rozdział 2	
Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie	28
Rozdział 3	
Konopie indyjskie	37
Rozdział 4	
Amfetaminy, ecstazy i LSD	48
Rozdział 5	
Kokaina i crack	57
Rozdział 6	
Zażywanie opiatów i narkotyków dożylnych	63
Rozdział 7	
Nowe i pojawiające się tendencje oraz działania dotyczące nowych narkotyków	72
Rozdział 8	
Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami	77
Bibliografia	89



Wstęp

Mamy przyjemność przedstawić Państwu dwunaste roczne sprawozdanie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Tak jak poprzednie sprawozdania zapewnia ono wyczerpujące i aktualne informacje na temat obecnej sytuacji w zakresie zażywania narkotyków w Europie. Opisuje także rezultaty wdrażania w Europie spójnego metodologicznie, trwałego i wszechstronnego systemu informacyjnego służącego monitorowaniu stosowania narkotyków.

Sprawozdanie dotyczy dwóch podstawowych kwestii. Co wiemy o zażywaniu narkotyków w Europie i o powodowanych przez nie problemach? Czego dowiedzieliśmy się na temat skutecznego reagowania na problemy narkotykowe? Te pytania są ważne, ponieważ decydenci w Europie – bez względu na swoje przekonania polityczne czy ideologie – rozumieją, że problem narkotykowy to szereg złożonych zagadnień, dla których nie ma prostego rozwiązania. Przyznają, że przyszłe działania muszą obejmować analizę dostępnych danych dotyczących zarówno skali, jak i charakteru problemu oraz kosztów i korzyści wiążących się z różnymi metodami interwencji. Pod tym względem sprawozdanie dowodzi również zaangażowania Europy w zrównoważone i oparte na dowodach tworzenie polityki i stały wysiłek rozłożony w czasie, a nie uciekanie się do doraźnych rozwiązań. W efekcie Europa może poszczycić się zarówno racjonalnym, jak i ludzkim podejściem do tego trudnego i często budzącego emocje problemu.

W niniejszym sprawozdaniu rozważane są także postępy poczynione w Europie w dziedzinie reagowania na problem narkotykowy. To zagadnienie szczególnie ważne w tym roku, ponieważ niebawem będziemy dyskutować – zarówno w Europie, jak i na szczeblu międzynarodowym – nad osiągnięciami w tym obszarze. W 2008 r. Komisja Europejska rozpocznie realizację zadania związanego z oceną wpływu obecnego planu działania UE w zakresie narkotyków, natomiast Komisja ONZ ds. Środków Odurzających (CND - Commission on Narcotic Drugs) będzie dyskutować nad postępem w zakresie osiągnięcia celów ustalonych na posiedzeniu nadzwyczajnym Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1998 r.

Sytuacja narkotykowa w Europie nadal stanowi poważne wyzwanie dla ochrony zdrowia publicznego i polityki

społecznej oraz w zakresie egzekwowania prawa. Nie jest trudno znaleźć obszary, które wzbudzają szczególnie niepokój. Niemniej jesteśmy przekonani, że ważne jest również zdanie sprawy z postępów tam, gdzie zostały one poczynione. W Europie coraz więcej państw członkowskich przyjmuje strategiczne i planowane podejście do zwalczania problemu narkotykowego. Nastąpił także ogromny wzrost inwestycji w działania związane z zapobieganiem, leczeniem i ograniczaniem szkód oraz poprawa współpracy i zwiększenie nacisku na obniżenie podaży. Ogólnie zażywanie narkotyków utrzymuje się na historycznie wysokim poziomie, jednak na wielu obszarach stabilizuje się, a na niektórych odnotowano nawet sygnały pozwalające na ostrożny optymizm. Unia Europejska i jej państwa członkowskie znacznie wspierają programy międzynarodowe i można przyznać z satysfakcją, że w kontekście globalnym sytuacja Europy w wielu istotnych obszarach wydaje się względnie pozytywna.

Jako agencja monitorująca zajmujemy się faktami i liczbami; przywiązujemy ogromną wagę do ścisłości naukowej i bezstronności, interpretując dostępne informacje bez uprzedzeń i założeń. To jest naszą zasadą, a my, przewodniczący Zarządu i dyrektor, nie zgadzamy się na żaden kompromis pod tym względem i jesteśmy dumni z utrzymywania wysokich standardów. Chociaż ścisłość naukowa jest istotna w naszej pracy, nie możemy zapominać, że odnotowywane liczby dotyczą istot ludzkich, których życie zostało dotknięte, a czasem nawet zrujnowane przez problemy narkotykowe. Za suchymi statystykami na temat zapotrzebowania na leczenie, zgonami związanymi z narkotykami i zachowaniami przestępczymi kryją się zrozpaczone rodziny, zmarnowany potencjał i dzieci dorastające w niebezpiecznym środowisku. Opracowanie efektywnych sposobów reagowania na problem narkotykowy wymaga od nas bezstronnego traktowania danych, ale nie wolno nam stać się obojętnymi wobec tego zagadnienia.

Marcel Reimen
Przewodniczący, Zarząd EMCDDA

Wolfgang Götz
Dyrektor, EMCDDA



Podziękowania

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego sprawozdania:

- szefom krajowych punktów kontaktowych europejskiej sieci informacji o narkotykach i narkomanii Reitox oraz ich pracownikom;
- służbom, które zajmowały się gromadzeniem pierwotnych danych do niniejszego sprawozdania we wszystkich państwach członkowskich;
- członkom Zarządu i Komitetu Naukowego EMCDDA;
- Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej – w szczególności Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków – oraz Komisji Europejskiej;
- Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskiej Agencji Leków (EMA) i Europolowi;
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości, Europejskiemu Biuru Światowej Organizacji Zdrowia, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, projektowi ESPAD, Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i innych Używkach (CAN) oraz Europejskie Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS (EuroHIV);
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej i Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich;
- Prepress Projects Ltd.

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

Reitox jest europejską siecią informacji o narkotykach i uzależnieniu od narkotyków. W jej skład wchodzi krajowe punkty kontaktowe w państwach członkowskich UE, Norwegii, w państwach kandydujących oraz przy Komisji Europejskiej. Krajowe punkty kontaktowe, za których działalność odpowiadają rządy państw, są organami władz krajowych przekazującymi EMCDDA informacje o narkotykach.

Dane krajowych punktów kontaktowych zamieszczono na stronie:
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Wprowadzenie

Niniejsze sprawozdanie roczne sporządzono na podstawie sprawozdań krajowych udostępnionych Centrum EMCDDA przez państwa członkowskie UE, państwa kandydujące oraz Norwegię (biorącą udział w pracach EMCDDA od 2001 r.). Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2005 r. (lub ostatniego roku, dla którego są dostępne). Informacje graficzne i tabele zawarte w niniejszym sprawozdaniu mogą odnosić się do określonych grup państw UE. Wybór dokonywany jest spośród tych państw, które udostępniają informacje za dany okres.

Elektroniczna wersja sprawozdania rocznego jest dostępna w 23 językach i znajduje się pod adresem <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Biuletyn statystyczny za 2007 r. (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) zawiera pełny zestaw tabel źródłowych, na których opiera się analiza statystyczna. Ponadto w wersji elektronicznej zawarto dodatkowe informacje o zastosowanej metodologii oraz ponad 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

Charakterystyki danych krajowych (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) przedstawiają najwyższej jakości podsumowanie graficzne kluczowych aspektów sytuacji w zakresie narkotyków w poszczególnych krajach.

Do sprawozdania dołączono trzy dogłębne analizy następujących zagadnień:

- narkotyki a prowadzenie samochodu;
- zażywanie narkotyków wśród nieletnich;
- kokaina i crack: rosnący problem zdrowia publicznego.

Wybrane zagadnienia są dostępne w wersji drukowanej i w Internecie wyłącznie w języku angielskim (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

Sprawozdania krajowe opracowane przez krajowe punkty kontaktowe w sieci Reitox zawierają szczegółowy opis i analizę problemu narkotyków w poszczególnych krajach. Zamieszczono je na stronie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Komentarz – sytuacja narkotykowa w Europie

Europa odgrywa coraz ważniejszą rolę we wspieraniu globalnych działań na rzecz ograniczania problemów narkotykowych

Tendencji w zażywaniu narkotyków ani osób zaangażowanych w produkcję narkotyków i handel nimi nie powstrzymują granice państwowe czy geograficzne. Dlatego istotne jest, aby uznać europejski problem narkotykowy za część globalnego zjawiska, pamiętając, że schematy zażywania narkotyków w Europie i problemy występujące w innych częściach świata wzajemnie na siebie oddziałują. Takie ujęcie problemu odzwierciedla obecny antynarkotykowy plan działania UE, który dotyczy potrzeby szerszej koordynacji spraw międzynarodowych na szczeblu europejskim oraz wspierania programów w celu ograniczania popytu i podaży w krajach sąsiadujących i będących producentami. Poziom europejskich inwestycji na rzecz wsparcia działań międzynarodowych jest obecnie wysoki, a najnowszy audyt Komisji Europejskiej sugeruje, że Wspólnota Europejska finansuje środki ograniczania popytu i podaży w krajach trzecich do wysokości co najmniej 750 mln euro. Ponadto UE jest obecnie największym międzynarodowym donatorem wspierającym prace Biura ONZ ds. Narkotyków i Przemoczości (UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime).

Istnieją również dowody, że kraje europejskie, oprócz udzielania wsparcia finansowego, podjęły poważne zobowiązania na poziomie międzynarodowym w zakresie opracowywania odpowiednich sposobów reagowania na problemy narkotykowe. W 2008 r. międzynarodowa społeczność ocenił globalny postęp, jaki osiągnięto w stosunku do celów ustanowionych na posiedzeniu nadzwyczajnym Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1998 r., poświęconym zwalczaniu światowego problemu narkotykowego. Aby uzupełnić dane dostępne na poziomie międzynarodowym, EMCDDA będzie wspierało proces oceny poprzez przedstawienie bardziej szczegółowej analizy sytuacji w Europie. Jak wynika z danych zaprezentowanych w tym sprawozdaniu, w ostatnich 10 latach państwa członkowskie UE rozwijały coraz bardziej wszechstronne mechanizmy koordynacji na poziomie krajowym i unijnym, zazwyczaj oparte na strategiach i planach działania. Co więcej, znacznie poprawiono dostępność informacji na temat sytuacji w dziedzinie problemów narkotykowych oraz zwiększono nakłady na interwencje dotyczące zarówno podaży, jak i popytu. Uznając zażywanie narkotyków za ogromne wyzwanie dla ochrony zdrowia publicznego i polityki społecznej w Europie, ważne jest również, by dostrzegać pozytywne osiągnięcia.

Europa w kontekście globalnym

Zażywanie narkotyków stanowi globalny problem. Przydatne może być poznanie względnego zasięgu problemu narkotykowego w Europie poprzez porównanie danych

europejskich z informacjami pochodzącymi z innych krajów. Trudność polega na tym, że tylko w kilku regionach świata dostępne są dość obszerne i rzetelne informacje. USA, Kanada i Australia mogą dostarczyć odpowiednie dane porównawcze w zakresie rozpowszechnienia zażycia w ciągu ostatniego roku. Szacunki UNODC wskazują, że poziom rozpowszechnienia zażywania opiatów w tych krajach jest bardzo zbliżony do poziomu obserwowanego w Unii Europejskiej i wynosi od 0,4 do 0,6%, przy czym Kanada odnotowuje nieco niższy wskaźnik, a USA nieco wyższy. Szacowany poziom zażywania konopi indyjskich jest przeciętnie znacznie niższy w Unii Europejskiej niż w USA, Kanadzie lub Australii. Jeśli chodzi o narkotyki pobudzające, poziom zażywania ekstazy jest zasadniczo podobny na całym świecie, jedynie Australia odnotowuje wysoki poziom rozpowszechnienia. W przypadku amfetaminy wskaźnik rozpowszechnienia jest wyższy w Australii i USA niż w Europie i Kanadzie. Rozpowszechnienie zażywania kokainy osiąga wyższy poziom w USA i Kanadzie niż w Unii Europejskiej i Australii. Brak porównywalnych danych utrudnia ocenę wpływu zażywania narkotyków na zdrowie w poszczególnych krajach, chociaż ostrożne porównanie szacunkowych wskaźników nowo zdiagnozowanych zakażeń wirusem HIV związanych ze wstrzykiwaniem narkotyków w 2005 r. sugeruje, że w Australii, Kanadzie i Unii Europejskiej wynoszą one mniej niż 10 przypadków na milion mieszkańców, a w USA około 36 przypadków na milion.

Ocena złożoności problemu: wyznaczenie konkretnych celów i opracowywanie użytecznych miar sumarycznych

Celem europejskich strategii antynarkotykowych jest ograniczanie zażywania narkotyków oraz szkód przez nie powodowanych, zarówno w odniesieniu do osób zażywających, jak i społeczności, w których żyją. Cel polityki można określić w prosty sposób, ważne jednak, by uznać, że zażywanie narkotyków to wielopłaszczyznowe, złożone zjawisko, a wszelkie próby oceny wpływu polityki w tej dziedzinie muszą odzwierciedlać leżącą u jej podstawy rzeczywistość. Z niniejszego sprawozdania wynika pozytywny wniosek, że europejska polityka antynarkotykowa coraz bardziej odpowiada potrzebom koncentrowania się na określonych działaniach i opracowaniu konkretnych celów. Jest to widoczne w ogólnym dążeniu Europy do uzupełniania strategii antynarkotykowych o bardziej konkretne i ograniczane czasowo plany działania, a także znajduje swój wyraz na poziomie europejskim w corocznym przeglądzie bieżącego planu działania UE w zakresie narkotyków i obniżaniu bądź modyfikacji wskaźników po dokonaniu ich oceny.

W zakresie oceny wyraźnie pomocne jest przyjęcie bardziej ukierunkowanego podejścia. Jednak użyteczne są również środki zapewniające miary sumaryczne, które

umożliwiają łatwiejszy opis złożonych zagadnień. Chociaż opracowanie tego typu skali i miar nastręca trudności, wiele najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie wygląda obiecująco. Niniejsze sprawozdanie przedstawia nową analizę danych dotyczących europejskich wydatków publicznych na kwestie narkotyków. Choć dane są niepełne, to wynika z nich, że na ograniczanie popytu i podaży narkotyków w Europie wydawane są co roku znaczące sumy: mniej więcej od 13 do 36 mld euro. Co więcej, należy pamiętać, że wspomniane kwoty nie obejmują społecznych kosztów zażywania narkotyków.

Pomocą mogą tu służyć wskaźniki opracowane do wychwytywania różnego rodzaju kosztów oraz szkód związanych z zażywaniem nielegalnych narkotyków, takie jak wskaźnik szkodliwości narkotyków opracowany niedawno w Zjednoczonym Królestwie. Szkada jest także jednym z kluczowych pojęć ujętych w ostatnio zaproponowanym przez UNODC wskaźniku nielegalnych narkotyków (IDI – *Illicit Drug Index*). Tego typu podejścia mogą okazać się użyteczne w przyszłości do celów analizy polityki, ale zależą one od jakości danych, na których opierają się złożone miary, oraz od stopnia, w jakim dane te uwzględniają docelowe pojęcie.

Ograniczanie szkód to obecnie wyraźny element podejścia europejskiego

Kraje europejskie nadal różnią się znacząco pod względem charakteru i skali problemów narkotykowych, a także zakresu i sposobów reagowania. Pomimo to istnieje szerokie porozumienie co do najbardziej fundamentalnych założeń: polityka antynarkotykowa powinna być zrównoważona i wszechstronna oraz oparta na dowodach. W dziedzinie ograniczania popytu wszyscy aprobują potrzebę prowadzenia działań obejmujących profilaktykę, leczenie oraz społeczną rehabilitację. Natomiast kwestia ograniczania szkód wywoływała dotychczas większe kontrowersje. To jednak się zmienia i obecnie ograniczanie szkód jako składnik kompleksowego pakietu środków ograniczania popytu staje się coraz wyraźniejszym elementem europejskiego podejścia. Dowodem jest fakt, że zarówno leczenie zastępcze uzależnienia od opiatów, jak i programy wymiany igieł i strzykawek są realizowane prawie we wszystkich państwach członkowskich, chociaż zakres świadczonych usług jest zróżnicowany. Taką sytuację uwidacznia najnowsze sprawozdanie Komisji Europejskiej, w którym stwierdza się, że w zachęcaniu państw członkowskich do opracowywania i rozwijania działań związanych z ograniczaniem szkód rolę odegrało zalecenie Rady z dnia 18 czerwca 2003 r.

Więziennictwo: wciąż niedopracowane usługi dla osób zażywających narkotyki

Z oceny postępu we wdrażaniu zalecenia Rady wyciągnięto ważny wniosek, że pomimo zaawansowania w innych dziedzinach, wszelkiego typu usługi świadczone w zakładach karnych były zwykle słabo rozwinięte. Chociaż niektóre państwa członkowskie wprowadziły programy kierowania sprawców przestępstw z problemami narkotykowymi na leczenie jako alternatywę do stosowania sankcji karnych, to jednak osoby takie nadal stanowią

znaczny odsetek wśród więźniów praktycznie we wszystkich krajach. Obecnie EMCDDA współpracuje ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO – World Health Organisation) nad tworzeniem bazy danych w celu gromadzenia informacji o wskaźnikach związanych z ochroną zdrowia w więzieniach. W wielu dziedzinach nie zdołano wprowadzić ogólnej zasady, że osoby z problemami narkotykowymi, które przebywają w więzieniu, powinny mieć taki sam dostęp do opieki zdrowotnej jak szersza społeczność. Problemy z narkotykami nie dotyczą jedynie osób zamykanych w więzieniu – badania wskazują, że zażywanie narkotyków często jest kontynuowane po ograniczeniu wolności. Brak usług przeznaczonych dla więźniów zażywających narkotyki zwiększa obawy, że nie tylko stracona zostanie szansa interwencji ukierunkowanej na ograniczenie zażywania narkotyków oraz zachowań przestępczych w przyszłości, ale również może dojść do osłabienia korzyści zdrowotnych uzyskanych poza placówką więzienną w wyniku braku opieki na jej terenie.

Identyfikowanie skutecznych metod oraz wymiana wiedzy w tym zakresie

Coraz częściej debata dotycząca wszelkiego rodzaju działań związanych z ograniczaniem popytu koncentruje się na identyfikowaniu tych interwencji, które dowiodły swojej skuteczności i nie powodują niezamierzonych negatywnych skutków. Ponieważ każde działanie interwencyjne, jeśli jest niewłaściwie realizowane, może być nieskuteczne, a nawet może przynosić efekty odwrotne do zamierzonych, kolejnym założeniem niniejszego opracowania jest identyfikowanie dobrych praktyk oraz środków kontroli jakości. Nowe rozporządzenie o EMCDDA podkreśla wagę identyfikowania i rozpowszechniania dobrych praktyk. Podstawowa trudność tkwi w organizacji placówek, w których działania w zakresie ograniczania popytu mają być realizowane. Wiarygodne badania przeprowadzane w warunkach kontrolowanych, „złoty standard” w przypadku większości interwencji medycznych, są często trudne do zaprojektowania czy po prostu niemożliwe do zastosowania w praktyce. Złożoność oceny dowodów skuteczności i identyfikowania standardów kontroli jakości została omówiona w rozdziale 2 niniejszego sprawozdania.

Konopie indyjskie: ich popularność prawdopodobnie osiągnęła maksymalny poziom – wynik coraz lepszego uświadomienia problemów w zakresie zdrowia publicznego

Niemal jedna czwarta wszystkich osób dorosłych próbowała pochodnych konopi indyjskich w jakimś okresie życia, a jedna czternasta przyjmowała je w ostatnim roku. W efekcie narkotyk ten stał się najczęściej spożywaną nielegalną substancją w Europie. Ale jeszcze częściej niż wśród ogółu ludności jest on stosowany wśród młodych i bardzo młodych osób. Stanowi zdecydowanie najpowszechniej przyjmowany nielegalny narkotyk w tej grupie. Zażywanie narkotyków przez osoby będące na etapie rozwoju fizycznego i społecznego może stanowić szczególny problem. Ta kwestia omawiana jest szczegółowo w załączonym do sprawozdania zagadnieniu wybranym dotyczącym zażywania narkotyków wśród młodzieży.

Krótkie zestawienie danych szacunkowych dotyczących zażywania narkotyków w Europie

(Uwaga: dane szacunkowe odnoszą się do populacji dorosłych i są to najnowsze dostępne informacje. Kompletnie dane i pełny opis metodologii znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2007 r.)

Konopie indyjskie

Przynajmniej jednokrotne zażycie: co najmniej 70 mln osób, czyli jeden na pięciu dorosłych Europejczyków

Zażycie w ciągu ostatniego roku: około 23 mln dorosłych Europejczyków, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz

Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: ponad 13 mln Europejczyków

Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku: od 1,0 do 11,2%

Kokaina

Przynajmniej jednokrotne zażycie: co najmniej 12 mln osób, czyli około 4% dorosłych Europejczyków

Zażycie w ciągu ostatniego roku: 4,5 mln dorosłych Europejczyków, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz

Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: około 2 mln osób

Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku: od 0,1 do 3%

Ecstasy

Przynajmniej jednokrotne zażycie: około 9,5 mln dorosłych Europejczyków (3% dorosłych Europejczyków)

Zażycie w ciągu ostatniego roku: 3 mln, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz

Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: ponad milion osób

Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku: od 0,2 do 3,5%

Amfetaminy

Przynajmniej jednokrotne zażycie: prawie 11 mln osób, czyli około 3,5% dorosłych Europejczyków

Zażycie w ciągu ostatniego roku: 2 mln, czyli jedna piąta osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz

Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: poniżej 1 mln osób

Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku: od 0,0 do 1,3%

Opiaty

Problemowe zażywanie opiatów: od 1 do 8 przypadków na 1000 osób dorosłych (od 15 do 64 lat)

Ponad 7,5 tys. nagłych zgonów związanych z narkotykami, przy czym w 70% przypadków wykryto obecność opiatów (dane z 2004 r.)

Główny narkotyk (około 50% przypadków) będący przyczyną zgłaszania się na leczenie

Ponad 585 tys. osób zażywających opiaty zostało poddanych leczeniu zastępczemu w 2005 r.

Znaczenie rozumienia skutków wczesnego rozpoczynania zażywania pochodnych konopi indyjskich oraz poznania potencjalnych odpowiednich sposobów reagowania jest jednym z zagadnień ze złożonego zbioru problemów, jakie

stwarza w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego i polityki kontroli narkotyków szeroko rozpowszechnione zażywanie konopi indyjskich w Europie.

Ogólną tendencją w polityce europejskiej jest odejście od stosowania prawa karnego w przypadkach posiadania konopi indyjskich na własny użytek i zażywania niewielkich ilości na rzecz metod ukierunkowanych na zapobieganie lub leczenie. Pomimo tego w okresie 2000–2005 zarejestrowana liczba przestępstw związanych z pochodnymi konopi indyjskich znacząco wzrosła (36%), a w większości krajów zarzuty zażywania narkotyków lub ich posiadania najczęściej dotyczyły konopi indyjskich. Sytuacja może się zmienić, ponieważ większość krajów obecnie zgłasza pewien spadek liczby odnotowanych przestępstw związanych z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich – być może wskazuje to na fakt, że organy ścigania przestają koncentrować się na tej kwestii.

Pomimo ożywionej dyskusji w społeczeństwie i mediach nad tym tematem trudno doszukać się jakiegokolwiek bezpośredniego lub prostego związku między polityką egzekwowania prawa a ogólnym rozpowszechnieniem zażywania pochodnych konopi indyjskich. Chociaż między poszczególnymi krajami istnieją różnice pod względem okresów i skali, w Europie zaobserwowano znaczący wzrost poziomu zażywania w latach 90., a następnie bardziej stabilną, choć w dalszym ciągu wzrostową tendencję po 2000 r. W efekcie w Europie panuje obecnie bardziej jednolita sytuacja niż to miało miejsce w przeszłości. Ponadto najnowsze dane sugerują, że, zwłaszcza w krajach o wysokim poziomie rozpowszechnienia spożycia, zażywanie konopi indyjskich wkracza w bardziej stabilną fazę, a nawet się zmniejsza. I chociaż dane nadal są raczej niewystarczające, istnieją pewne dowody na to, że w niektórych krajach popularność narkotyków wśród młodszych grup wiekowych spada. Mimo że tendencje krajowe generalnie różnią się, można z pewną dozą ostrożności optymistycznie założyć, że rozpowszechnienie zażywania pochodnych konopi indyjskich obserwowane w Europie od lat 90. osiąga obecnie maksymalny poziom.

Nawet jeśli Europa wkracza w okres stabilizacji zażywania konopi indyjskich, to nie ma wątpliwości, że obecny poziom jest według historycznych standardów bardzo wysoki, i chociaż jedynie niewielki odsetek osób zażywa te substancje systematycznie i intensywnie, nadal stanowi on znaczną liczbę mieszkańców. Coraz obszerniejszy zbiór dowodów badawczych oraz doświadczeń klinicznych umożliwia lepsze zrozumienie potrzeb osób mających problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich, aczkolwiek niewiele jest opracowań na temat ogólnej skali ich problemów, wynikających z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich. Dane na temat leczenia opracowane przez EMCDDA wskazują, że liczba odnotowanych nowych zgłoszeń na leczenie z powodu uzależnienia od konopi indyjskich niemal potroiła się od 1999 r., chociaż ta tendencja obecnie wydaje się stabilizować. Interpretacja tej tendencji jest skomplikowana z kilku przyczyn, które obejmują zwiększenie zakresu usług w dziedzinie problemów związanych z konopiami indyjskimi i poziomu świadomości tych problemów oraz znaczny odsetek skierowań na leczenie przez organy

wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych lub agencje społeczne. Wydaje się również, że potrzeby osób zażywających pochodne konopi indyjskich, mających kontakt z usługami leczniczymi są zróżnicowane, tak jak i sposoby reagowania, na które składają się między innymi krótkotrwałe interwencje ukierunkowane na profilaktykę oraz bardziej sformalizowane metody leczenia.

Sytuację w zakresie zażywania pochodnych konopi indyjskich w Europie komplikują również czynniki rynkowe. Problem ten wzmaga brak rzetelnych danych na temat względnego udziału i dostępności różnych produktów otrzymywanych z konopi indyjskich w UE. Europa pozostaje głównym globalnym rynkiem żywicy konopnej, która w większości jest produkowana w Afryce Północnej. W Europie dostępna jest także marihuana, ale ilość przechwyconej żywicy przekracza ponad dziesięciokrotnie wielkość konfiskat marihuany. Jednak sytuacja może się zmienić: liczba konfiskat żywicy konopnej spadła nieco w 2005 r., liczba konfiskat marihuany zaś nadal wzrasta, tak jak liczba konfiskat roślin konopi indyjskich. Połowa państw europejskich odnotowała w 2005 r. pewną ilość konopi produkcji krajowej. Niektóre formy konopi produkcji domowej mogą charakteryzować się stosunkowo dużą siłą działania, a produkcja krajowa ma również wpływ na kontrolę narkotyków.

Zażywanie narkotyków stwarza szereg złożonych problemów w dziedzinie polityki antynarkotykowej, ochrony zdrowia publicznego oraz polityki społecznej w Europie. Jednym z osiągnięć jest fakt, że w państwach członkowskich coraz lepiej rozumiane są skutki rozpowszechnienia zażywania tego narkotyku, debata na ten temat zaś staje się coraz bardziej ukierunkowana i mniej podatna na niedocenianie lub przecenianie problemu.

Kokaina: ponowny wzrost danych szacunkowych dotyczących zażywania

W niniejszym sprawozdaniu EMCDDA zrewidowało dane szacunkowe dotyczące zażywania kokainy: w ostatnim roku narkotyk ten zażywało 4,5 mln Europejczyków, sprawozdanie roczne za 2006 r. wskazywało zaś liczbę 3,5 mln osób. Ogólny obraz stabilizacji sytuacji, zaobserwowany w ubiegłym roku, jest również kwestionowany przez nowe dane, które wskazują na ogólny wzrost poziomu zażywania. Nowe dane potwierdzają miejsce, które kokaina zajmuje w Europie. Według wszelkich miar jest to drugi najczęściej zażywany nielegalny narkotyk, po konopiach indyjskich, a przed ecstasy i amfetaminą, a dane szacunkowe dotyczące zażywania kokainy w ostatnim miesiącu są ponad dwukrotnie wyższe niż dane odnoszące się do ecstasy. Chociaż wzrost w ostatnim okresie oznacza, że więcej krajów odnotowuje obecnie znaczącą liczbę osób zażywających kokainę, to między poszczególnymi krajami wciąż są istotne różnice, przy czym niski poziom zażywania kokainy stwierdza się w większości państw Europy Wschodniej.

Podwyższone wskaźniki rozpowszechnienia spożycia odnotowano również w nowych danych dostępnych w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie – dwóch

krajach o najwyższym poziomie rozpowszechnienia w Europie – chociaż w żadnym z tych przypadków nie był to drastyczny wzrost. W obydwu krajach wskaźnik rozpowszechnienia zażycia w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych osiągnął poziom zbliżony lub wyższy od wskaźnika zarejestrowanego w USA. Niepokój budzi fakt, że w obydwu krajach poziom zażywania kokainy wśród młodzieży jest stosunkowo wysoki (4–6% 15–16-latków). Analizy sugerują, że w Hiszpanii wzrost w ostatnim okresie był spowodowany zwiększonym zażywaniem w grupie wiekowej od 15 do 24 lat. Istotne jest to, że dane szacunkowe dotyczące osób doświadczających poważnych problemów z kokainą są znacznie niższe. Chociaż informacje o problemowym zażywaniu kokainy są dostępne jedynie dla trzech krajów (Hiszpania, Włochy, Zjednoczone Królestwo), liczby te wahają się od 0,3 do 0,6% populacji dorosłych. Zażywanie cracku nadal należy do rzadkości w całej Europie, ale w przypadku jego występowania powstają poważne problemy ograniczone miejscowo.

Inne wskaźniki również uwiadcniają tendencję wzrostową, potwierdzając rosnące znaczenie kokainy w problemie narkotykowym na terenie Europy. Wzrosła zarówno ilość przechwytywanego narkotyku, jak i liczba konfiskat. Być może odzwierciedla to bardziej intensywne działania ukierunkowane na rynek europejski, ale możliwe też, że jest to efekt wprowadzenia zakazów. Coraz częściej w Europie prowadzone są skoordynowane akcje wymierzone w handel kokainą, a w Portugalii ma zostać umiejscowiona międzyrządowa grupa zadaniowa. Lokalizacja ta wydaje się właściwa z uwagi na rosnące znaczenie kraju w działaniach zakazowych dotyczących handlu kokainą. Mimo że rekordowe konfiskaty nie wydają się wpływać na nadal utrzymujące się spadkowe tendencje cenowe, mogą mieć wpływ na poziom czystości.

Do tej pory zwiększony poziom zażywania kokainy miał niewielki wpływ na wskaźniki zdrowotne, ale to może się zmienić. Co roku w Europie odnotowuje się 400 zgonów związanych z kokainą. Istnieje podejrzenie, że zgony wywołane zaburzeniami sercowo-naczyniowymi, w przypadku których kokaina stanowiła czynnik pogłębiający, mogą być często niewykrywane. Zwiększa się liczba zgłoszeń na leczenie osób uzależnionych od kokainy. W 2005 r. u 13% pacjentów zgłaszających się na leczenie kokaina stanowiła narkotyk główny, a w przypadku osób rozpoczynających terapię był to jeszcze większy odsetek (22%). Liczba nowych zgłoszeń na leczenie niemal potroiła się w ciągu ubiegłych pięciu lat i obecnie wynosi ponad 33 tys. Ponadto odnotowano, że kokaina była drugim zażywany narkotykiem w 15% przypadków. W niektórych krajach zwiększa się świadomość, że jednoczesne zażywanie kokainy komplikuje leczenie problemów związanych z opiatami. Jednak ogólna liczba zgłoszeń na leczenie uzależnień od kokainy jest niższa niż liczba zgłoszeń związanych z uzależnieniem od konopi indyjskich i znacząco niższa niż liczba zgłoszeń powodowanych problemami z zażywaniem opiatów.

HIV: ogólna pozytywna ocena, jednak pojawianie się nowych zakażeń uwypukla potrzebę kontynuowania działań

W latach 90. rzeczywista sytuacja bądź potencjalne ryzyko rozprzestrzenienia się epidemii zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie było katalizatorem do opracowania usług dla tej grupy. Wraz z rozszerzeniem zakresu usług w dużym stopniu zdołano wyeliminować epidemie HIV zdarzające się wcześniej w Europie, choć w niektórych krajach, zwłaszcza w państwach bałtyckich, obserwowano występowanie problemów ograniczonych miejscowo, a w innych krajach, w których wcześniej pojawiały się epidemie, wskaźnik rozpowszechnienia zakażeń wirusem HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki pozostał na dość wysokim poziomie. Ogólnie rzecz biorąc, mimo że liczba przypadków przenoszenia wirusa HIV w wyniku dożylnego zażywania narkotyków zmalała, EMCDDA ocenia, że w 2005 r. w Unii Europejskiej odnotowano około 3,5 tys. nowo zdiagnozowanych zakażeń. Liczba ta może być niska w porównaniu z dotychczasowymi standardami, ale nadal stanowi znaczący problem w zakresie ochrony zdrowia publicznego.

Analiza najnowszych danych sugeruje, że w większości krajów wskaźnik nowych zakażeń związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków nadal utrzymuje się na niskim poziomie, a w większości regionów UE rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki

zmniejszyło się w latach 2001–2005. W konsekwencji, zwłaszcza na terenach, gdzie rozpowszechnienie było wysokie, zasięg zakażeń wynikających z dożylnego zażywania substancji prawdopodobnie się zmniejsza. Obawy wzbudza sytuacja w Estonii, na Litwie i Łotwie, ale tutaj najnowsze dane wskazują znów na względny spadek liczby nowych zakażeń.

Istotnym zastrzeżeniem w przypadku tej oceny jest fakt, że dane z niektórych ważnych obszarów nie są wystarczające, a badania tendencji na przestrzeni ostatnich pięciu lat wykazały wzrost w niektórych obszarach lub w próbkach z około jednej trzeciej krajów. Dodatkowo w kilku krajach istnieją obawy spowodowane albo stosunkowo wysokim poziomem nowych zakażeń, albo pewnym niewielkim wzrostem ich rozpowszechnienia w ostatnim okresie, nawet przy ogólnie niskich wskaźnikach. Biorąc pod uwagę najnowsze wydarzenia, które dowodzą, że problemy związane z wirusem HIV mogą się szybko rozprzestrzeniać w populacji narażonej na ryzyko, istnieje potrzeba kontynuacji świadczenia i rozwijania usług przeznaczonych dla osób zagrożonych.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C pozostaje ukrytą epidemią na terenie Europy

EMCDDA ocenia, że 200 tys. Europejczyków, którzy zażywają lub zażywali narkotyki dożylnie, może być zakażonych wirusem HIV. Chociaż ogół społeczeństwa

Afganistan – czy alternatywny środek w zakresie rozwoju może przynieść efekt?

Trwała stabilizacja lub poprawa ogólnej sytuacji związanej z zażywaniem heroiny w Europie jest podawana w wątpliwość z powodu zwiększającej się produkcji opium w Afganistanie. Dane szacunkowe za 2006 r. sugerują, że produkcja wzrosła o 43% w wyniku znaczącego zwiększenia arealów przeznaczonych pod uprawę.

Konfiskaty opiatów i likwidacja laboratoriów wydają się wskazywać, że zanim wyprodukowane w Afganistanie opium zostanie wyeksportowane, coraz częściej jest zamieniane w morfinę lub heroinę (CND, 2007). Heroina sprowadzana jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi: starym szlakiem bałkańskim, w dalszym ciągu odgrywającym kluczową rolę w przemyśle heroiny, oraz nowszym szlakiem, „jedwabnym” (patrz rozdział 6).

Regionalne różnice w Afganistanie wskazują na rolę wzrostu gospodarczego w ograniczaniu upraw maku lekarskiego, ale również na możliwość jego osłabienia w razie braku bezpieczeństwa politycznego, wobec istnienia korupcji i problemów infrastrukturalnych. Wielkość obszaru upraw można szybko ograniczyć, jednak wońnie ona również szybko. Na przykład w prowincji Nangarhar na wschodzie kraju poziom upraw maku lekarskiego spadł o 96% w latach 2004–2005, ale – jak w wielu innych okręgach – powrócił tam do poprzedniej wielkości. Częściowo było to wywołane ekonomicznymi potrzebami charakterystycznymi dla obszarów gęsto zaludnionych, gdzie niemożliwe jest przestawienie się na inne wysokowartościowe uprawy ani czerpanie dochodów z działalności pozarolniczej (Mansfield, komunikat indywidualny oraz publikacja 2007 r.).

Natomiast w innych częściach regionu wschodniego wielkość upraw prawdopodobnie pozostanie na nieznacznym poziomie, a w prowincjach południowych Kandahar i Helmand można nawet spodziewać się ograniczenia upraw na terenach położonych w centralnych rejonach tych prowincji. Pomagają tu takie czynniki, jak większa kontrola ze strony rządu oraz większe zróżnicowanie produkcji rolnej, umożliwiające zajęcie się stosunkowo wysokowartościowymi uprawami, a także stworzenie infrastruktury transportowej i handlowej. Na północy oraz w północno-wschodniej części kraju rosnące stawki płac i spadające ceny opium nie tylko zniechęciły do uprawy maku lekarskiego, ale również spowodowały, że niektóre wysokowartościowe warzywa w rzeczywistości zaczęły generować większy dochód niż mak. Na tych terenach zróżnicowanie upraw było wspierane poprzez działania antynarkotykowe oraz większe zaangażowanie rządu, dzięki czemu zyskano ogólne poczucie, że środki zakazujące produkcji opium będą egzekwowane.

Rosnące koszty pracy oraz spadające ceny oznaczają obecnie, że zyski z uprawy maku lekarskiego nie są już tak duże, a na niektórych terenach wyższe dochody można osiągnąć dzięki alternatywnej produkcji, przede wszystkim tam, gdzie można uzyskiwać dochody z działalności pozarolniczej. Możliwości osiągnięcia legalnych dochodów nie są jednak otwarte dla wszystkich, a w wielu regionach wybór jest ograniczony z powodu wysokich kosztów transportu, złego stanu dróg oraz problemów związanych z brakiem bezpieczeństwa. Na tych terenach szanse na prowadzenie handlu legalnym towarem są mniejsze z powodu korupcji i braku bezpieczeństwa, które hamują wzrost gospodarczy i działania na rzecz zróżnicowania upraw, nawet na obszarach położonych stosunkowo blisko centralnych rejonów prowincji.

ma wystarczającą świadomość zagrożenia zakażeniem wirusem HIV stwarzanego przez dożylnie zażywanie substancji, należy również pamiętać, że około miliona osób sporadycznie wstrzykujących narkotyki jest zakażonych wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV) – w tym znaczny odsetek osób, które porzuciły narkotyki.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, w tym raka i zgonów, zatem wyjście naprzeciw potrzebom osób zarażonych HCV najprawdopodobniej nakłada coraz większe obciążenia na budżet ochrony zdrowia. W całej Europie wskaźniki zakażeń wirusem HCV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie osiągają wysoki poziom, badania zaś wskazują, że młode osoby wstrzykujące narkotyki nadal zarażają się tą chorobą na dość wczesnym etapie ich historii zażywania substancji, ograniczając szanse na interwencje. W przeciwieństwie do wirusowego zapalenia wątroby typu B, wobec którego interwencje odnoszą korzystny skutek, brak jest wyraźnych tendencji w danych dotyczących HCV, chociaż różnice pomiędzy poszczególnymi krajami mogą nasunąć pewne wnioski co do skutecznych działań w tej dziedzinie.

Stabilizacja zażywania heroiny – obawy w związku z rosnącym problemem z opiatami syntetycznymi

Szacuje się, że potencjalna globalna produkcja heroiny – głównie w Afganistanie – wzrosła ponownie w 2006 r. do ponad 600 ton. Nasuwa się pytanie o sytuację w Europie: W jaki sposób ten wzrost wpłynie na problem narkotykowy? Zwiększenie produkcji heroiny jak dotąd nie uwidoczniło się w większości wskaźników zażywania tego narkotyku, które ogólnie od pewnego czasu są stabilne. Dowody pochodzące z analizy danych dotyczących leczenia uzależnień od narkotyków i przedawkowania sugerują, że grupa osób zażywających heroinę w Europie starzeje się, chociaż obraz sytuacji w krajach Europy Wschodniej jest mniej wyraźny. Całościowe dane szacunkowe dotyczące problemowego zażywania narkotyków ogólnie wskazują na stabilizację. Niemniej jednak spadające ceny narkotyku i wzrost w niektórych krajach liczby młodych osób przyjmujących heroinę poddawanych leczeniu podkreśla potrzebę stałego nadzoru.

Mimo obecnego braku wyraźnych dowodów, że heroina zdobywa popularność wśród młodzieży, rozmaite sprawozdania wskazują, że przyjmowanie opiatów syntetycznych może stanowić coraz większy problem w pewnych częściach Europy i że w niektórych krajach opiaty syntetyczne mogą nawet zastępować heroinę.

W Austrii coraz więcej pacjentów zgłaszających się na leczenie ma mniej niż 25 lat. Poszukują oni pomocy z powodu zażywania opiatów pierwotnie zażywanych legalnie. Analogicznie w Belgii odnotowuje się pewien wzrost nielegalnego zażywania metadonu, a w Danii metadon jest powszechnie wzmiankowany w raportach dotyczących zgonów spowodowanych przez narkotyki. Odnotowano, że również buprenorfinę, narkotyk uważany przez niektórych za mało atrakcyjny na nielegalnym rynku, coraz częściej zażywa się i wstrzykuje w Republice Czeskiej i może też ona wypierać heroinę w Finlandii. We Francji monitorowanie wywołuje obawy dotyczące nielegalnego zażywania tego narkotyku, w tym przyjmowania dożylnego przez młodzież, która zażywanie opiatów zaczęła od buprenorfiny, a nie heroiny.

Zanik spadkowej tendencji w liczbie zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków

EMCDDA systematycznie opracowuje sprawozdania na temat nagłych zgonów związanych z narkotykami w Europie – są to przede wszystkim zgony z przedawkowania, zwykle heroiny lub innych opiatów, chociaż w większości przypadków odnotowano zażycie kilku substancji. Przedawkowania stanowią częstą przyczynę możliwych do uniknięcia zgonów wśród młodych osób dorosłych.

Od 2000 r. wiele krajów UE odnotowało spadek liczby zgonów związanych z narkotykami, co prawdopodobnie odzwierciedlało rozszerzenie zakresu usług lub zmiany w liczbie osób zażywających narkotyki dożylnie. Jednakże ta tendencja nie utrzymywała się w 2004 r. i 2005 r. Szczególne obawy budzi fakt, że w kilku krajach rośnie odsetek osób młodszych wśród umierających. Ograniczenie zgonów związanych z narkotykami stanowi ważny cel w zakresie zdrowia publicznego. Konieczne jest zidentyfikowanie przyczyn odwrócenia trendów spadkowych.

Zgon z przedawkowania to nie jedyne zagrożenie dla zdrowia, jakie dotyka osoby z problemami narkotykowymi. Badania ujawniają, że wśród osób problemowo zażywających narkotyki panuje wysoka śmiertelność wywołana wszelkimi przyczynami: jest to dziesięciokrotnie wyższy poziom niż przewiduje się dla ogółu populacji. Istnieje zatem konieczność opracowania bardziej wszechstronnego podejścia do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego tej grupy, o ile zachorowalność i śmiertelność związana z długotrwałym zażywaniem narkotyków mają być znacząco ograniczone.



Rozdział 1

Polityka i prawo

W niniejszym rozdziale opisano politykę antynarkotykową UE jako całości i poszczególnych państw członkowskich, jak również relacje pomiędzy tymi dwoma poziomami tworzenia polityki. Dane gromadzone przez EMCDDA w okresie objętym niniejszym sprawozdaniem pozwalają na dokonanie przeglądu aktualnych krajowych strategii antynarkotykowych oraz ram instytucjonalnych z całej Europy. W części dotyczącej wydatków publicznych wiążących się z narkotykami przedstawiono szacunkowe koszty, jakie ponosi społeczeństwo w związku z nadużywaniem narkotyków. Na podstawie danych dotyczących krajowych wydatków publicznych podanych w sprawozdaniach przez państwa członkowskie dokonano pierwszego przybliżonego oszacowania całkowitych wydatków rządów europejskich związanych z problemem narkotyków. W części dotyczącej najnowszych zmian w przepisach krajowych opisano zmiany legislacyjne ukierunkowane na zmniejszenie podaży oraz podejście prawne do testów narkotykowych. W części traktującej o przestępstwach związanych z narkotykami przedstawiono zaś przegląd najnowszych danych statystycznych dotyczących naruszeń prawa antynarkotykowego oraz tendencji występujących w przestępczości związanej z opiatami i konopiami indyjskimi. Rozdział zamyka omówienie badań nad narkotykami w Europie.

Krajowe strategie antynarkotykowe

Sytuacja ogólna i nowe osiągnięcia

Na początku 2007 r. wszystkie państwa członkowskie, z wyjątkiem Włoch, Malty i Austrii, posiadały krajowe strategie antynarkotykowe, w niektórych przypadkach uzupełnione o plan działania. W Europie obowiązywało w tym czasie łącznie ponad 35 różnych krajowych dokumentów dotyczących planowania działań antynarkotykowych, obejmujących okresy od 2 (czeski plan działania) do ponad 10 lat (holenderska krajowa strategia antynarkotykowa).

W ubiegłych latach widoczny był trend odchodzenia od opracowywania jedynie krajowych dokumentów planistycznych w stronę przyjmowania dwóch wzajemnie uzupełniających się instrumentów: ram strategicznych i planów działania. Takie podejście pozwalające na precyzyjniejsze wyznaczanie krótko-, średnio- i długoterminowych celów obecnie wykorzystuje niemal połowa państw członkowskich UE, przy czym jest ono nawet bardziej powszechne w krajach, które przystąpiły do UE w 2004 i 2007 r.: w ośmiu spośród 12 tych krajów

opracowano zarówno strategię antynarkotykową, jak i plan działania.

Polityka łącząca strategię antynarkotykową z planem działania ułatwia dokładniejsze zdefiniowanie celów, zadań, obowiązków i terminów. Niektóre kraje, na przykład Cypr, Łotwa i Rumunia, ujęły w strategiach antynarkotykowych i planach działania szczegółowe procedury wdrożeniowe. Takie podejście stosowane od pewnego czasu w innych państwach członkowskich (np. w Hiszpanii, Irlandii, Zjednoczonym Królestwie) staje się coraz bardziej powszechne i jest również wykorzystywane w obecnym antynarkotykowym planie działania UE.

W 2006 r. cztery państwa członkowskie (Grecja, Polska, Portugalia i Szwecja) oraz Turcja i Irlandia Północna w Zjednoczonym Królestwie przyjęły nowe antynarkotykowe strategie lub plany działania. W żadnym z tych przypadków nie były to pierwsze działania tego typu. Każdorazowo autorzy krajowych raportów stwierdzali, że w dokumentach nakreślających nową politykę antynarkotykową wykorzystano wcześniejsze doświadczenia. W 2007 r. nowe strategie antynarkotykowe mają przyjąć dwa państwa członkowskie – Malta i Austria – oraz Norwegia, Republika Czeska, Estonia, Francja i Węgry wdrożą zaś nowe plany działania.

Treść dokumentów

Głównym celem krajowych strategii i planów działania we wszystkich państwach członkowskich UE, w krajach kandydujących i Norwegii jest ograniczenie zażywania, a zwłaszcza problemowego zażywania narkotyków. Wspólnym zamierzeniem wszystkich krajów jest również zapobieganie, ograniczanie szkód indywidualnych i zbiorowych powodowanych przez zażywanie narkotyków. Inną wspólną cechą jest „kompleksowe” podejście, zgodnie z którym interwencje ukierunkowane na ograniczanie podaży i popytu są ze sobą powiązane. Także „zrównoważone” podejście, które ma na celu nadanie priorytetowego znaczenia ograniczaniu zarówno popytu, jak i podaży, także jest szeroko rozpowszechnione. Wszystkie wspomniane elementy stanowią również część strategii antynarkotykowej UE.

Obszarem, który znacząco różni państwa europejskie, jest zakres substancji psychoaktywnych ujętych w krajowych strategiach antynarkotykowych. Można to dostrzec w nowych dokumentach przyjętych w 2006 r. Dwa spośród nich dotyczą nielegalnych narkotyków (Polska, Portugalia), choć zawierają pewne powiązania między strategiami antynarkotykowymi i strategiami antyalkoholowymi lub

Nowe rozporządzenie o EMCDDA

W dniu 12 grudnia 2006 r. Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej podpisały zmienione rozporządzenie o EMCDDA, które weszło w życie w styczniu 2007 r.

Nowe rozporządzenie podkreśla znaczenie kluczowych wskaźników oraz zwraca uwagę na fakt, że ich wdrożenie stanowi warunek wstępny wykonywania przez Centrum jego obowiązków. W dokumencie tym podkreśla się także potrzebę opracowania systemu wymiany informacji, który będzie uwzględniał nowe i pojawiające się tendencje.

Nowe rozporządzenie rozszerza zakres kompetencji EMCDDA. Szczególnie odnosi się to dostarczania informacji na temat jednoczesnego zażywania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz najlepszych praktyk stosowanych w państwach członkowskich. EMCDDA może również opracowywać narzędzia oraz instrumenty, które pomogą państwom członkowskim w monitorowaniu i ocenie krajowej polityki antynarkotykowej, a także Komisji Europejskiej w prowadzeniu analogicznych działań na szczeblu UE.

Wszystkie wymienione nowe elementy umożliwią agencji nakreślenie pełniejszego obrazu problemu narkotyków.

Nowe rozporządzenie kładzie większy nacisk na współpracę z agencjami partnerskimi, w szczególności z Europolem w zakresie monitorowania nowych substancji psychoaktywnych, oraz z innymi partnerami, takimi jak WHO, ONZ czy odpowiednie organy statystyczne, w celu osiągnięcia maksymalnej skuteczności. Nowe rozporządzenie podaje listę krajów, do których EMCDDA może przekazywać swoją wiedzę fachową na wniosek Komisji Europejskiej oraz za zgodą zarządu.

W nowym dokumencie została bardziej precyzyjnie zdefiniowana rola sieci krajowych punktów kontaktowych Reitox. Zmienione rozporządzenie modyfikuje także uregulowania dotyczące komitetu naukowego. W ten sposób agencja uzyska spójny, niezależny organ złożony z wybitnych naukowców. Ponadto w celu zagwarantowania odpowiedniego poziomu jakości pracy EMCDDA organ ten będzie pełnił rolę pomostu między agencją a szerszym środowiskiem badawczo-naukowym.

antynikotynowymi, kolejne dwa poruszają zagadnienia związane zarówno z nielegalnymi narkotykami, jak i alkoholem (Grecja, Irlandia Północna w Zjednoczonym Królestwie), jeden zaś (Turcja) – kwestie wszystkich substancji uzależniających. Ponadto Szwecja przyjęła jednocześnie dwa wzajemnie powiązane plany działania, jeden odnoszący się do alkoholu, a drugi do nielegalnych narkotyków. Od kilku lat obserwuje się w niektórych krajach działania zmierzające do integracji polityki w zakresie narkotyków legalnych i nielegalnych (np. Niemcy, Francja)⁽¹⁾. W nadchodzących latach istotnym tematem pozostanie zakres przyszłych strategii antynarkotykowych oraz ich możliwa integracja z pozostałymi strategiami związanymi ze zdrowiem publicznym.

Krajowe antynarkotykowe strategie i plany działania obejmują ogólnie interwencje w dziedzinie zapobiegania, leczenia i rehabilitacji, ograniczania szkód i podaży. Jednakże zakres różnorodnych interwencji oraz nadawane im znaczenie są odmienne w poszczególnych krajach⁽²⁾. Fakt ten można tłumaczyć różnicami odnoszącymi się do wielkości i charakterystyki problemu narkotykowego, ale również zróżnicowaniem polityki społecznej i zdrowotnej w Europie. Do istotnych czynników należą ponadto: wielkość zasobów finansowych, opinia publiczna i kultura polityczna. Można wykazać, że kraje o pewnych cechach wspólnych przyjmują podobną politykę antynarkotykową (Kouvonen i in., 2006).

Ocena

Istnienie w UE zróżnicowanych krajowych strategii antynarkotykowych ukierunkowanych na wspólne cele można postrzegać jako zaletę, ponieważ sytuacja taka pozwala na analizę porównawczą różnego rodzaju podejść. Ocena krajowych strategii antynarkotykowych i planów działania jest zatem ważna nie tylko ze względu na oszacowanie efektów działań na szczeblu krajowym, ale również lepsze ogólne poznanie skuteczności tych

strategii. UE i państwa członkowskie zainwestowały do tej pory znaczne środki w tej dziedzinie.

Niemal wszystkie kraje europejskie wskazują, jaki jest cel oceny krajowej strategii antynarkotykowej. Rządy chcą wiedzieć, czy opracowana polityka została wdrożona i czy osiągnięto zakładane wyniki. W dwóch państwach członkowskich (Belgia i Słowenia) zakres oceny został ograniczony do wybranych projektów. Na szczeblu UE oraz w większości pozostałych krajów monitorowane jest wdrożenie działań określonych w krajowej strategii antynarkotykowej. Takie postępowanie umożliwi ocenę osiągniętych postępów, a jej wyniki można wykorzystać do udoskonalenia lub wznowienia istniejącej strategii lub planu działania.

W Europie rzadziej przeprowadza się globalną ocenę procesu, wyników i wpływu. Niektóre kraje (Estonia, Grecja, Hiszpania, Polska i Szwecja) dostarczają informacje o planowanej ocenie wewnętrznej, opartej na ocenie postępu wdrożenia oraz na innych danych epidemiologicznych i kryminologicznych. W niektórych przypadkach (Luksemburg, Portugalia) ocenę taką przeprowadza instytucja zewnętrzna.

Podsumowując, ocena postępów w zakresie wdrożenia krajowych strategii antynarkotykowych i planów działania staje się standardem w Europie. Kolejny krok – opracowanie oceny wyników i wpływu ciągle znajduje się na etapie początkowym. Przykładem może być przyszła ocena wpływu planu działania antynarkotykowego UE na lata 2005–2008, z myślą o której Komisja Europejska zleciła badanie mające na celu opracowanie metodologii. Oprócz tego podejmowane są pewne działania w zakresie opracowania wskaźników przeznaczonych do oceny wpływu krajowej strategii antynarkotykowej czy ogólnej sytuacji narkotykowej. Znaczące wysiłki w tej dziedzinie podjęło Zjednoczone Królestwo i Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przemępczości (UNODC).

⁽¹⁾ Patrz wybrane zagadnienia opracowania z 2006 r. „Europejska polityka antynarkotykowa: czy powinna wykraczać poza nielegalne narkotyki?”.

⁽²⁾ Patrz rozdział 2.

Wskaźniki oceny polityki antynarkotykowej

Wskaźnik szkodliwości narkotyków (DHI – *Drug Harm Index*) został opracowany w Zjednoczonym Królestwie do oceny kosztów szkód społecznych wynikających z problemowego zażywania nielegalnych narkotyków. Obejmuje on cztery rodzaje szkód: oddziaływanie na zdrowie, szkody społeczne, przestępstwa domowe oraz handlowe związane z narkotykami. Jednakże wskaźnik ten nie ma na celu dostarczenia pełnego obrazu sytuacji narkotykowej kraju, ponieważ ogranicza się do opisywania tych dziedzin, dla których istnieją już rzetelne dane, tak więc wyniki i tendencje wykorzystuje się jako podstawę do oceny postępu w przyszłości (MacDonald i in., 2005). Wskaźnik nielegalnych narkotyków (IDI) opracowany przez UNODC łączy trzy wymiary zjawiska narkotykowego: produkcję, handel i nadużywanie narkotyków. Otrzymujemy ogólny wynik oparty na „współczynniku szkoda/ryzyko na mieszkańca”, który powinien odzwierciedlać skalę wszystkich problemów narkotykowych, z jakimi boryka się dany kraj (UNODC, 2005).

Opracowanie obydwu instrumentów wiązało się z ciekawymi osiągnięciami metodologicznymi i pozwoliło na dogłębne zbadanie wykorzystania wskaźników ogólnych do oceny strategii antynarkotykowej i monitorowania ogólnej sytuacji w zakresie narkotyków. Pierwsze spostrzeżenia sugerują, że takie instrumenty mogą spełniać pozytywną rolę w długofalowym monitorowaniu sytuacji w kraju, lecz aby rzeczywiście ją zrozumieć, wyniki należy rozpatrywać w kontekście analizy indywidualnych czynników w ramach tych wskaźników. Zastosowanie ogólnego wskaźnika do porównań poszczególnych krajów może być trudniejsze z uwagi na ograniczony zestaw istniejących danych i brak analitycznych zmiennych kontekstowych (np. dotyczących sytuacji geograficznej).

Mechanizmy koordynacji

Choć mechanizmy koordynowania działań antynarkotykowych istnieją obecnie niemal we wszystkich państwach członkowskich UE i w Norwegii, funkcjonujące systemy znacznie się różnią, odzwierciedlając odmienność struktur politycznych w poszczególnych krajach. Niemniej można wskazać pewne ogólne cechy.

W większości krajów istnieją mechanizmy koordynowania działań antynarkotykowych zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym czy lokalnym. Na szczeblu krajowym zwykle przyjmują formę międzyministerialnej komisji ds. narkotyków, której działania są wspierane przez krajową agencję ds. koordynowania działań antynarkotykowych i/lub krajowego koordynatora ds. narkotyków, odpowiedzialnego za bieżącą działalność koordynacyjną. W większości krajów, na szczeblu regionalnym lub lokalnym, funkcjonują agencje ds. koordynowania działań antynarkotykowych i/lub koordynatorzy ds. narkotyków.

Kraje europejskie różnią się między sobą sposobem powiązania mechanizmów koordynacji na szczeblu krajowym z mechanizmami na szczeblu regionalnym czy lokalnym. W niektórych krajach, zwłaszcza o strukturze federalnej (np. Belgia, Niemcy), wykorzystuje się systemy

koordynacji pionowej w celu umożliwienia współpracy między różnymi instytucjami koordynującymi, działającymi niezależnie. W innych krajach (np. Finlandia, Portugalia) koordynacja na szczeblu regionalnym lub lokalnym jest bezpośrednio nadzorowana przez krajowe instytucje ds. koordynacji.

Różnorodność istniejących systemów utrudnia porównawczą analizę mechanizmów koordynacji działań antynarkotykowych w UE. Jednakże badanie zleczone przez EMCDDA wskazuje, że systemy koordynacji można oceniać poprzez „jakość wdrożenia”, tj. koncepcję nakazującą badanie zdolności systemów do uzyskiwania efektów koordynacji (Kenis, 2006). Podejście to będzie nadal rozwijane w celu wykorzystania go do oceny krajowych systemów koordynowania działań antynarkotykowych.

Wydatki publiczne związane z narkotykami

Wydatki publiczne związane z problemem narkotykowym odnotowywane w krajach europejskich wahają się od 200 tys. do 2290 mln euro⁽³⁾. Tak duże odchylenia wyjaśnia częściowo różna wielkość poszczególnych państw członkowskich, a częściowo również różnice pod względem rodzajów odnotowanych wydatków i niekompletność danych. Większość krajów raportuje wyłącznie o wydatkach ponoszonych na wdrażanie krajowych programów polityki antynarkotykowej, a nie wyszczególnia innych kosztów w zakresie ograniczania podaży i popytu. Ponadto nie wszystkie główne dziedziny wydatków państwowych związanych ze zjawiskiem narkotykowym zawsze były ujmowane: 15 z 23 krajów dostarczyło szczegółowe informacje na temat wydatków na działalność w zakresie „zdrowia i opieki społecznej” (leczenie, ograniczanie szkód, badania nad zdrowiem, działalność edukacyjna, profilaktyczna i socjalna), a tylko 14 krajów przedstawiło dane dotyczące wydatków na działalność z zakresu egzekwowania prawa (policja, armia, sądownictwo, więziennictwo, służby celne i skarbowe). Informacje na temat wydatków w innych dziedzinach (np. administracja, koordynacja, monitorowanie i współpraca międzynarodowa) były przekazywane jeszcze rządziej (przez siedem krajów), podobnie jak dane dotyczące budżetów regionalnych i miejskich (sześć krajów).

Sześć krajów dostarczyło szczegółowe informacje o wydatkach na zwalczanie narkotyków (tabela 1). W tych krajach wydatki publiczne związane z narkotykami stanowiły od 0,11 do 0,96% łącznych wydatków rządowych za dany rok (mediana 0,32%) lub od 0,05 do 0,46% produktu krajowego brutto (PKB) (mediana 0,15%). Działalność z zakresu „egzekwowania prawa” wynosiła od 22 do 77% ogólnych wydatków, pozostała zaś część pokryła koszty działalności w dziedzinie „zdrowia i opieki społecznej”.

Według raportów krajów europejskich łączne wydatki publiczne na kwestie związane z narkotykami osiągnęły kwotę 8,1 mld euro. Podana liczba prawdopodobnie jest zaniżona w stosunku do całkowitej skali wspomnianych wydatków ze względu na brak kompletnych danych. Wydatki sześciu krajów ujętych w tabeli 1 wynoszą 76%

⁽³⁾ Ogólne dane dotyczące wydatków publicznych wiążących się z narkotykami w 2005 r. w państwach członkowskich i Norwegii zostały przekazane przez odpowiednie krajowe punkty kontaktowe.

Koszty zażywania narkotyków

Badania nad kosztami zażywania narkotyków mogą stanowić ważne źródło informacji przy opracowywaniu polityki antynarkotykowej i zarządzaniu nią.

Koszty związane z zażywaniem narkotyków dzielą się na dwie główne kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Koszty bezpośrednie to takie, które wiążą się z wydatkami; zwykle dotyczą one dziedzin profilaktyki, leczenia, ograniczania szkód oraz egzekwowania prawa. Koszty pośrednie to wartość usług wytwórczych niezrealizowanych z powodu zażywania narkotyków. Zwykle są to straty na wydajności będące skutkiem chorób i zgonów związanych z narkotykami. Koszty zażywaniem narkotyków mogą również obejmować koszty niematerialne wiążące się z bólem i cierpieniem, zwykle określane w postaci wskaźników jakości życia, jednak ta kategoria jest często pomijana ze względu na trudność w dokładnym wyrażeniu jej w jednostkach pieniężnych.

Badania kosztów można przeprowadzać z kilku różnych perspektyw, obejmujących różne koszty, na przykład: koszty ponoszone przez społeczeństwo jako całość, przez rząd, system opieki zdrowotnej, strony trzecie oraz osoby zażywające narkotyki i ich rodziny.

Z perspektywy społeczeństwa

Koszty społeczne związane z narkotykami są to wszystkie koszty bezpośrednie i pośrednie, ponoszone przez społeczeństwo z powodu zażywania narkotyków. Ich suma, wyrażona w jednostkach monetarnych, stanowi szacunkowy poziom całkowitego obciążenia społeczeństwa wynikającego z zażywania narkotyków (Single i in., 2001).

Ustalenie kosztów społecznych jest korzystne z kilku powodów. Po pierwsze, ujawnia poziom wydatków ponoszonych przez społeczeństwo na kwestie związane z narkotykami oraz pośrednio wskazuje, ile można byłoby zaoszczędzić, gdyby zażywanie narkotyków zostało całkowicie wyeliminowane. Po drugie, określa różne składniki kosztów oraz udział poszczególnych sektorów społeczeństwa. Taka informacja może pomóc w ustaleniu priorytetów finansowania poprzez wypuklenie dziedzin, w których dochodzi do trwonienia środków, a możliwe są oszczędności.

Łącznej kwoty zgłoszonej przez państwa członkowskie UE i Norwegię. Na podstawie danych dostarczonych przez tych sześć krajów obliczono, że łączne wydatki publiczne związane z narkotykami wynoszą od 13 mld do 36 mld euro⁽⁴⁾. Liczby te stanowiły od 0,12 do 0,33% PKB UE (25 krajów) z 2005 r.

Na poziomie UE Komisja Europejska zapewni znaczące środki na zwalczanie problemu narkotyków w ramach nowego budżetu na lata 2007–2013. Obecnie trwają negocjacje nad nowym instrumentem finansowania profilaktyki i informacji antynarkotykowej, zapewniającym środki w wysokości 21 mln euro. Budżet na ten cel może zostać przyjęty przed końcem 2007 r. i wówczas projekty ponadnarodowe w tym roku uzyskałyby dofinansowanie w kwocie 3 mln euro. Także inne nowe instrumenty finansowe, takie jak Program zapobiegania i walki z przestępczością, Program zdrowia publicznego

Z perspektywy wydatków publicznych

Termin „wydatki publiczne” odnosi się do wartości towarów i usług zakupionych przez władze państwowe (tj. centralne, regionalne i lokalne) w celu wykonywania swoich funkcji (tj. w zakresie opieki zdrowotnej, wymiaru sprawiedliwości, porządku publicznego, edukacji i usług socjalnych). Analiza wydatków publicznych państwa zapewnia użyteczne informacje na temat efektywnego i sprawnego gospodarowania środkami przez rząd.

Oszacowanie wydatków publicznych związanych z narkotykami to zadanie odmienne niż oszacowanie kosztów społecznych. Wydatki publiczne stanowią jedynie część kosztów społecznych, głównie w postaci kosztów bezpośrednich. Koszty pośrednie zostają z tej kategorii formalnie wykluczone, ponieważ ponoszą je prywatni interesariusze (np. prywatne towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych). Bezpośrednie wydatki publiczne wyraźnie oznaczone jako „związane z narkotykami” można początkowo śledzić poprzez gruntowny przegląd urzędowych dokumentów zawierających sprawozdania finansowe (budżetowe lub sporządzane na koniec roku). Ocena staje się bardziej skomplikowana, gdy wydatki bezpośrednie związane z narkotykami nie są wskazane jako takie, ale zostały ujęte w programach o szerszych celach (np. budżet ogólny na działalność policji). W takim przypadku należy je obliczyć przy użyciu metod modelowania.

Podstawowym celem kalkulacji kosztów społecznych jest zmierzenie obciążenia, jakie społeczeństwo ponosi z powodu problemów narkotykowych w stosunku do kosztów społecznych związanych z rozwiązywaniem tych problemów (wraz z potencjalnymi skutkami pośrednimi). Ostatecznie prowadzi to do kwestii efektywności i skuteczności: Czy rządy wydają środki na właściwe problemy w rozsądny sposób? Niektórzy autorzy (Reuter, 2006) zaproponowali jednak, że do celów polityki wydatki publiczne mają większe znaczenie niż koszty społeczne. Wyznaczenie budżetu dotyczącego działań antynarkotykowych pomaga w określeniu polityki, którą rząd wykorzystuje do ograniczania zażywania narkotyków i związanych z tym problemów. Stanowi on pierwszy krok w kierunku podjęcia decyzji o poziomie i adekwatności takiej polityki.

na lata 2007–2013 oraz Siódmy program ramowy na rzecz badań i rozwoju technologicznego na lata 2007–2013, zapewniają możliwość dofinansowania organizacji działających w różnych aspektach dziedziny narkotyków. Ponadto, począwszy od 2005 r., KE i państwa członkowskie współfinansowały kwotą 750 mln euro projekty pomocowe związane z narkotykami realizowane w krajach trzecich.

W odpowiedzi na plan działania antynarkotykowego UE na lata 2005–2008 EMCDDA opracowuje obecnie metodologię, która umożliwi państwom członkowskim, krajom kandydującym i Norwegii zebranie znormalizowanych danych na temat wydatków związanych z narkotykami. Ułatwi to EMCDDA oszacowanie łącznych wydatków publicznych przyznanych na kwestie narkotykowe oraz na różne działania.

⁽⁴⁾ Spośród sześciu wspomnianych krajów cztery (Węgry, Niderlandy, Finlandia i Szwecja) dostarczyły szczegółowy opis modelowej metody obliczania danych. W odniesieniu do pozostałych krajów wartość pierwszego i trzeciego kwartyłu rozkładu procentowego łącznych ogólnych wydatków rządowych (odpowiednio 0,18 i 0,69%) oraz odsetka PKB (odpowiednio 0,08 i 0,37%) przeznaczanego na wydatki publiczne przez te sześć krajów oznacza interwał ogólnych całkowitych zakumulowanych wydatków.

Tabela 1: Porównanie wybranych krajów, które dostarczyły kompletne dane i dodatkowe informacje na temat podziału wydatków publicznych związanych z narkotykami

Kraj	Łączne zgłoszone wydatki			Odsetek łącznych wydatków przeznaczonych na	
	kwota (w mln euro)	wyrażone jako procent całkowitych wydatków publicznych ⁽¹⁾ (%)	wyrażone jako procent PKB ⁽²⁾ (%)	zdrowie i opiekę społeczną ⁽³⁾ (%)	egzekwowanie prawa ⁽⁴⁾ (%)
Belgia ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Węgry	43,5	0,11	0,05	23	77
Niderlandy	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finlandia	272,0	0,36	0,18	76	24
Szwecja (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Zjednoczone Królestwo	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Łączne ogólne wydatki rządowe w danym roku (źródło: Eurostat).

⁽²⁾ Produkt krajowy brutto w danym roku (źródło: Eurostat).

⁽³⁾ Wydatki w zakresie zdrowia i opieki społecznej obejmują leczenie, ograniczanie szkód, badania nad zdrowiem oraz działalność edukacyjną, profilaktyczną i socjalną. W przypadku Finlandii oprócz „zapobiegania nadużywaniu substancji” podana kwota obejmuje również szkody majątkowe, monitorowanie i badania.

⁽⁴⁾ Wydatki na działalność z zakresu egzekwowania prawa obejmują wydatki na policję, wojsko, sądownictwo, więziennictwo, służby celne i skarbowe.

⁽⁵⁾ Belgia przeznaczyła również 3% łącznych zgłoszonych wydatków na „działalność związaną z zarządzaniem polityką”.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe i Eurostat.

Rozwój prawa i polityki UE

Pod koniec 2006 r. Komisja Europejska przedstawiła pierwszą ocenę postępu ⁽⁵⁾ osiągniętego podczas wdrażania planu działania antynarkotykowego UE (2005–2008). Oceniono zakres realizacji działań planowanych na 2006 r. i osiągnięcie celów wyznaczonych na ten okres. EMCDDA włączyło się do tego zadania, opracowując raporty. Podobne zadanie będzie realizowane w 2007 r., przed dokonaniem ostatecznej oceny wpływu planu działania antynarkotykowego UE, która zostanie przedstawiona przez Komisję Europejską w 2008 r.

W czerwcu 2006 r. Komisja Europejska wydała zieloną księgę dotyczącą roli społeczeństwa obywatelskiego w polityce antynarkotykowej w Unii Europejskiej ⁽⁶⁾, zgodnie z planem działania antynarkotykowego. Celem tej publikacji było zbadanie sposobów jak najlepszej organizacji stałego dialogu z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego działającymi w dziedzinie narkotyków. Interesariuszy zaproszono do skomentowania dwóch opcji dialogu strukturalnego: forum społeczeństwa obywatelskiego w sprawie narkotyków jako platforma regularnych nieformalnych konsultacji lub tematyczne powiązanie istniejących sieci.

Zaangażowanie społeczeństwa obywatelskiego w politykę antynarkotykową UE stanowi jeden z głównych celów szczegółowego programu profilaktyki i informacji antynarkotykowej 2007–2013 ⁽⁷⁾, zaproponowanego przez Komisję Europejską w ramach ogólnego programu

praw podstawowych i sprawiedliwości. Ogólnym celem programu antynarkotykowego jest stworzenie z Europy regionu wolnego, bezpiecznego i sprawiedliwego poprzez udoskonalenie rozpowszechniania informacji na temat skutków zażywania narkotyków oraz przez zapobieganie i ograniczanie stosowania narkotyków, zmniejszanie zakresu uzależnień oraz szkód powodowanych przez narkotyki. W programie tym przewidziano na okres 2007–2013 budżet ogólny w wysokości 21 mln euro. Nadal trwają dyskusje nad programem narkotykowym w Parlamencie Europejskim i Radzie z myślą o jego przyjęciu w ramach procedury współdecydowania.

Sprawozdania dotyczące kosztów społecznych zażywania narkotyków

Dane dotyczące społecznych kosztów zażywania narkotyków są przekazywane jedynie przez niewielką liczbę krajów. W Finlandii (dane za 2004 r.) pośrednie koszty związane z zażywaniem narkotyków, w tym niewłaściwym przyjmowaniem środków farmaceutycznych, zostały skalkulowane na poziomie od 400 mln do 800 mln euro, z czego od 306 mln do 701 mln przypadają na koszty utraty życia z powodu przedwczesnych zgonów, straty produkcyjne wyniosły zaś od 61 mln do 102 mln euro. We Francji koszty społeczne zażywania nielegalnych narkotyków w 2003 r. oszacowano na kwotę 907 mln euro, w Luksemburgu w 2004 r. oceniono je zaś na 29,7 mln euro.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

⁽⁶⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

⁽⁷⁾ COM(2006) 230 wersja ostateczna.

Nowe przepisy krajowe

Ograniczenie podaży

W ubiegłym roku państwa członkowskie wprowadziły liczne zmiany legislacyjne w zakresie ograniczania popytu, ale w 2006 r. szereg krajów podjęło również środki w celu udoskonalenia ram prawnych dotyczących handlu narkotykami oraz ograniczania podaży.

W Irlandii zasadnicze zmiany polegały na wprowadzeniu ustawy o wymiarze sprawiedliwości z 2006 r., która określa nowe kategorie przestępstw związanych z rozprowadzaniem narkotyków wśród więźniów, ustanawia przepisy zwalczania zachowań antyspołecznych oraz przedstawia propozycje wzmocnienia obowiązku nakładania minimum 10-letniego wyroku za handel narkotykami o wartości rynkowej co najmniej 13 tys. euro. Karana jest przynależność do organizacji przestępczej (według definicji prawnej) lub wspomaganie jej działalności. Stworzono także rejestr sprawców przestępstw narkotykowych, który nakłada na skazanych za handel narkotykami obowiązek wskazania policji adresu miejsca pobytu po wyjściu z więzienia. Dla odmiany na Węgrzech wprowadzono zmiany proceduralne w formie klauzuli Komendy Głównej Policji Węgierskiej, która ma na celu skodyfikowanie całej działalności policyjnej związanej z narkotykami i ich prekursorami w celu ułatwienia zwalczania przestępczości narkotykowej.

Opracowano bądź poprawiono procedury wykorzystania niektórych narzędzi do zwalczania handlu narkotykami. W Estonii, w maju 2005 r., zmieniono ustawę o środkach odurzających i substancjach psychotropowych oraz akty powiązane w celu rozszerzenia zakresu nadzoru. Przepisy wdrożone w Rumunii w czerwcu 2006 r. wprowadziły europejski nakaz aresztowania oraz ustanowiły procedury jego stosowania, a także środki usprawnienia współpracy sądowej, nadzoru i transgranicznego ścigania przestępstw oraz transferu procedur prawnych. W Bułgarii nowy kodeks karny wprowadzony w październiku 2005 r. reguluje kwestie dostaw kontrolowanych, transakcji poufnych i tajnych dochodzeń. Obowiązują tam również przepisy czasowej ochrony świadków w sprawach dotyczących narkotyków oraz, w pewnych okolicznościach, utajnienie tożsamości świadków, jak również specjalne zasady ich przesłuchiwania oraz wykorzystywania tajnych oficerów.

Podobne narzędzia mają do dyspozycji prokuratorzy w innych krajach. W Republice Czeskiej ściganie przestępstw związanych z narkotykami często wiąże się z odwołaniem do tych przepisów kodeksu karnego, które umożliwiają utajnienie tożsamości świadka i inwigilację osób. Ustawa o ochronie świadków była również szeroko stosowana w sprawach dotyczących narkotyków na Cyprze.

Ostatnio zaobserwowane nasilenie handlu kokainą zwróciło uwagę na rejon Karaibów. Od 2003 r. w Niderlandach specjalny sąd wyposażony w obiekty więzienne działa na lotnisku Schiphol. Od początku 2005 r. kontrolą objęto 100% lotów z głównych krajów regionu Karaibów. W 2004 r. aresztowano miesięcznie średnio 290 kurierów przewożących narkotyki. Liczba ta zmniejszyła się do 80 na początku 2006 r. We Francji wprowadzone w październiku

2005 r. prawo przewiduje wzmocnienie współpracy w regionie Karaibów z myślą o przechwytywaniu nielegalnych narkotyków przewożonych drogą powietrzną i morską.

Regulacje w zakresie testów narkotykowych

Szereg krajów poinformowało o wprowadzeniu ustawodawstwa zezwalającego na objęcie testami narkotykowymi kierowców, aresztantów, więźniów lub pracowników w różnych sytuacjach, a także definiującego i regulującego te kwestie.

Wyrzykowa kontrola drogowa kierowców z użyciem urządzeń testowych do szybkiego wykrywania narkotyków jest obecnie dozwolona na Litwie, zgodnie z uchwałą zatwierdzającą narodowy program bezpiecznego ruchu drogowego na lata 2005–2010, oraz w Luksemburgu na podstawie projektu ustawy z 2004 r. zmieniającej prawo o ruchu drogowym. Zmienione prawo karne na Łotwie nakłada kary na kierowców, którzy odmówią poddania się testowi w związku z podejrzeniem prowadzenia pojazdu pod wpływem środków odurzających, z opcją nałożenia kary więzienia w przypadku powtórnej odmowy w okresie roku. Również na Łotwie zmieniona ustawa o policji stanowi obecnie, że daną osobę można przewieźć do placówki medycznej w celu stwierdzenia, czy nie znajduje się ona pod wpływem alkoholu, substancji narkotykowych, psychotropowych lub toksycznych. Ustawa ta odnosi się do rozporządzeń ministerialnych, które określają szczegółową procedurę. Procedury dotyczące testów narkotykowych u kierowców opisano bardziej szczegółowo w wybranych zagadnieniach na temat narkotyków i prowadzenia samochodu z 2007 r.

Określone grupy aresztantów można obecnie poddać testom narkotykowym w Szkocji, co jest też zgodne ze stanowiskiem Anglii i Walii, a nowy projekt regulaminu więziennictwa opublikowany w Irlandii w czerwcu 2005 r. przez Departament Sprawiedliwości, Równości i Reformy Prawa wprowadza możliwość obowiązkowego przeprowadzania testów narkotykowych u osadzonych. Wspomniane testy będą przeprowadzane w interesie porządku, bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. Będą oparte na badaniach próbek moczu, śliny i/lub włosów.

W Norwegii można przeprowadzać testy narkotykowe w miejscu pracy tylko pod warunkiem uzyskania zgody pracownika lub osoby ubiegającej się o pracę. Po wejściu w życie rozdziału 9-4 ustawy o miejscu pracy z 2005 r. pracodawca może zażądać od pracownika lub osoby ubiegającej się o pracę poddania się testowi narkotykowemu wyłącznie w okolicznościach określonych w statucie i regulaminie lub gdy pracownik pod wpływem środków odurzających stwarza szczególnie duże zagrożenie w pracy, bądź gdy pracodawca uzna, że testy są niezbędne do ochrony życia i zdrowia pracowników lub stron trzecich. Nowy dekret fińskiego rządu w sprawie testów narkotykowych w miejscu pracy ustanawia wyczerpującą listę przepisów dotyczących udzielania zgody oraz wymagań jakościowych, które mają spełniać laboratoria testowe, próbki i wyniki testów.

W Republice Czeskiej zasady regulujące przeprowadzanie testów antynarkotykowych przez policję, personel więzienny lub pracowników zostały obecnie określone w ustawie nr 379/2005 zbioru praw w sprawie „środków zapobiegania szkodom powodowanym przez wyroby tytoniowe, alkohol i inne substancje uzależniające”. Specjalistyczne badanie jest obowiązkowe, kiedy można przypuszczać, że zażywanie substancji przez daną osobę wywoła stan, który może wyrządzić szkodę tej osobie lub innym. Ustawa ta określa również przypadki, w których policja, personel więzienny lub pracodawca ma prawo wykonać test oddechowy bądź pobrać próbkę śliny. Badania medyczne polegające na przeprowadzeniu testu oddechowego i pobraniu materiału biologicznego można wykonywać wyłącznie w placówce medycznej o odpowiednich kompetencjach specjalistycznych i wykonawczych.

Przestępstwa związane z narkotykami

Potrzeba zapobiegania przestępczości związanej z narkotykami zajmuje ważną pozycję w europejskim programie politycznym. Na tę pozycję wskazuje fakt, że obecna strategia antynarkotykowa UE identyfikuje wspomniany cel jako kluczowy obszar działania w zakresie zapewniania ogółowi społeczeństwa wysokiego poziomu bezpieczeństwa.

Wśród zadań zawartych w 2007 r. w planie działania antynarkotykowego UE na lata 2005–2008 znajduje się przyjęcie wspólnej definicji „przestępstwa związanego z narkotykami” na podstawie propozycji Komisji Europejskiej, opartej na badaniach przeprowadzonych przez EMCDDA. Różne dyscypliny i różni specjaliści definiują znaczenie wyrażenia „przestępstwo związane z narkotykami” w niejednolity sposób, ale można uznać, że obejmuje ono cztery obszerne kategorie: *przestępstwa psychofarmakologiczne* (popelniane pod wpływem substancji psychoaktywnej), *przestępstwa kompulsywne o charakterze ekonomicznym* (popelniane w celu uzyskania pieniędzy, towarów lub narkotyków dla dalszego zażywania narkotyków), *przestępstwa systemowe* (popelniane w ramach funkcjonujących rynków narkotyków nielegalnych) oraz *naruszenie prawa antynarkotykowego* (w tym zażywanie i posiadanie narkotyków, sprzedaż uliczna, handel narkotykami itd.) (patrz również EMCDDA, 2007a).

Definicje pierwszych trzech z wymienionych aspektów przestępstw są często trudne do zastosowania w praktyce. Istnieje niewiele danych na ten temat i są one wyrywkowe. Informacje dotyczące „zgłoszeń”⁽⁸⁾ o naruszeniu prawa antynarkotykowego są dostępne we wszystkich krajach europejskich analizowanych w niniejszym sprawozdaniu. Dane te jednakże odzwierciedlają różnice w krajowych przepisach prawa oraz w sposobach ich stosowania i egzekwowania oraz w priorytetach i zasobach przydzielanych przez instytucje prawa karnego na obsługę poszczególnych przypadków naruszenia prawa. Ponadto widoczne są różnice w krajowych systemach informowania

o naruszeniach prawa antynarkotykowego, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk raportowania i rejestrowania, czyli tego, które dane są rejestrowane, kiedy i w jaki sposób. W rezultacie przeprowadzenie porównań między krajami może być utrudnione. Zatem bardziej właściwe jest porównywanie tendencji niż liczb bezwzględnych oraz uwzględnianie liczby ludności kraju podczas analizy średnich trendów europejskich. Ogólnie na poziomie europejskim liczba „zgłoszeń” dotyczących naruszenia prawa antynarkotykowego wzrosła średnio o 47% między 2000 a 2005 r. (wykres 1). Dane ujawniają tendencje wzrostowe we wszystkich krajach objętych raportem z wyjątkiem Łotwy, Portugalii i Słowenii, które poinformowały o generalnym spadku w ciągu pięcioletniego okresu⁽⁹⁾.

Proporcje między przestępstwami dotyczącymi zażywania narkotyków a przestępstwami dotyczącymi handlu są zróżnicowane, przy czym większość krajów europejskich podaje, że większość przestępstw wiąże się z zażywaniem lub posiadaniem narkotyków na własny użytek: dane z 2005 r. sięgają 91% w Hiszpanii⁽¹⁰⁾. Tymczasem w Republice Czeskiej, Luksemburgu, Niderlandach, Turcji i Norwegii dominują przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu, związane ze sprzedażą uliczną i handlem, przy czym stanowią one do 92% (Republika Czeska) wszystkich przypadków naruszenia prawa antynarkotykowego odnotowanych w 2005 r.

W większości krajów europejskich konopie indyjskie to nielegalny narkotyk, który dominuje w odnotowanych przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu⁽¹¹⁾. W tych krajach przestępstwa związane z konopiami indyjskimi stanowiły w 2005 r. 42–74% wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego. W Republice Czeskiej przeważały przestępstwa związane z metamfetaminą, których udział we wszystkich naruszeniach prawa antynarkotykowego wynosił 53%, podczas gdy w Luksemburgu większość przypadków dotyczyła kokainy (35% wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego).

W pięcioletnim okresie 2000–2005 liczba „zgłoszeń” o przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu związanych z konopiami indyjskimi utrzymywała się na stałym poziomie lub wzrosła w większości krajów objętych raportem, dając w efekcie ogólny średni wzrost w wysokości 36% na poziomie UE (wykres 1). Zanotowano jednak również tendencje spadkowe w Republice Czeskiej (2002–2005) i Słowenii (2001–2005).

We wszystkich krajach objętych raportem, z wyjątkiem Luksemburga i Niderlandów, konopie indyjskie to narkotyk najczęściej związany z przestępstwami dotyczącymi zażywania lub posiadania narkotyków na własny użytek. Jednakże odsetek przestępstw z udziałem konopi indyjskich zmniejszył się w kilku krajach (w Grecji, we Włoszech, na Cyprze, w Austrii, Słowenii i Turcji) w stosunku do 2000 r. oraz obniżył w większości krajów objętych raportem w ostatnich latach, za które dostępne są dane (2004–2005), wskazując na możliwe mniejsze zainteresowanie organów

⁽⁸⁾ Termin „zgłoszenie” dla przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu został ujęty w cudzysłowie, odzwierciedla bowiem różne pojęcia w poszczególnych państwach (raporty policyjne na temat podejrzanych o przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu, zarzuty w przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu itd.). Dokładne definicje używane w każdym kraju zamieszczono w uwagach metodologicznych na temat naruszeń prawa antynarkotykowego w biuletynie statystycznym na 2007 r.

⁽⁹⁾ Patrz tabela DLO-1 w biuletynie statystycznym na 2007 r.

⁽¹⁰⁾ Patrz tabela DLO-2 w biuletynie statystycznym na 2007 r.

⁽¹¹⁾ Patrz tabela DLO-3 w biuletynie statystycznym na 2007 r.

ścigania w tych krajach przestępstwami związanymi z konopiami indyjskimi niż z pozostałymi narkotykami⁽¹²⁾.

Liczba przestępstw z udziałem kokainy zwiększyła się w okresie 2000–2005 we wszystkich krajach z wyjątkiem Niemiec, gdzie dane te pozostają na względnie stałym poziomie. W ciągu tego samego okresu średnia unijna wzrosła o 62% (wykres 1).

„Zgłoszenia” o przestępstwach przeciwko prawu narkotykowemu związanych z heroiną w latach 2000–2005 przedstawiają odmienny obraz niż te dotyczące konopi indyjskich czy kokainy. W Unii Europejskiej zanotowano ogólny spadek średnio o 15%, głównie między 2001 a 2003 rokiem. Jednakże krajowe tendencje dotyczące przestępstw związanych z heroiną różnicowały się w tym okresie, a jedna trzecia krajów odnotowuje tendencje wzrostowe⁽¹³⁾.

Badania nad problemem narkotykowym

Finansowanie

Według informacji z krajowych punktów kontaktowych badania związane z narkotykami w Europie są finansowane z krajowych i europejskich funduszy publicznych. Kilka krajów członkowskich zgłosiło, że badania nad narkotykami są finansowane z ogólnych narodowych funduszy badawczych (Niemcy, Niemcy, Finlandia, Zjednoczone Królestwo), funduszy badawczych ministerstwa zdrowia (Włochy) lub z funduszy znajdujących się pod kontrolą krajowej instytucji koordynującej działania antynarkotykowe (Francja, Szwecja). W Rumunii badania są finansowane za pośrednictwem organizacji międzynarodowych, takich jak Fundusz Światowy.

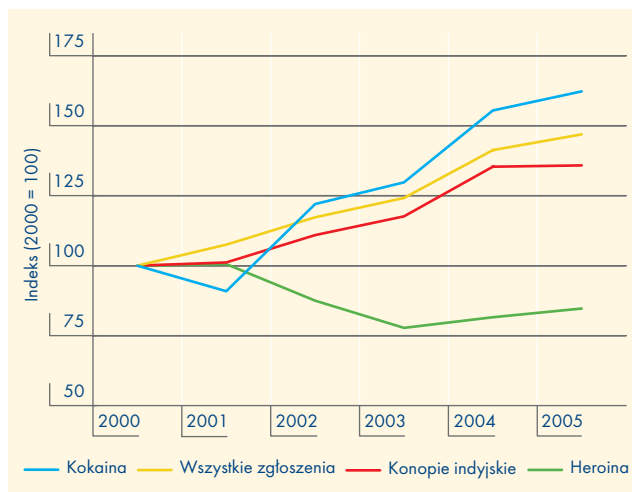
Działalność badawcza

Przyjmując liczbę publikacji naukowych poddanych ocenie w czasopiśmie czytanych przez specjalistów z danej dziedziny za wskaźnik aktywności naukowej, analiza takich publikacji w latach 2005–2006 i cytatów z nich w krajowych raportach ujawnia odmienny wzorzec tematycznych priorytetów badawczych w poszczególnych krajach.

Istotnym tematem badawczym wydaje się leczenie uzależnień, przy czym większość badań analizuje różne aspekty leczenia zastępczego. Badania nad profilaktyką stanowią znacznie mniejszy odsetek publikacji naukowych cytowanych w raportach krajowych. Wśród pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA najliczniej reprezentowane są publikacje na temat chorób zakaźnych, a następnie na temat rozpowszechnienia narkotyków wśród młodzieży.

Tematyka publikacji naukowych cytowanych w raportach krajowych różni się w poszczególnych państwach. Publikacje na temat badań nad sposobami leczenia,

Wykres 1: Zindeksowane tendencje w zgłoszeniach przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w państwach członkowskich UE w latach 2000–2005



Uwagi: Tendencje przedstawiają dostępne informacje o liczbie zgłoszeń przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu (sprawy karne i pozostałe), przekazane przez organy ścigania w państwach członkowskich UE. Wszystkie serie są zindeksowane – za podstawę (100) przyjmuje się rok 2000 – i ważone według liczby ludności krajów w celu uzyskania ogólnej tendencji europejskiej.

Ponieważ definicje i jednostki badawcze różnią się znacznie w zależności od kraju, użyty został ogólny termin „zgłoszenia przestępstw przeciwko prawu narkotykowemu”. Więcej informacji znajduje się w tekście „Przestępstwa przeciwko prawu narkotykowemu: metody i definicje” w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Kraje, dla których brakuje danych za co najmniej dwa kolejne lata, nie zostały uwzględnione przy dokonywaniu obliczeń: tendencję ogólną wyznaczono na podstawie danych 24 krajów, tendencje dotyczące heroiny – z 14 krajów, kokainy – z 14 krajów i konopi indyjskich – z 15 krajów.

Patrz wykres DLO-6 w Biuletynie statystycznym, aby uzyskać dodatkowe informacje.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe Reitox, a w przypadku danych demograficznych: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

wzłascza pacjentów zarażonych wirusowym zapaleniem wątroby typu C, są cytowane szczególnie często w raporcie niemieckim, raport duński zaś koncentruje się na nowych metodach leczenia. Studia badawcze cytowane w Zjednoczonym Królestwie dotyczą głównie problemowego zażywania narkotyków, przestępstw oraz zagadnień rynkowych. Nieliczne odniesienia do badań neurologicznych pochodzą głównie z Danii, choć także francuski MILDT sfinansował serię projektów badawczych w tej dziedzinie.

Niedawno rozpoczęte programy badawcze dowodzą istnienia podobnych krajowych priorytetów badawczych wśród państw członkowskich. Obecnie w Niemczech krajowe środki na finansowanie badań zostały przeznaczone na optymalizację leczenia w celu sprostania potrzebom terapeutycznym, w tym na badania podstawowe. W 2006 r. Niemcy uruchomiły program badawczy „Zachowania wysokiego ryzyka i uzależnienie”. Niedawno w Zjednoczonym Królestwie rozpoczęto badania nad jakością systemów leczenia oraz młodzieżą problemowo zażywającą narkotyki. Nowe państwa członkowskie koncentrują się głównie na tworzeniu bazy naukowej dla

⁽¹²⁾ Warto zwrócić uwagę, że w niektórych krajach, gdzie odsetek przestępstw związanych z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich zmniejszył się, rosła liczba bezwzględna dotycząca tych przestępstw.

⁽¹³⁾ To, że europejska średnia nie odzwierciedla wzrostu przestępstw związanych z heroiną w połowie krajów objętych raportem, jest spowodowane głównie faktem, że kraje, dla których brakuje danych za kolejne dwa lata, nie są ujęte w średniej europejskiej, a także uwzględnieniem wielkości populacji kraju przy obliczaniu średniej (przypisując w ten sposób większą wagę liczbom z niektórych krajów w porównaniu z innymi).

systemów monitorowania, na przykład za pomocą badań ankietowych wśród młodzieży.

Badania UE

Badania związane z narkotykami są dofinansowywane przez UE za pośrednictwem badawczych programów ramowych, z których najnowszy, siódmy program ramowy (2007–2013), został uruchomiony pod koniec 2006 r. Projekty badawcze informujące o ich wynikach w latach 2005/2006 pochodziły z sekcji „jakość życia” piątego badawczego programu ramowego (1998–2002). Wśród nich znalazły się: „Quasi-obowiązkowe leczenie uzależnionych sprawców wykroczeń w Europie” (QCT), „Potrzeby w zakresie wsparcia osób zażywających kokainę i crack w Europie” (COCINEU) oraz „Zintegrowane usługi ukierunkowane na podwójną diagnozę i optymalne leczenie uzależnień” (ISADORA).

Narkotyki a prowadzenie pojazdów – Wybrane zagadnienia EMCDDA z 2007 r.

Substancje psychoaktywne mogą upośledzać zdolność do prowadzenia pojazdów w stopniu zwiększającym ryzyko spowodowania wypadków i obrażeń. Zagadnienia wybrane dotyczące narkotyków i prowadzenia pojazdów stanowią przegląd różnego rodzaju badań na ten temat, ze szczególnym uwzględnieniem zażywania pochodnych konopi indyjskich oraz benzodiazepin, jak również metod profilaktyki oraz podejścia prawnego do tego problemowego zachowania.

Niniejsze zagadnienie dostępne jest w wersji drukowanej i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Rozdział 2

Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie

Plan działania antynarkotykowego 2005–2008 w szczególności wzywa państwa członkowskie do zagwarantowania łatwo dostępnych, skutecznych i zróżnicowanych metod zapobiegania, leczenia, ograniczania szkód i integracji społecznej. Te aspekty problemu narkotykowego w Europie zostaną omówione bardziej szczegółowo w niniejszym rozdziale.

Strategie zapobiegawcze mogą być skierowane do różnych grup – począwszy od całej populacji, a skończywszy na określonych grupach ryzyka – stosowane wówczas metody są odpowiednio zróżnicowane. Osoby zażywające narkotyki i uzależnione mogą również korzystać ze środków leczniczych oraz środków ograniczania szkód. Ich skuteczność została oceniona podczas badań wynikowych. Środki ograniczania szkód mają na celu zapobieganie zgonom powiązanim z narkotykami oraz zmniejszanie szkodliwych skutków zdrowotnych, na przykład przeciwdziałanie zarażeniom HIV lub wirusowym zapaleniom wątroby typu C. Uzależnienie od heroiny zwykle jest leczone terapią zastępczą. W odniesieniu do uzależnień od pochodnych konopi indyjskich, amfetaminy i kokainy opracowano specjalne programy. W przypadku leczenia zakończonego pomyślnie kolejny krok stanowi społeczna integracja. Jak opisano poniżej, warunki życia wielu osób zażywających narkotyki są niedostateczne, zatem strategie społecznej integracji muszą często pokonywać poważne problemy.

W przypadku każdego rodzaju interwencji podano przykłady z różnych krajów oraz omówiono wyniki dowodzące skuteczności metod lub jej braku.

Profilaktyka

Efekte poszczególnych strategii zapobiegawczych nie można mierzyć zmianami w rozpowszechnieniu zażywania narkotyków na poziomie populacji. Jednakże wszystkie strategie zapobiegawcze można porównywać ze zgrupowanym zbiorem informacji w celu stwierdzenia, czy działanie interwencyjne zostało oparte na dowodach. Wymaga to wyczerpujących danych na temat zawartości, zakresu oraz liczby działań zapobiegawczych.

Poprawa jakości dostępnych informacji: monitorowanie, kontrola i ocena

Państwa członkowskie coraz częściej monitorują działania zapobiegawcze, dostarczając w ten sposób danych na temat zawartości i dostępności działań. Zakres informacji rozszerzyły Niemcy, Niderlandy i Norwegia.

Grecja, Cypr, Litwa i Włochy monitorują profilaktykę szkolną, Grecja, Polska, Szwecja i Finlandia objęły zaś badaniem działania zapobiegawcze dla społeczności, natomiast we Francji utworzono scentralizowany system monitorowania prewencji antynarkotykowej. Niektóre kraje (Republika Czeska, Autonomiczny Region Galicji w Hiszpanii, Węgry i Norwegia) już w tej chwili koncentrują się na bazie dowodowej przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie oraz rozważają wprowadzenie systemów akredytacji. Portugalia, Finlandia i Rumunia ustaliły minimalne kryteria jakościowe, jakie mają spełniać programy zapobiegania narkotykom.

Informacje pochodzące z Węgier i Niderlandów sugerowałyby, że istnienie systemów monitorowania profilaktyki oraz wyznaczenie kryteriów jakościowych prowadzi do usprawnienia raportowania na temat projektów oraz ich ocen, a także skutkuje wyższą jakością działań interwencyjnych.

Większość programów zapobiegawczych nie jest poddawana ocenie. Te zaś, które jej podlegają, zwykle są oceniane pod względem „zakresu działań oraz ich akceptacji”, a nie „stopnia osiągnięcia celów” (raport krajowy z Grecji).

W ubiegłych kilku latach ocenę skuteczności profilaktyki przeprowadzono w Niemczech (Bühler i Kröger, 2006) i Zjednoczonym Królestwie (Canning i in., 2004; Jones i in., 2006). Ocenę taką wykonała również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) (Hawks i in., 2002). Jest ona pomocna w definiowaniu dobrej praktyki w zakresie strategii zapobiegawczych. W najnowszym, szeroko zakrojonym badaniu (Bühler i Kröger, 2006) oceniono 49 przeglądów jakościowych, takich jak oceny i metaanalizy, na temat profilaktyki nadużywania substancji oraz zaprezentowano wnioski dotyczące skutecznych strategii zapobiegania narkotykom. W punktach poniżej omówiono skuteczność różnych rodzajów strategii na podstawie wspomnianego badania i innych badań.

Kampanie medialne

Hawks i in. (2002), zgodnie z HDA (2004), wskazują, że „wykorzystanie samych mediów, szczególnie wobec istnienia innych wzajemnie znoszących się wpływów, nie zostało uznane za skuteczny sposób ograniczania zażywania substancji psychoaktywnych różnego rodzaju. Jednakże stwierdzono, że media podnoszą poziom poinformowania i stanowią wsparcie dla inicjatyw policji”. Tymczasem inne źródła dowodzą, że kampanie medialne mogą mieć pozytywny wpływ, jeśli są wykorzystywane jako środek

Praktyka oparta na dowodach

Do praktyk opartych na dowodach należą działania interwencyjne (np. leczenie uzależnień od narkotyków), systematycznie potwierdzone i poparte badaniami naukowymi, prowadzące do osiągnięcia oczekiwanych rezultatów u pacjentów (np. ograniczenie zażywania narkotyków). Powszechnie wykorzystywane kryteria, na podstawie których interwencja zostaje sklasyfikowana jako praktyka oparta na dowodach, to skuteczność i efektywność (Brown i in., 2000; Flay i in., 2005).

Skuteczność to miara poziomu oddziaływania interwencji w warunkach idealnych. Skuteczność najlepiej można określić poprzez badanie z udziałem grupy kontrolnej, w ramach której uczestnicy są poddawani testowanemu działaniu, grupa kontrolna zostaje zaś objęta innego rodzaju działaniem albo nie podlega żadnemu oddziaływaniu, bądź poprzez badanie z udziałem losowo wybranej grupy kontrolnej, w której uczestnikom wrywkowo przydziela się jedno z dwóch działań interwencyjnych (Cochrane Collaboration, 2007). Ogólnie uważa się, że skuteczność interwencji można ustalić tylko przy pomocy testów z udziałem grupy kontrolnej lub losowo wybranej grupy kontrolnej, zwłaszcza w połączeniu z oceną procesu, zapewniając w ten sposób bazę do opracowania właściwej praktyki i polityki.

Niestety, losowe przydzielenie uczestników do danego działania interwencyjnego lub grupy kontrolnej nie zawsze jest wykonalne.

Efektywność to miara poziomu wpływu działania interwencyjnego w warunkach normalnych. Często interwencje, które uzyskały obiecujące wyniki w testach z udziałem grupy kontrolnej, są wdrażane w danej społeczności w celu

przeanalizowania ich rezultatów w rutynowych warunkach. Badania efektywności, np. krajowe badania wyników leczenia, dotyczą głównie wpływu działania interwencyjnego na zdrowie lub innych skutków, które mają stanowić dowód jego oddziaływania.

Proces ustalania dowodów jednak komplikuje fakt, że istnieją różne poglądy na temat sposobu oceny jakości badań analizujących skuteczność czy efektywność, a także na temat wyboru rodzaju metody badawczej (np. ilościowa czy jakościowa) najbardziej odpowiedniej, by dowieść oddziaływania interwencji. W konsekwencji wnioski dotyczące oddziaływania interwencji mogą być wielorakie. Sposób oceny i kwalifikacji różnych źródeł dowodów w procesie podejmowania decyzji wciąż jest wyzwaniem. Może to być nawet trudniejsze w przypadku interwencji, dla których nie powstała jeszcze solidna baza dowodowa, a doświadczenie sugeruje ich efektywność.

Pomimo wspomnianych trudności pozostaje w mocy główne założenie, że dowody mogą pomóc w udoskonaleniu praktyki i polityki opieki zdrowotnej. Należy więc podtrzymywać dyskusję na temat praktyk opartych na dowodach, wskazując jednocześnie wyraźne kryteria oceny materiału dowodowego.

Chcąc przyczynić się do wymiany i dalszego rozpowszechniania praktyk opartych na dowodach, EMCDDA opracowuje portal internetowy, który będzie stanowił przegląd najnowszych dostępnych dowodów dotyczących efektywności różnego rodzaju interwencji, jak również istniejących narzędzi służących podnoszeniu jakości tych działań oraz konkretnych przykładów najlepszych praktyk wdrożonych w państwach członkowskich UE. Istotnym źródłem informacji dla portalu będzie Cochrane Collaboration.

wspomagający w celu wzmocnienia innych strategii (Bühler i Kröger, 2006).

Podczas oceny szkockiej kampanii antykokainowej „Poznaj wynik” Binnie i in. (2006) zaobserwowali, że 30% osób zażywających ten narkotyk po obejrzeniu reklam mniej chętnie sięgnie po kokainę, choć 56% osób stwierdziło, że kampania nie zmieni ich intencji w kwestii zażywania kokainy, a 11% – że są nawet bardziej skłonni do jej przyjmowania. Ponadto niedawna ponowna ocena amerykańskiej rządowej kampanii przeciwko zażywaniu konopi indyjskich potwierdziła poprzednie wyniki, że choć kampania (pomimo pozytywnych reakcji i zróżnicowania według grup docelowych) nie wywarła wpływu na stosunek młodych, niezażywających narkotyków osób do ich zażywania, oddziaływanie kampanii było związane z wywarciem niekorzystnych skutków na postrzeganie przez młodzież innych osób zażywających marihuanę (GAO, 2006).

W kilku indywidualnych wypadkach zaobserwowano jednak przesunięcie nacisku z funkcji poszerzenia wiedzy (która jest celem większości masowych kampanii medialnych) na dostarczenie informacji społeczno-emocjonalnych (będących próbą zmiany sposobu postrzegania, zażywania pochodnych konopi indyjskich i in.). Na przykład w Niderlandach kampania przekazywała przesłanie „Nie zwariowałeś, jeśli nie palisz marihuany, bo 80% młodych ludzi też tego nie robi”⁽¹⁴⁾. Ponadto niektóre elementy

krajowej kampanii zapobiegania narkotykom w Irlandii stanowiły próbę walki z mitami, jakimi owiane jest zażywanie konopi indyjskich, kontestując stwierdzenia, że jest to substancja „organiczna” i „naturalna”.

Strategie środowiskowe dotyczące substancji legalnych

Okazało się, że podnoszenie ceny substancji czy ograniczanie wieku legalnego ich spożycia ma pozytywny wpływ na ograniczenie zażywania, jednak środki te są dostępne jedynie w przypadku legalnych substancji, takich jak alkohol i tytoń (Bühler i Kröger, 2006). Strategie środowiskowe były do tej pory zjawiskiem spotykanym w krajach skandynawskich lub USA, ukierunkowanym przede wszystkim na alkohol, zjawiskiem o obiecujących wynikach (Lohrmann i in., 2005; Stafström i in., 2006). Coraz częściej jednak pojawia się kompleksowe podejście adresowane do społeczności, traktujące alkohol i tytoń podobnie jak nielegalne substancje. Belgia, Bułgaria, Dania, Litwa, Luksemburg, Niderlandy, Polska, Słowacja i Norwegia obecnie informują o istnieniu strategii ukierunkowanych na społeczności lub o dyskusjach nad wprowadzeniem dodatkowych podatków lub przepisów prawnych regulujących dostępność alkoholu i tytoniu. Takie strategie mają na celu ograniczenie konsumpcji wśród młodych ludzi, stworzenie stref bezalkoholowych lub zwiększenie bezpieczeństwa w miejscach, gdzie

⁽¹⁴⁾ Patrz <http://www.drugsinfo.nl>.

toczy się życie nocne. Jeśli chodzi o szkoły, najnowsze badania prowadzone w Europie (Kuntsche i Jordan, 2006) i poza nią (Aveyard i in., 2004) potwierdzają, że klimat normatywny i nieformalne sieci silnie wpływają na zachowania konsumpcyjne w odniesieniu do legalnych narkotyków i pochodnych konopi indyjskich. Wprowadzenie norm szkolnych obecnie cieszy się wzmożoną uwagą w Niemczech, Irlandii i we Włoszech ⁽¹⁵⁾.

Profilaktyka uniwersalna

Interaktywne programy oparte na modelu oddziaływania społecznego czy też umiejętności życiowych okazały się skuteczne w szkołach, jednak indywidualne środki stosowane osobno (na przykład wyłącznie przekazywanie informacji, kształcenie emocjonalne czy inne nieinteraktywne środki) zostały ocenione negatywnie (Bühler i Kröger, 2006). Z przyczyn organizacyjnych profilaktyka szkolna należy do obowiązków lokalnych władz, szczególnie w krajach skandynawskich, we Francji i w Polsce.

Niektórzy komentatorzy sugerowali, że wzajemnie uzupełniające się ogólne programy zdrowotne i programy związane z rozwijaniem umiejętności życiowych prowadzą do bardziej znaczących zmian niż same programy kształcenia umiejętności, a działania najlepiej integrują się w ramach programu zdrowotnego opartego na solidnych podstawach (Hawks i in., 2002). Wydaje się, że osiągnęły to niemal wszystkie państwa członkowskie. Co więcej, kilka państw członkowskich (np. Włochy, Litwa, Niemcy, Słowacja, Zjednoczone Królestwo) łączy działania zapobiegające narkotykom z ogólnymi aspektami zdrowotno-społecznymi, takimi jak przemoc, problemy zdrowia psychicznego, wykluczenie społeczne, słabe wyniki w nauce oraz palenie tytoniu i spożywanie alkoholu w ramach profilaktyki zdrowia publicznego, która również jest bardziej ukierunkowana na dostosowanie do potrzeb grup zagrożonych.

Częstą przyczyną, dla jakiej programy modelowe nie są wdrażane, jest niemożność ich dostosowania do lokalnych warunków i potrzeb poszczególnych społeczności (Ives, 2006). Jednak kontrargumentem są korzyści wynikające z realizacji standardowych programów zapobiegawczych, to znaczy zastosowanie protokołów zapewniających wyraźne wskazówki, które umożliwiają stworzenie stabilnej infrastruktury wykonawczej i systemów szkolenia nauczycieli. Ułatwia to wprowadzenie wspólnych standardów wdrożeniowych, nawet w rozproszonych placówkach szkolnych i społecznościach o rozległym rozmieszczeniu.

W wielu państwach członkowskich (Bułgaria, Włochy, Łotwa i Litwa, Luksemburg, Austria i Rumunia) treść programów zapobiegawczych koncentruje się na podnoszeniu świadomości, dostarczaniu informacji i organizowaniu pojedynczych wydarzeń (takich jak wizyty eksperckie) ⁽¹⁶⁾, pomimo dowodów wskazujących na inne, bardziej skuteczne metody.

Szeroko rozpowszechnione są programy oddziaływania społecznego, szczególnie w Zjednoczonym Królestwie

i innych krajach oferujących standardowe programy, takich jak Niemcy, Irlandia, Grecja, Hiszpania, Norwegia i wkrótce Dania.

Jeśli chodzi o uniwersalną profilaktykę dla społeczności, 12 państw członkowskich informuje o istnieniu planów antynarkotykowych w większości lub we wszystkich gminach miejskich, natomiast w dziesięciu krajach nadano im polityczny priorytet. Tego rodzaju programy przyjmują głównie postać wydarzeń informacyjnych, a w mniejszym stopniu alternatywnych form wypoczynku. W większości wypadków uniwersalna profilaktyka dla rodzin obejmuje spotkania rodziców lub metody informacyjne oraz czasami intensywne szkolenia dla rodziców.

Zapobieganie wybiórcze

Państwa członkowskie poświęcają coraz więcej uwagi strategiom zapobiegania skierowanym do całych społeczności zagrożonych ⁽¹⁷⁾. Oznacza to konieczność zidentyfikowania takich społeczności, na przykład przy użyciu standaryzowanych narzędzi oceny, takich jak brytyjski wskaźnik wielowymiarowej depriwacji, lub przy pomocy wskaźników społeczno-ekonomicznych, takich jak normy mieszkaniowe czy edukacyjne (liczba uczniów opóźnionych w nauce lub liczba dotowanych uczniów).

Po zidentyfikowaniu docelowych społeczności (np. Francja wyróżnia „wrażliwe strefy miejskie” lub w przypadku szkół „priorytetowe strefy edukacyjne”) dodatkowe środki mogą zostać skierowane na dofinansowanie grup pokrzywdzonych. W Irlandii, Zjednoczonym Królestwie i na Cyprze wybrane projekty zapobiegawcze już zostały zrealizowane na większości wspomnianych obszarów, Portugalia zaś właśnie wdraża tego rodzaju strategię. Prowadzone są różnorodne działania ukierunkowane na grupy etniczne, począwszy od doradztwa – Estonia, Grecja, Francja i Słowacja – po projekty związane z niesieniem pomocy potrzebującym – Luksemburg i Austria. Co więcej, niektóre nowe państwa członkowskie (Bułgaria, Węgry, Litwa, Polska i Rumunia) przekazują sporo informacji o interwencjach skierowanych do rodzin zagrożonych. Działania takie koncentrują się w większości państw członkowskich na zażywaniu substancji w rodzinie, choć kilka krajów (Grecja, Litwa, Węgry, Zjednoczone Królestwo) przyjęło szerszą perspektywę, ukierunkowaną na wszystkie rodziny znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społecznej.

Coraz częściej kraje informują o stosowaniu podejścia wykorzystującego kontakt bezpośredni, również w profilaktyce uniwersalnej, do realizacji zapobiegania wybiórczego (Irlandia, Niemcy, Austria, Polska i Norwegia). Parkin i McKeganey (2000) w przeglądzie metod wykorzystujących kontakty bezpośrednie stwierdzili, że takie programy mają największy wpływ na samych edukatorów, a nie na grupę docelową. Wydaje się, że tego typu podejście może przynieść lepsze efekty w zakresie poszerzenia wiedzy niż zmiany zachowań. Projekty wykorzystujące kontakty bezpośrednie są w ogóle rzadko poddawane ocenie, a jeżeli już to nastąpi (np. „Wolny styl”

⁽¹⁵⁾ Patrz także <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=19197>,

⁽¹⁶⁾ Dane z kwestionariuszy SQ 22 i 25.

⁽¹⁷⁾ Więcej informacji o zapobieganiu wybiórczym, zwłaszcza grupach i czynnikach ryzyka, można znaleźć w raportach z poprzednich lat i wybranych zagadnieniach dotyczących zażywania narkotyków wśród nieletnich z 2007 r.

w Norwegii) zwykle oceniana jest skuteczność rekrutacji młodych liderów w szkołach, poszerzenie ich wiedzy i umocnienie postawy.

Chociaż zapobieganie wybiórcze zyskuje na popularności, wymagana jest ostrożność, zwłaszcza przy udziale młodzieży zagrożonej w programach kontaktów bezpośrednich (Cho i in., 2005; Dishion i Dodge, 2005), ponieważ może wystąpić efekt „udzielania się” wśród grup zagrożonych. Takie niezamierzone efekty, spowodowane samą interwencją, mogą prowadzić do zwiększonego zażywania substancji lub ryzykownych zachowań. Jednakże opisane niepożądane skutki nie stanowią wyjątku, jeśli chodzi o zapobieganie wybiórcze. Można je zaobserwować również w przypadku informacyjnych działań medialnych i indywidualnych wydarzeń zapobiegawczych (patrz wyżej).

Działania w zakresie leczenia i ograniczania szkód

Najnowsze osiągnięcia w systemach leczenia

W większości przypadków leczenie osób zażywających narkotyki przebiega w placówkach pozaszpitalnych, w tym w poradniach ogólnych. W ubiegłych latach postępowano stałe rozszerzanie sieci leczenia pozaszpitalnego. W kilku krajach powstały one w nowych regionach, w tym w Bułgarii, Estonii, Grecji, na Litwie, w Rumunii i Finlandii. Natomiast liczba placówek hospitalizacyjnych w większości krajów pozostała na niezmiennym poziomie.

Łotwa, Węgry, Słowacja i Rumunia należą do krajów, w których geograficzne rozmieszczenie specjalistycznych obiektów leczenia uzależnień od narkotyków jest bardzo nieregularne. Pomimo niedawnego rozszerzenia sieci placówek leczniczych nadal istnieją listy osób oczekujących na leczenie zastępcze w Grecji, Polsce i na Węgrzech.

Leczenie w obiektach zamkniętych, wcześniej stanowiące głównie stosowaną metodę w przypadku zażywania heroiny w wielu krajach europejskich, jest obecnie stosowane stosunkowo rzadko, a większość osób zażywających opiaty leczy się pozaszpitalnie. Terapia stacjonarna ma jednak rosnące znaczenie w opiece nad osobami starszymi i zażywającymi narkotyki przez długie lata. Wymagają one kompleksowego leczenia z powodu współistnienia poważnych zaburzeń somatycznych i psychicznych. Podejście placówek hospitalizacyjnych i sposób ich pracy zmieniły się znacząco przez ostatnie lata w reakcji na zmieniające się potrzeby pacjentów. Coraz częściej lokuje się w jednym miejscu usługi terapeutyczne i opiekę medyczną, w tym leczenie psychiatryczne, wysoce aktywną terapię antyretrowirusową oraz leczenie chorób wątroby. Wzrosła także częstotliwość stosowania leczenia zachowawczego przy stabilizowaniu stanu pacjenta.

Charakterystyka osób zażywających narkotyki i korzystających z leczenia pozaszpitalnego

Do scharakteryzowania statusu społeczno-ekonomicznego pacjentów uczęszczających do ośrodków leczniczych i,

w pewnym stopniu, wszystkich osób zażywających narkotyki, można wykorzystać dane pochodzące ze wskaźnika zapotrzebowania na leczenie⁽¹⁸⁾. Ponieważ dostęp do leczenia pozaszpitalnego jest w większości krajów łatwiejszy i mniej selektywny, informacje na temat tej grupy można ekstrapolować na wszystkie osoby zażywające narkotyki.

W 2005 r., według raportów 20 z 29 krajów europejskich, na leczenie do placówek pozaszpitalnych uczęszczało 315 tys. osób zażywających narkotyki. Dane pochodzą z ponad 4 tys. oddziałów leczniczych. Około połowa (53%) wspomnianych osób jest leczona z powodu zażywania opiatów jako narkotyku głównego, a pozostali – innych narkotyków, w szczególności pochodnych konopi indyjskich (22%) i kokainy (16%) jako narkotyku głównego. Substancje przyjmowane najczęściej jako narkotyk główny różnią się w poszczególnych krajach.

Około 80% pacjentów leczonych pozaszpitalnie stanowią mężczyźni, średnia ich wieku wynosi około 30 lat (28 lat u osób rozpoczynających leczenie), a ich warunki bytowe są generalnie gorsze w porównaniu z ogółem ludności w tym samym wieku. Około 60% pacjentów leczonych pozaszpitalnie uzyskało jedynie wykształcenie podstawowe, a około jedna dziesiąta z nich nie ukończyła edukacji na tym poziomie. Około połowa pacjentów miała stałe zatrudnienie przed rozpoczęciem leczenia pozaszpitalnego, a reszta była bezrobotna. Większość pacjentów posiada stałe miejsce zamieszkania (85%), z czego 40% mieszka z rodzicami, a 19% osobno. Znaczący odsetek (15%) pacjentów leczonych pozaszpitalnie z uzależnienia od narkotyków mieszka z dziećmi – samodzielnie lub z partnerem. Fakt ten jest czynnikiem, który komplikuje życie osoby zażywającej narkotyki i stanowi czynnik ryzyka dla dzieci.

Informacje o sytuacji społeczno-ekonomicznej pacjentów leczonych z uzależnień są uzupełniane o dane pochodzące z niektórych krajów w podziale na substancje zażywane jako główne. Na przykład w Niemczech 67% osób zażywających heroinę nie pracuje lub jest ekonomicznie nieaktywnych w porównaniu z 53% pacjentów zażywających kokainę i 35% pacjentów zażywających pochodne konopi indyjskich. 74% pacjentów zażywających opiaty miało niskie wykształcenie w porównaniu z 63% osób zażywających kokainę (Sonntag i in., 2006).

Nowe osiągnięcia

W kilku krajach utworzono nowe, specjalistyczne obiekty ukierunkowane na leczenie określonych grup zażywających narkotyki, np. kobiety zażywające narkotyki, bezdomni przyjmujący narkotyki dożylnie, osoby świadczące usługi seksualne bądź młode i bardzo młode osoby przyjmujące narkotyki (patrz wybrane zagadnienia dotyczące zażywania narkotyków wśród nieletnich). W innych krajach rozszerzono opcje leczenia farmakologicznego w celu spełnienia specyficznych potrzeb grup zażywających narkotyki i zwiększenia liczby osób objętych leczeniem. Na przykład na Malcie udzielono zezwolenia na leczenie zachowawcze buprenorfiną⁽¹⁹⁾.

⁽¹⁸⁾ Patrz tabele i wykresy TDI w Biuletynie statystycznym za 2007 r., aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje na temat danych cytowanych w tej części tekstu.

⁽¹⁹⁾ Patrz „Zalecanie leczenia zastępczego w Europie”, str. 67.

Leczenie różnych grup zażywających narkotyki

Państwa członkowskie coraz częściej uznają znaczenie oferowania odpowiednich usług leczniczych osobom problemowo zażywającym pochodne konopi indyjskich i kokainę. W przypadku konopi indyjskich leczenie, poradnictwo i programy zapobiegawcze w Europie często wiążą się ze sobą, by dotrzeć do jak największej liczby osób zażywających. Wdrażane są nowe strategie komunikacji, na przykład z wykorzystaniem Internetu, stanowiące próbę dotarcia do osób zażywających pochodne konopi indyjskich, których sposób zażywania można zakwalifikować między eksperymentalnym a problemowym. Obecnie rozwija się specjalne usługi lecznicze i programy leczenia z uzależnienia od konopi indyjskich, do tej pory niezbyt powszechne w Europie (patrz rozdział 3).

Ponadto państwa członkowskie, które muszą sprostać wysokiemu popytowi na leczenie z uzależnienia od kokainy, zaczęły zlecać badania w tej dziedzinie. Zagadnienie to komplikuje fakt, że osoby zażywające proszek kokainowy i crack są zwykle członkami zupełnie odrębnych grup społecznych (patrz rozdział 5). Obecnie jednak, z powodu braku specjalnych usług, większość osób zażywających psychostymulanty, w tym amfetaminę, jest leczona w ramach tradycyjnych usług ukierunkowanych na opiaty, uwzględnia się jednak zidentyfikowane potrzeby szkoleniowe w zakresie leczenia dla personelu i klinicystów z całej Europy.

Leczenie z uzależnienia od heroiny

Po uzyskaniu politycznej akceptacji w odpowiedzi na rozpowszechnione zażywanie heroiny w drugiej połowie lat 80., podstawową metodą leczenia uzależnień od opiatów w większości krajów stało się leczenie zastępcze (wykres 2).

Metadon i buprenorfina są głównie wykorzystywanymi lekami zastępczymi. Najlepiej gdy leczenie farmakologiczne jest łączone z poradnictwem psychologicznym i wsparciem społecznym. Leczenie zastępcze prowadzi się zwykle w placówkach pozaszpitalnych na specjalistycznych oddziałach leczenia uzależnień od narkotyków, ale również coraz częściej przez lekarzy posiadających prywatną praktykę. W niektórych krajach, np. w Niemczech, w Francji i we Zjednoczonym Królestwie, w leczeniu osób zażywających narkotyki biorą udział w dużym stopniu lekarze ogólni. W innych państwach poziom zaangażowania lekarzy praktykujących w danej społeczności jest nadal ograniczony bądź z przyczyn prawnych, bądź wobec braku zainteresowania leczeniem uzależnień⁽²⁰⁾. W programie kilku krajów pojawia się kontrola jakości, która skutkuje zacieśnieniem regulacji, zwiększeniem wymagań szkoleniowych lub wprowadzeniem wyższego poziomu nadzoru i monitorowania⁽²¹⁾. Leczenie uzależnień od opiatów zostało przeanalizowane szczegółowo w rozdziale 6.

Działania w zakresie ograniczania szkód zdrowotnych

Kluczowymi celami działań antynarkotykowych UE jest zapobieganie chorobom zakaźnym oraz zmniejszanie liczby

Ramy prawne leczenia zastępczego

W 2006 r. wśród członków specjalistycznej sieci korespondentów prawnych przeprowadzono badanie w celu uzyskania dalszych informacji o przepisach prawnych i urzędowych regulacjach dotyczących kryteriów przyjmowania na leczenie zastępcze, jak również praktyk zalecania i podawania substancji zastępczych. Uzyskano wyniki z 17 krajów. Stanowiły one uzupełnienie sprawozdania za 2003 r. pochodzącego z Europejskiej Prawnej Bazy Danych o Narkotykach⁽¹⁾.

Zakres ram prawnych różni się znacząco w poszczególnych państwach członkowskich. W niektórych krajach, np. w Belgii, leczenie zastępcze jest objęte specjalną ustawą parlamentu, w innych zaś, np. na Cyprze, jego wdrożenie opiera się na wykładni prawa w sprawie substancji podlegających kontroli. Zapewniona jest równowaga między zaletami ram prawnych a elastycznością.

Substancje, które można stosować w leczeniu zastępczym, są zwykle określone w przepisach prawnych. W większości przypadków można przepisywać tylko metadon i buprenorfina bądź wyłącznie metadon, choć w kilku krajach dozwolone są także inne narkotyki, takie jak morfina czy kodeina. Analogicznie w niemal wszystkich państwach krajowe kryteria przyjęte na leczenie są ustanowione przez przepisy prawa bądź dekrety lub wytyczne ministerialne. Do najbardziej powszechnych kryteriów należą zdiagnozowane uzależnienie oraz minimalny wiek, choć pojawia się również warunek konieczny w postaci zakończonego niepowodzeniem leczenia niefarmakologicznego. W niektórych krajach sankcje za naruszenie zasad leczenia są ustanowione w przepisach prawa krajowego, w innych zaś pozostają one w gestii poszczególnych ośrodków leczniczych.

Przepisy zwykle określają również, kto może zlecać tego rodzaju terapię. Przede wszystkim są to lekarze w ośrodkach leczniczych, choć w niektórych krajach może to być każdy lekarz lub lekarz odpowiednio przeszkolony bądź uprawniony. W praktyce do rzadkości należą przypadki inicjowania leczenia zastępczego przez lekarzy spoza ośrodków leczniczych⁽²⁾. Maksymalne dawki są sporadycznie określone prawem. Aby zapobiec przypadkom podwójnego zlecenia substancji zastępczych, w większości krajów stosuje się specjalne recepty, choć w kilku krajach odnotowano również istnienie centralnego rejestru, a kilka innych wydaje specjalne karty identyfikacyjne. Ustawodawstwo wskazuje zwykle placówki uprawnione do wydawania leków, zwykle są to apteki lub ośrodki lecznicze, choć w niektórych państwach mogą je wydawać także lekarze. Wreszcie w większości krajów istnieje system – dzięki przepisom, wytycznym lub po prostu tolerancji – przyjmowania dawek leków w domu, choć sporadycznie jest to zabronione.

⁽¹⁾ Więcej szczegółowych informacji znajduje się na stronie <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

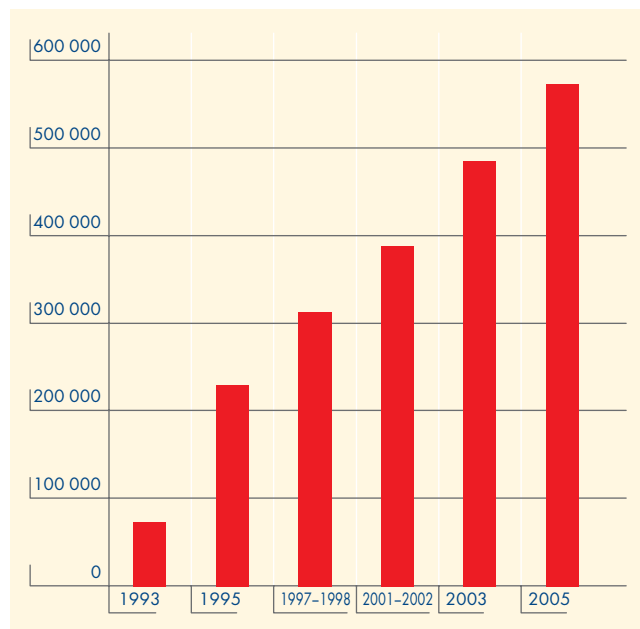
⁽²⁾ Patrz tabela HSR-6 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. Obecny plan działania skupia się na zwiększeniu dostępności usług i placówek, które służą zapobieganiu i ograniczaniu szkód zdrowotnych.

⁽²⁰⁾ Patrz „Ramy prawne leczenia zastępczego” (str. 32) oraz <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

⁽²¹⁾ Patrz także str. 67.

Wykres 2: Ocena dostępności leczenia zastępczego z uzależnień od opiatów w grupie państw członkowskich UE-15 w latach 1993–2005



Uwagi: Więcej informacji znajduje się w tabelach HSR-7 i HSR-8 oraz wykresach HSR-1 i HSR-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe i sprawozdania; patrz wykres HSR-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r., gdzie podano szczegółowy wykaz źródeł.

W kwietniu 2007 r. Komisja Europejska przedłożyła Radzie i Parlamentowi Europejskiemu raport dotyczący wdrażania zalecenia Rady z 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków⁽²²⁾. Raport ten potwierdza, że ograniczanie szkód jest jasno sformułowanym celem w zakresie zdrowia publicznego na szczeblu krajowym we wszystkich państwach członkowskich. Dokument pomocniczy, którego przygotowanie zostało zlecone w celu poparcia też raportu Komisji, przedstawia kompleksowy obraz europejskiej polityki i działań dotyczących ograniczania szkód. Opiera się na informacjach dostarczonych głównie przez decydentów, ekspertów Reitox oraz organizacje obywatelskie. Wspomniany dokument pomocniczy zawiera obszerny przegląd wymienionych zagadnień w poszczególnych krajach⁽²³⁾.

Zalecenie Rady doprowadziło do wzrostu liczby krajów, które dostosowały swoją politykę do strategii europejskiej, kładąc większy nacisk na rozszerzenie zakresu usług związanych z ograniczaniem szkód. Wydaje się, że wywarło ono szczególny wpływ na kraje, które przystąpiły do UE w 2004 r.

Reintegracja społeczna

Miejsce zamieszkania o niskim standardzie, brak stałego zatrudnienia oraz pobyt w więzieniu są wskaźnikami

społecznego wykluczenia, charakteryzującymi życie licznych osób zażywających narkotyki. W wielu krajach europejskich odnotowana liczba osób problemowo zażywających narkotyki, które kontynuowały leczenie i przechodzą leczenie zastępcze, jest większa niż kiedykolwiek przedtem. W wyniku tego znacząco wzrósł popyt na mieszkalnictwo, szkolnictwo, zatrudnienie i pomoc prawną. Systemy opieki stoją zatem przed wyzwaniem znalezienia nowych rozwiązań dla pacjentów o nowym profilu, często charakteryzującym się wielorakimi potrzebami. Integrację społeczną uznano za ważny czynnik decydujący o sukcesie długoterminowego leczenia.

W niektórych krajach sektor integracji przyciąga wzmożoną uwagę polityczną i coraz większe inwestycje, a w kilku krajach standardy leczenia zachowawczego uzależnień od narkotyków przewidują zapewnienie dostępu pacjentom do opieki społecznej i usług integracyjnych. Na przykład w wyniku średniookresowej oceny irlandzkiej strategii antynarkotykowej zalecono włączenie do niej rehabilitacji jako piątego filaru, w Danii zaś ministerstwa zatrudnienia i spraw społecznych uruchomiły nowe programy dla grup zagrożonych („współodpowiedzialność”). Innym przykładem jest strategia norweskiego rządu w zakresie zapobiegania i zwalczania bezdomności, wyznaczająca wymierne cele, takie jak zmniejszenie liczby eksmisji i zwiększenie dostępności stałych miejsc zamieszkania, tak aby zamieszkiwanie w lokalach tymczasowych stało się wyjątkiem. Także w Norwegii plan działania polegający na zwalczaniu ubóstwa obejmuje system dotacji, w ramach którego w 2006 r. przydzielono kwotę 6,5 mln euro na świadczenie usług uzupełniających o charakterze stacjonarnym dla osób bezdomnych oraz nadużywających alkoholu i zażywających narkotyki. Ponadto Grecja, Francja, Włochy, Litwa, Austria, Portugalia i Słowacja uczestniczą w inicjatywie Komisji EQUAL w zakresie zatrudnienia i integracji społecznej⁽²⁴⁾.

Unia Europejska zachęcała również do stworzenia ram pod nazwą „Otwarta metoda koordynacji”, które miałyby służyć koordynowaniu przez państwa członkowskie polityki zwalczania ubóstwa i społecznego odrzucenia poprzez proces wymiany informacji o założeniach politycznych i wzajemnego uczenia się.

Środki reintegracji odzwierciedlają różnorodne krajowe społeczno-kulturowe i gospodarcze realia Europy, a także wskazują na pewne zróżnicowanie celów, grup docelowych i warunków. Na przykład Bułgaria i Rumunia to jedyne kraje, które uwzględniają specjalne projekty reintegracji społecznej dla dzieci z ulicy.

Programy i działania w wielu krajach nie są przeznaczone wyłącznie dla osób zażywających narkotyki, lecz ogólnie dotyczą zagrożonych grup społecznych i są zwykle wdrażane na szczeblu lokalnym lub regionalnym. Tak więc plans de prévention de proximité (PPP) ustanowione przez rząd Walonii w 2003 r. zajmują się lokalnie ubóstwem i uzależnieniami jako dwoma powiązаныmi zagadnieniami, w Danii zaś ustawa o opiece społecznej narzuca gminom miejskim kierowanie planu działań społecznych do wszystkich

⁽²²⁾ Zalecenie Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków (Dz.U. L 165 z 3.7.2003, str. 31).

⁽²³⁾ Obydwa dokumenty są dostępne na stronie: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1.

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm.

osób zażywających narkotyki. Podobnie władze lokalne w Polsce są prawnie zobowiązane do społecznej reintegracji osób zażywających narkotyki, także w Niderlandach większość nowych usług w zakresie reintegracji społecznej inicjują gminy miejskie. Wreszcie w Niemczech schroniska, szkolnictwo i mieszkalnictwo są nadzorowane na poziomie landów lub gminy miejskiej, na szczeblu federalnym dostępne są zaś programy dla niepełnosprawnych, mające na celu wspieranie integracji zawodowej osób zażywających narkotyki.

Na pomoc mieszkaniową składają się schroniska dzienne w nagłych wypadkach, noclegownie oraz placówki krótkoterminowego pobytu i lokale przechodnie, a także domy opieki i dotowanie wynajmu. Aby uniknąć długoterminowego uzależnienia pacjentów od pomocy, poszukuje się innowacyjnych metod organizacji domów opieki czy zarządzania finansami. Na przykład w Danii pacjentom przebywającym w mieszkaniach reintegracyjnych oferuje się szkolenia z zakresu gospodarstwa domowego, by ograniczyć problemy w przyszłości, gdy będą musieli gospodarować we własnym domu. W Zjednoczonym Królestwie zaś pacjenci uzyskują porady dotyczące robienia zakupów, gotowania i zarządzania domowym budżetem.

Choć wiele krajów informuje o tworzeniu nowych możliwości szkoleń i dostępu do kształcenia, grupy te mają więcej trudności ze znalezieniem płatnej pracy. Jednakże kwestia ta

ma szczególne znaczenie dla grupy docelowej, zapewnia bowiem nie tylko stabilizację ekonomiczną, ale również buduje poczucie własnej wartości, gwarantuje wyższy status i regularny tryb życia. Nowe sposoby zapewniania pracy płatnej takim osobom obejmują tworzenie partnerstw z przedsiębiorstwami prywatnymi, realizację programów opiekuńczych i oferowanie zachęt, takich jak dotowanie płac osób uczących się czy udzielanie pożyczek firmom rozpoczynającym działalność. W kilku krajach ośrodki leczenia uzależnień od narkotyków rozpoczęły prowadzenie działalności społeczno-gospodarczej, zatrudniając swoich pacjentów za wynagrodzeniem. Inne inicjatywy koncentrują się na poprawie sytuacji zatrudnienia poprzez lepsze dopasowanie profilu, oczekiwani i umiejętności pacjentów do realiów życia zawodowego. Na przykład Wiener Berufsbörse działa jako pośrednik między pacjentami, agencjami antynarkotykowymi oraz publicznymi służbami zatrudnienia, oferując specjalne porady w celu zwiększenia skuteczności w znalezieniu pracy. Pomaga również w poszukiwaniu rozwiązań dla tych pacjentów, dla których reintegracja zawodowa już nie wchodzi w grę.

Reintegracja starszej się osób zażywających heroinę z grup marginalizowanych, z poważnymi chorobami somatycznymi i psychicznymi stwarza szczególne wyzwanie. W Belgii osoby zażywające narkotyki z problemami psychicznymi można leczyć w specjalistycznych oddziałach terapii nadużywania

Krajowe badania wyników leczenia

W trzech państwach członkowskich (Irlandia, Włochy, Zjednoczone Królestwo) przeprowadzono krajowe badania wyników leczenia mające na celu przeanalizowanie efektów terapii poprzez monitorowanie przez pewien okres grupy kohortowej złożonej z osób problemowo zażywających narkotyki, poddawanych leczeniu w różnych trybach i placówkach. Istotną cechą wspomnianych badań było analizowanie wyników funkcjonujących usług w codziennych warunkach klinicznych. Do powszechnych metod leczenia, które zbadano, należały: terapia zachowawcza z wykorzystaniem metadonu, ograniczenie zażywania metadonu, detoksykacja oraz interwencje nefarmakologiczne, takie jak wspólnoty terapeutyczne oraz poradnictwo. Wykorzystywano przede wszystkim następujące zmienne wyników: poziom zażywania narkotyków, zdrowie fizyczne i psychiczne, kontynuacja leczenia oraz zachowania przestępcze.

Celem badania Vedette prowadzonego we Włoszech (1998–2001) była ocena efektywności leczenia w publicznych ośrodkach leczniczych w całym kraju. Do głównych zmiennych wyników należały kontynuacja leczenia i śmiertelność wśród osób zażywających heroinę. W Zjednoczonym Królestwie przeprowadzono dotychczas trzy badania wyników leczenia. Pierwsze z nich – krajowe badanie wyników leczenia (*national treatment outcome research study – NTORS*) przeprowadził Krajowy Ośrodek Uzależnień w Anglii i Walii w latach 1995–2000. W ramach tego przedsięwzięcia przeanalizowano wyniki programów leczenia zamkniętego i środowiskowego. Uzyskano pewne pozytywne rezultaty, takie jak wzrost wskaźników abstynencji u osób zażywających nielegalne narkotyki, zmniejszenie częstotliwości przyjmowania substancji, spadek przestępczości i poprawa stanu zdrowia. Niektóre długoterminowe wyniki za okres pięcioletni były

jednak już mniej zadowolające, na przykład wcześniejsze sukcesy w zmniejszeniu zażywania cracku zostały częściowo zniwelowane po czterech, pięciu latach, a wiele osób przyjmujących narkotyki nadal intensywnie spożywało alkohol (Gossop i in., 2001).

Wyniki badania NTORS zostaną zaktualizowane w ramach badania wyników leczenia uzależnień od narkotyków (*drug treatment outcomes research study – DTORS*) prowadzonego przez Uniwersytet w Manchesterze. Badanie rozpoczęto w 2006 r.; przez początkowy okres 12 miesięcy monitorowane będą osoby zażywające narkotyki z całej Anglii. Celem jest ocena wpływu leczenia uzależnień od narkotyków na szereg miar wynikowych. Badanie koncentruje się na analizie rodzajów ścieżek terapeutycznych pod kątem najlepszych efektów osiąganych w poszczególnych grupach osób zażywających narkotyki. W Szkocji Uniwersytet w Glasgow prowadzi badanie wyników leczenia uzależnień od narkotyków (*drug outcome research study – DORIS*) rozpoczęte w 2001 r. Analizowany jest wpływ i efektywność usług leczenia uzależnień od narkotyków oferowanych przez placówki lecznicze, w tym usług świadczonych na terenie więzień. Osoby zażywające narkotyki były monitorowane przez 33 miesiące.

W Irlandii badanie wyników Research Outcome Study (ROSIE) prowadzone przez Państwowy Uniwersytet w Maynooth, rozpoczęte w 2003 r., polega na ocenie efektywności leczenia uzależnień od narkotyków poprzez monitorowanie osób zażywających opiaty – poddanych leczeniu przez okres do trzech lat – oraz dokumentowanie zauważonych zmian (Cox i in., 2006). W trakcie pierwszego roku monitorowania stwierdzono znaczne ograniczenie zażywania narkotyków i działalności przestępczej, niski wskaźnik śmiertelności oraz pewne pozytywne wyniki w zakresie zmniejszenia dolegliwości fizycznych i psychicznych.

substancji psychoaktywnych w szpitalach psychiatrycznych lub ogólnych bądź też w innych placówkach opieki psychiatrycznej. Dania zaś informuje, że osobami zażywającymi narkotyki z problemami psychicznymi zajmują się placówki opieki psychiatrycznej, a domy opieki alternatywnej przyjmują starsze osoby, które nie mogą egzystować samodzielnie z powodu zażywania narkotyków, demencji lub problematycznego zachowania. W Niderlandach w 2007 r. przyjęto nową ustawę o pomocy społecznej, która poddała uzależnienia od narkotyków tym samym regulacjom, jakim podlegają (inne) przewlekłe problemy psychiatryczne. Jednakże duży scentralizowany obiekt zamknięty, który mógł

pomieścić 120 bezdomnych osób zażywających narkotyki z problemami psychiatrycznymi, spotkał się ze sprzeciwem lokalnej społeczności. Stwierdzono, że dla osób z problemami psychicznymi istotnym składnikiem procesu reintegracji społecznej jest profesjonalna pomoc w odtworzeniu sieci wsparcia i osób kontaktowych.

W niektórych krajach (np. w Bułgarii, Republice Czeskiej, Grecji i Słowenii) strukturalne programy reintegracji oferuje się jedynie jako kontynuację pomyślnie zakończonego leczenia uzależnienia opartego na abstynencji, a dla pacjentów leczonych zachowawczo specjalne środki reintegracji nie są obecnie dostępne.



Rozdział 3

Konopie indyjskie

Wstęp: zmiana sytuacji w zażywaniu pochodnych konopi indyjskich w Europie

Konopie indyjskie są najpowszechniej zażywany nielegalnym narkotykiem na świecie. Substancja ta zajmowała czołowe miejsce w debacie na temat narkotyków w Europie od lat 60., kiedy to jej zażywanie stało się prawdziwym synonimem rozwijającej się kontrkultury młodzieżowej. Pomimo takiej popularności poznanie wzorców zażywania pochodnych konopi indyjskich w Europie jest skomplikowanym zadaniem. Jeden z istotnych elementów tego zadania stanowi dostępność na rynku europejskim różnych produktów otrzymywanych z konopi. Historycznie rzecz biorąc, w Europie konopie rozpowszechniły się pod trzema głównymi postaciami: żywicy konopnej, marihuany i znacznie rzadszej – oleju konopnego. Dla wielu osób palenie żywicy konopnej z tytoniem stanowi normalną drogę przyjmowania narkotyku, choć na świecie ten sposób zażywania jest stosunkowo rzadki. Pomimo tego, że Europa pozostaje dominującym globalnym rynkiem żywicy konopnej, marihuana jest coraz częściej obecna i wydaje się dominować na niektórych rynkach. W ubiegłych latach sytuacja bardziej skomplikowała się ze względu na coraz szerszą dostępność konopi indyjskich produkowanych w Europie, przy czym część tej produkcji przebiega w warunkach kontrolowanych i może charakteryzować się stosunkowo dużą siłą działania. Ten rodzaj konopi stał się osobnym produktem funkcjonującym w wielu krajach na własnych prawach i sprawia, że ocena wpływu na zdrowie publiczne zmieniających się wzorców zażywania pochodnych konopi staje się coraz bardziej skomplikowana.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Ponieważ konopie indyjskie można uprawiać w różnych warunkach, a ponadto rosną dziko w wielu częściach świata, trudno jest dokładnie oszacować wielkość globalnej produkcji. Obserwując tendencje zwykłe na przestrzeni kilku lat i uwzględniając informacje o zróżnicowaniu produkcji konopi indyjskich, UNODC obniżyła globalne dane szacunkowe dotyczące produkcji marihuany z 45 tys. ton w 2004 r. do 42 tys. ton w 2005 r., głównie w wyniku oceny wskazującej na spadek produkcji w Ameryce Północnej spowodowany zintensyfikowanymi działaniami na rzecz wyeliminowania hodowli tej rośliny. Obecnie szacuje się, że około połowa światowej uprawy

Interpretacja danych o konfiskatach i innych danych rynkowych

Liczbę konfiskat narkotyków w danym kraju zwykle odbiera się jako pośredni wskaźnik wielkości podaży i dostępności narkotyków, ale odzwierciedla ona również zasoby organów ścigania, priorytety i strategię, jak również podatność handlarzy narkotyków na krajowe i międzynarodowe strategie ograniczania podaży oraz praktyczne sposoby prowadzenia sprawozdawczości. Skonfiskowane ilości mogą znacznie różnić się z roku na rok, na przykład w sytuacji, gdy w danym roku kilka konfiskat dotyczyło bardzo dużych ilości. Z tego powodu liczba konfiskat jest czasem lepszym wskaźnikiem trendów. We wszystkich krajach dane o liczbie konfiskat dotyczą w znacznej mierze drobnych konfiskat detalicznych (na poziomie ulicy). Pochodzenie i miejsce przeznaczenia narkotyków, o ile uda się ustalić, może wskazywać na szlaki handlowe i regiony ich produkcji. Większość państw członkowskich przekazuje dane o cenie, czystości i sile działania narkotyków na poziomie detalicznym. Jednakże dane te pochodzą z różnorodnych źródeł, które nie zawsze można uznać za porównywalne, co utrudnia dokładne porównanie danych krajowych.

W celu spojrzenia na konfiskaty narkotyków dokonywane w Europie w szerszym kontekście podsumowanie sprawozdania zostało przedstawione na tle sytuacji globalnej. Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przemocności przygotowuje sprawozdanie roczne na temat międzynarodowej sytuacji w zakresie narkotyków i jest ono głównym źródłem danych szacunkowych w skali światowej wykorzystywanych w tym tekście. Czytelnik powinien uwzględnić trudności w tworzeniu zestawień tego rodzaju oraz istnienie niedostatecznie rozwiniętych systemów informacyjnych w wielu częściach świata. Dlatego też dane te należy traktować jako najlepsze możliwe przybliżenia oparte na obecnie dostępnych zasobach informacji.

konopi pochodzi z obu Ameryk (46%), a reszta głównie z Afryki (26%) i Azji (22%) (UNODC, 2007).

Głównym międzynarodowym producentem żywicy konopnej pozostaje Maroko i, chociaż ostatnie badania sugerują, iż areał przeznaczony pod uprawę konopi zmniejszył się o 40% w latach 2004–2005, nadal ocenia się, że ten kraj produkuje około 70% żywicy zażywanej w Europie. Na podstawie danych szacunkowych łącznego areału przeznaczonego pod uprawę, potencjalna wielkość produkcji w Maroku wynosiła w 2005 r. 1066 ton, przy czym większość produkcji była przeznaczona na rynki europejskie i północnoafrykańskie (CND, 2007; UNODC i rząd Maroka, 2007). Żywica konopna jest przemycana

do Europy przez Półwysep Iberyjski. Chociaż Maroko jest głównym producentem żywicy na rynek europejski, odnotowano obecność tej substancji produkowanej w innych państwach (Mołdawia i Indie), zwłaszcza w krajach Europy Środkowej.

O ile żywica konopna dostępna w Europie stanowi w miarę jednolity produkt, o tyle nie można tego powiedzieć o marihuanie. Marihuana skonfiskowana w 2005 r. pochodziła, według sprawozdań, między innymi z Albanii, Niemiec, Holandii, krajów byłej Jugosławii, Angoli i Republiki Południowej Afryki. Chociaż systematyczne monitorowanie krajowej produkcji marihuany jest trudne, w 2005 r. odnotowano ją w połowie państw objętych sprawozdaniem. Niejednokrotnie uprawy konopi są prowadzone w Europie na wolnym powietrzu i w rzeczywistości trudno je odróżnić od importowanej marihuany. Jednak wydaje się, że istotną i rosnącą częścią rynku w wielu krajach stają się konopie o stosunkowo silnym działaniu, uprawiane w ramach intensywnej hodowli. Obecnie sprzęt do domowej produkcji konopi jest szeroko dostępny za pośrednictwem Internetu lub – w niektórych krajach – przez wyspecjalizowanych dostawców. Fakt, że tę postać narkotyku uprawia się w pomieszczeniach i często w pobliżu rynku docelowego, może oznaczać rzadsze przechwytywanie, a zatem słabsze odzwierciedlenie w dostępnych danych.

Konfiskaty

W 2005 r. łączna wielkość konfiskat żywicy konopnej wynosiła 1302 tony w porównaniu do 4644 ton marihuany, przy czym obydwie liczby oznaczają spadek w stosunku do 2004 r. Znaczną część żywicy (70%) nadal przechwytywano w Europie Zachodniej i Środkowej, duże ilości marihuany konfiskuje się zaś niezmiennie w Ameryce Północnej (64%) (UNODC, 2007).

Szacuje się, że w 2005 r. w Europie miało miejsce 303 tys. przypadków konfiskaty żywicy konopnej, co odpowiada 909 tonom narkotyku⁽²⁵⁾, przy czym około połowa tych przypadków przypada na Hiszpanię, gdzie przechwycono około trzech czwartych łącznej ilości skonfiskowanej żywicy⁽²⁶⁾. Niewielki wzrost odnotowanych przypadków konfiskat żywicy w 2005 r. stanowi kontynuację tendencji wzrostowej obserwowanej od 2000 r. Jednakże nie dotyczy to ilości przechwyconej żywicy, która zmniejszyła się w 2005 r., po wzroście w latach 2000–2004.

Relacje między ilością żywicy a marihuany uwidacznia fakt, że w 2005 r. dokonano około połowy mniej konfiskat marihuany (152 tys.) i przechwycono mniej niż jedną dziesiątą ilości tego narkotyku (66 ton) w stosunku do ilości żywicy. Liczba konfiskat marihuany w Europie stale wzrastała w ciągu ostatnich lat, choć przechwytywane ilości tworzą mniej klarowny obraz. W 2005 r. prawdopodobnie doszło do wzrostu po okresie spadku ilościowego w latach 2001–2004. Są to z konieczności jedynie wstępne wnioski, ponieważ Zjednoczone Królestwo – kraj, w którym odnotowuje się najwięcej konfiskat marihuany pod względem liczby i ilości – nie podała jeszcze danych za 2005 r.

Konopie indyjskie na własny użytek: stan prawny

Pomimo zróżnicowanego podejścia prawnego państw członkowskich do kwestii zażywania pochodnych konopi indyjskich⁽¹⁾, w Europie można zaobserwować ogólną tendencję do opracowywania środków alternatywnych zamiast skazywania za popełnienie przestępstwa w przypadkach zażywania i posiadania niewielkich ilości konopi indyjskich na własny użytek przy braku okoliczności obciążających. Obecnie często wyróżnia się konopie indyjskie spośród innych substancji nielegalnych – przepisami prawa, poprzez wydanie wytycznych sądowych bądź praktykę sądową. W większości krajów europejskich zaczęto rezygnować z kar pozbawienia wolności na rzecz grzywny, kaucji, dozoru, zwolnienia od kary i poradnictwa. Przykładami tej tendencji są wprowadzone ostatnio liczne środki, w tym zniesienie kar pozbawienia wolności w Luksemburgu w 2001 r. i w Belgii w 2003 r. oraz ograniczenie takich kar w Grecji w 2003 r. i w Zjednoczonym Królestwie w 2004 r. W następujących krajach wydano wytyczne dla policji i prokuratorów: w Belgii w 2003 r. i 2005 r., we Francji w 2005 r. oraz w Zjednoczonym Królestwie w 2004 r. i 2006 r. Także w 2006 r. w Republice Czeskiej niemal doszło do ustanowienia różnych kategorii narkotyków niestosowanych w medycynie, jednak projekt kodeksu karnego został odrzucony z innych przyczyn. Pomimo tego liczba odnotowanych przestępstw związanych z konopiami indyjskimi w Europie nadal rośnie (patrz rozdział 1).

Debata nad kwestią zażywania konopi indyjskich nadal wzbudza kontrowersję, a wokół różnych działań związanych z ochroną zdrowia publicznego oraz wymiarem sprawiedliwości istnieją wciąż znaczące rozbieżności opinii. Odzwierciedla to fakt, że nie wszystkie środki są ukierunkowane na zmniejszenie kar – w niektórych krajach kary wręcz zaostrzono bądź przeprowadza się krytyczną ocenę obecnej sytuacji. W 2004 r. w Danii w wytycznych skierowanych do prokuratorów wezwano do nakładania grzywny zamiast ostrzeżeń, a w 2006 r. we Włoszech zniesiono prawo rozróżniające narkotyki niestosowane w medycynie, zniechęcając do uznania pojęć narkotyków „miękkich” i „twardych”. W pozostałych krajach przeprowadza się rewizję obecnych sposobów reagowania na zażywanie konopi indyjskich, na przykład Niderlandy opublikowały w 2005 r. specjalną strategię przeciwdziałania zażywaniu tej substancji, a Niemcy przeprowadzili ocenę stosowania kar za samo posiadanie tych narkotyków.

Polityka w zakresie konopi indyjskich pozostaje zagadnieniem wywołującym ożywione publiczne dyskusje i rozbieżne opinie. Uwidaczniają to wyniki najnowszego badania Eurobarometru (2006), w którym pytano Europejczyków, czy zgadzają się ze stwierdzeniem, że w Europie należy zalegalizować posiadanie konopi indyjskich na własny użytek. Niewiele ponad dwie trzecie respondentów (68%) było przeciw, około jedna czwarta badanych (26%) zaś zgodziła się z tą propozycją. We wszystkich krajach taki pogląd dominował, choć odsetek osób ankietowanych opowiadających się za utrzymaniem zakazu był zróżnicowany.

(1) Szersze informacje w tym zakresie znajdują się w przeglądzie tematycznym ELDD (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>).

(25) Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie wykorzystane w tej sekcji można znaleźć w tabelach SZR-1, SZR-2, SZR-3 i SZR-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(26) Należy to porównać z brakującymi danymi za 2005 r., kiedy te będą już dostępne. W celach szacunkowych brakujące dane za 2005 r. zastąpiono danymi za 2004 r.

W 2005 r. dokonano w Europie szacunkowo 13 500 konfiskat, co daje około 24 mln roślin konopi indyjskich (większość z nich w Turcji) oraz 13,6 ton roślin konopi indyjskich (większość w Hiszpanii). Ogólnie liczba konfiskat roślin konopi indyjskich w Europie wskazuje na stałą tendencję wzrostową od 2000 r. Jeśli przyjrzymy się państwom członkowskim UE, liczba skonfiskowanych roślin konopi osiągnęła najwyższy poziom w 2001 r. i ponownie wzrastała od 2003 r., podczas gdy w Turcji po okresie wzrostu w latach 2001–2003 liczba ta zmalała w 2004 r. i wzrosła ponownie w 2005 r.

Cena i siła działania

W 2005 r. średnie lub typowe ceny detaliczne żywicy konopnej i marihuany były zróżnicowane, zarówno w poszczególnych krajach, jak pomiędzy krajami, przy czym ceny produktów otrzymywanych z konopi indyjskich podawane przez większość państw zawierały się w granicach od 4 do 10 euro za gram⁽²⁷⁾. Jednakże zanotowana średnia lub typowa cena dla obydwu rodzajów produktów wahała się od 2 euro za gram do ponad 15 euro. Przeciętne ceny żywicy konopnej, skorygowane o współczynnik inflacji, spadły w okresie 2000–2005 we wszystkich krajach objętych raportem z wyjątkiem Polski, gdzie utrzymały się one na stałym poziomie. Średnia cena marihuany, skorygowana o współczynnik inflacji, również zmalała w tych samych latach we wszystkich krajach objętych raportem z wyjątkiem Słowenii⁽²⁸⁾.

Siła działania produktów otrzymanych z konopi indyjskich określana jest na podstawie zawartości delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), głównego składnika czynnego (EMCDDA, 2004). W 2005 r. odnotowana średnia lub typowa zawartość THC w żywicy konopnej w handlu detalicznym wynosiła od mniej niż 1% do 17%. Tak dużą różnicę trudno jest wyjaśnić, biorąc pod uwagę wspólne źródło pochodzenia większej części europejskiej żywicy. Odnotowana siła działania marihuany wahała się od mniej niż 1% do ponad 15%. Na podstawie dostępnych danych nie można odróżnić krajowej marihuany od importowanej, choć Niderlandy zdołały oszacować wielkość krajowej produkcji na 17,7%⁽²⁹⁾.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania konopi indyjskich

Zażywanie w populacji ogólnej

Najnowsze dane pochodzące z badań potwierdzają, że konopie indyjskie są najczęściej zażywaną nielegalną substancją w Europie. W latach 90. zażywanie tego narkotyku, zwłaszcza wśród młodzieży, zwiększyło się praktycznie we wszystkich krajach. Jednakże niektóre z najnowszych statystyk sugerują, że tendencja wzrostowa stabilizuje się, choć na historycznie wysokim poziomie. Istotną wstępną kwestią jest badanie tendencji utrzymujących się

Badania sondażowe ważnym narzędziem poznania schematów i tendencji w zakresie zażywania narkotyków w Europie

Zakres zażywania narkotyków przez ogół ludności lub w środowisku szkolnym ocenia się na podstawie badań ankietowych przekazujących dane szacunkowe o odsetku mieszkańców, którzy przyznali się do zażywania narkotyków w określonych przedziałach czasowych: kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatniego roku lub w ciągu ostatniego miesiąca.

EMCDDA we współpracy z ekspertami krajowymi przygotowało zestaw wspólnych punktów głównych (Europejski kwestionariusz modelowy – EMQ), przeznaczony do stosowania w badaniach ankietowych prowadzonych wśród osób dorosłych i wdrożony w większości państw członkowskich UE. Szczegółowe informacje o EMQ zamieszczono w „Informatorze o badaniach ankietowych dotyczących zażywania narkotyków w populacji ogólnej” (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Jednak nadal występują różnice pomiędzy poszczególnymi krajami w zakresie metodologii i roku zbierania danych, stąd niewielkie różnice pomiędzy krajami należy interpretować z pewną dozą ostrożności⁽¹⁾.

Ponieważ badania takie są kosztowne, niewiele krajów zbiera informacje corocznie. W niniejszym sprawozdaniu dane opierają się na wynikach najbardziej aktualnych badań, w większości oznacza to okres między 2003 a 2006 r.

Do raportowania danych sondażowych wykorzystywane są trzy miary poziomu zażywania narkotyków w pewnym okresie. Najszerszą miarą jest wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia bądź rozpowszechnienia zażywania narkotyku. Miarę tę powszechnie stosuje się do raportowania danych dotyczących grup bardzo młodych osób, na przykład uczniów. Ma ona jednak niewielką wartość, gdy chodzi o odzwierciedlenie bieżącej sytuacji wśród dorosłych, choć może dać pewien pogląd na schematy zażywania i częstotliwość. Niniejsze sprawozdanie koncentruje się na rejestrowaniu zażywania w ostatnim roku i ostatnim miesiącu, ponieważ te dwie miary lepiej obrazują bieżącą sytuację, przy czym ta ostatnia kategoria często służy jako miara zastępcza regularnego zażywania. Istotne jest wyraźne wskazanie liczby osób regularnie zażywających narkotyki lub mających problemy w związku z ich przyjmowaniem. W tym zakresie poczyniono pewne postępy, opracowując skale do oceny bardziej intensywnych form zażywania. Dostępne skale zostały uwzględnione w tekście (patrz ramka dotycząca opracowania skali psychometrycznych, str. 42).

(1) Standardowe przedziały wiekowe EMCDDA: wszyscy dorośli (od 15 do 64 lat) i młode osoby dorosłe (od 15 do 34 lat). Dane z niektórych krajów obejmują nieco odmiennie przedziały wiekowe (np. od 16 do 64 lat, od 18 do 64 lat, od 16 do 59 lat). Więcej informacji o metodologii przeprowadzania badań ankietowych oraz metodologii zastosowanej w poszczególnych badaniach krajowych znajduje się w Biuletynie statystycznym za rok 2007.

(27) Patrz tabela PPP-1 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(28) Dane dotyczące cen żywicy i marihuany były analizowane dla 19 krajów (dla których dostępne były dane za co najmniej trzy kolejne lata).

(29) Dane dotyczące siły działania pochodnych konopi indyjskich znajdują się w tabelach PPP-2 i PPP-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

wśród osób zażywających narkotyki w intensywny sposób przez długi okres. W tym zakresie dane są niedostateczne, lecz niepokoi fakt, że więcej młodzieży zażywa marihuanę, i częściowo może to znajdować odzwierciedlenie we wzroście zapotrzebowania na leczenie uzależnień od pochodnych konopi indyjskich, obserwowanym w niektórych krajach.

Według ostrożnych szacunków pochodne konopi indyjskich co najmniej raz zażyło (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia) ponad 70 mln dorosłych Europejczyków, co oznacza średnio prawie jedną czwartą (22%) wszystkich osób w wieku od 15 do 64 lat⁽³⁰⁾. Dane liczbowe z poszczególnych krajów są bardzo zróżnicowane i wahają się od 2 do 37%, przy czym najniższe wartości dotyczą Bułgarii, Malty i Rumunii, a najwyższe – Danii (36,5%), Francji (30,6%), Zjednoczonego Królestwa (29,8%) i Włoch (29,3%)⁽³¹⁾. Pomimo tak dużych rozbieżności w 12 europejskich krajach spośród 26, które dostarczyły dane, zanotowano wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia w granicach od 10 do 25%⁽³²⁾.

Jeśli za punkt odniesienia przyjmujemy zażywanie w ostatnim roku zamiast wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia, poziom zażywania spada, ale nadal pozostaje dość wysoki. Dane szacunkowe sugerują, że ponad 23 mln dorosłych Europejczyków zażywało pochodne konopi indyjskich w ostatnim roku. Daje to średnią około 7% wszystkich osób z przedziału wiekowego od 15 do 64 lat. Odpowiednie liczby dla poszczególnych krajów wahają się od 1 do 11,2%, przy czym najniższe z nich dotyczą Bułgarii, Grecji i Malty, a najwyższe – Włoch (11,2%), Hiszpanii (11,2%), Republiki Czeskiej (9,3%) i Zjednoczonego Królestwa (8,7%). Ponownie, pomimo tak dużych rozbieżności, w 13 spośród 25 krajów, które dostarczyły dane, zanotowano wskaźnik rozpowszechnienia w ciągu ostatniego roku w granicach od 4 do 9% (wykres 3).

Szacunkowe dane dotyczące zażywania konopi w ciągu ostatniego miesiąca będą obejmowały osoby zażywające pochodne konopi indyjskich częściej, choć niekoniecznie intensywnie. Szacuje się, że 13,4 mln dorosłych Europejczyków zażywało ten narkotyk w poprzednim miesiącu, co stanowi średnio około 4% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat. Dane dla poszczególnych krajów wahają się od 0,5 do 8,7%. Najniższe liczby zanotowano w Bułgarii, na Malcie, Litwie i w Szwecji, najwyższe zaś – w Hiszpanii (8,7%), we Włoszech (5,8%), w Zjednoczonym Królestwie (5,2%) i we Francji (4,8%). Dane z 13 spośród 26 krajów, które dostarczyły informacje, zawierają się w granicach od 2 do 6%⁽³³⁾.

Zażywanie konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych

Zażywanie konopi indyjskich jest nieproporcjonalnie wysokie wśród młodzieży. W poszczególnych badanych krajach co najmniej jednokrotne zażycie deklaruje od 3 do 49,5% młodych Europejczyków (od 15 do 34 lat), zażycie w ostatnim roku – od 3 do 20% osób z tej grupy, a w ostatnim miesiącu – od 1,5 do 15,5% młodych osób. Najwyższe wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia stwierdzono w Danii, we Francji, w Zjednoczonym Królestwie i Hiszpanii, najwyższe wskaźniki co najmniej jednokrotnego zażycia w ostatnim roku ujawniono zaś w Hiszpanii, Republice Czeskiej, we Francji i Włoszech. Odnotowano, że średnio 30% młodzieży zażywało narkotyki przynajmniej jednokrotnie, 13% – w ostatnim roku i ponad 7% – w ostatnim miesiącu. Dla porównania dane szacunkowe dotyczące zażywania w ostatnim roku i ostatnim miesiącu dla osób dorosłych w wieku od 35 do 64 lat wynoszą odpowiednio 3% i 1,6%⁽³⁴⁾.

Jeśli skupimy się wyłącznie na młodzieży w wieku od 15 do 24 lat, dane szacunkowe dotyczące wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia będą się wahać między 3 a 44% (przy czym większość krajów podaje liczby w przedziale od 20 do 40%). Wskaźnik rozpowszechnienia w ciągu ostatniego roku wynosił od 4 do 28% (w większości krajów od 10 do 25%), w ciągu ostatniego miesiąca zaś od 1 do 19% (w większości krajów od 5 do 12%). Szacuje się, że wśród mężczyzn w tej grupie wiekowej wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia jest nadal wyższy. Przypadki przynajmniej jednokrotnego zażycia zanotowano w przedziale od 11 do 51% młodych mężczyzn (w większości krajów – od 25 do 45%), zażycia w ostatnim roku zanotowano w przedziale od 5 do 35% osób z tej grupy (w większości krajów – od 15 do 30%), a zażycia w ostatnim miesiącu w przedziale od 1,7 do 23,7% (w większości krajów – od 6 do 20%)⁽³⁵⁾.

Schematy zażywania konopi indyjskich

Jak zauważono powyżej, zażywanie konopi indyjskich, podobnie jak i większości pozostałych nielegalnych narkotyków, jest znacząco wyższe wśród młodzieży, choć nawet w tym przypadku można znaleźć istotne różnice między poszczególnymi krajami. Zażywanie jest również znacznie wyższe wśród mężczyzn niż kobiet, aczkolwiek różnica ta staje się coraz mniej widoczna w przypadku młodzieży. W najnowszych pomiarach zażywania przewaga liczby mężczyzn w stosunku do liczby kobiet ogólnie wzrasta i tu także można zaobserwować istotne różnice między poszczególnymi krajami, na przykład wskaźniki dotyczące płci dla odnotowanego zażywania pochodnych konopi indyjskich w ostatnim miesiącu sięgają od 1,5 we Włoszech do 1,14 na Litwie (patrz wybrane zagadnienia dotyczące płci i zażywania narkotyków z 2006 r.).

⁽³⁰⁾ Średni odsetek obliczono jako średnią krajowych wskaźników rozpowszechniania ważoną w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. Łączne wartości obliczono, mnożąc wskaźnik rozpowszechnienia wśród danej grupy w każdym kraju; w krajach, dla których informacje nie były dostępne, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia. Podane tu liczby są prawdopodobnie wartościami minimalnymi ze względu na możliwość pewnego zaniżenia danych.

⁽³¹⁾ W niniejszym tekście liczby dotyczące Zjednoczonego Królestwa oparto z powodów praktycznych na wynikach badania przestępczości z 2006 r. (obejmującego Anglię i Walię). Istnieją dodatkowe dane szacunkowe dotyczące Szkocji, Irlandii Północnej i dostępne są łączne dane szacunkowe dla Zjednoczonego Królestwa (przedstawione w Biuletynie statystycznym za 2007 r.).

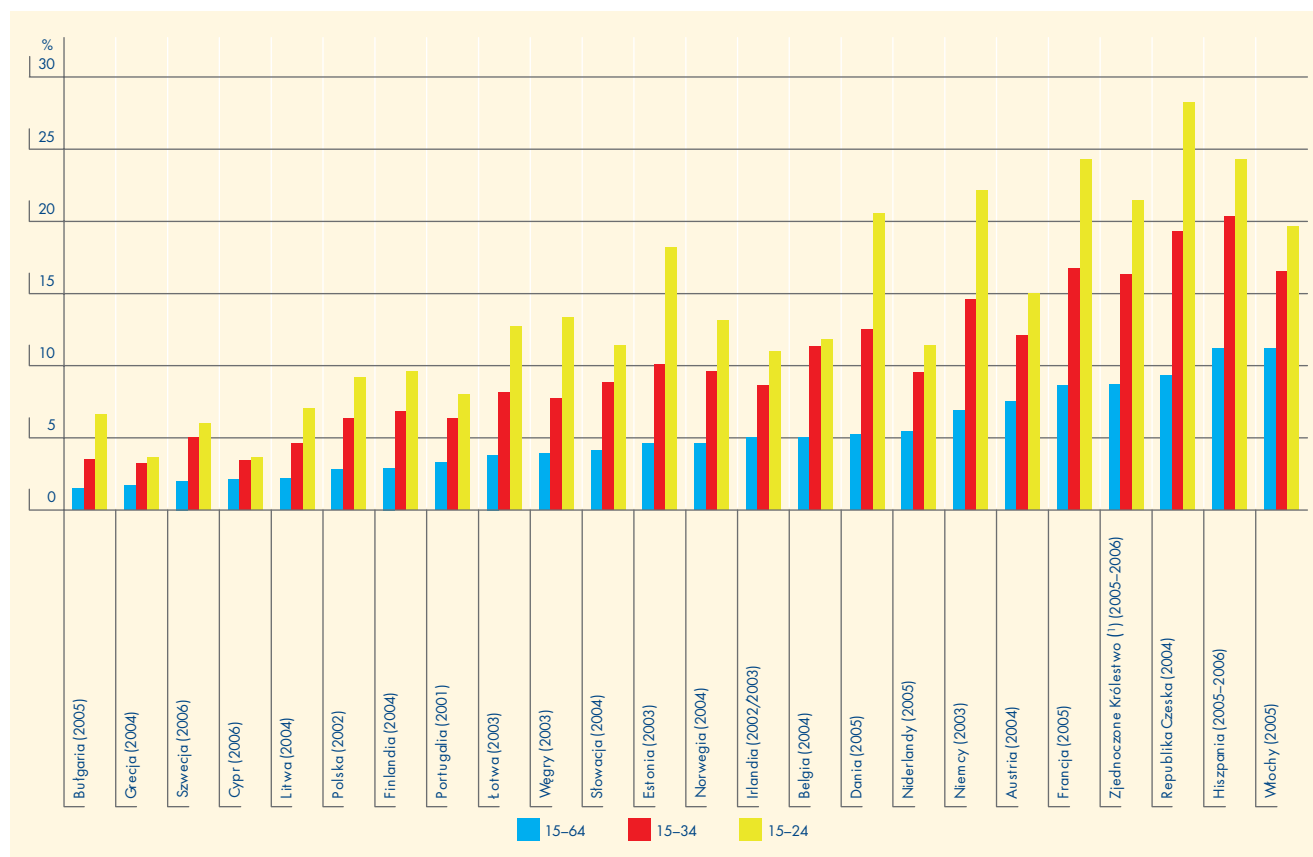
⁽³²⁾ Patrz tabela GPS-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽³³⁾ Patrz tabela GPS-12 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽³⁴⁾ Patrz tabele GPS-9, GPS-11 oraz GPS-13 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽³⁵⁾ Patrz tabele GPS-17, GPS-18 i GPS-19 oraz wykresy GPS-1, GPS-3, GPS-7 i GPS-12 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Wykres 3: Rozpowszechnienie spożycia pochodnych konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku w grupie wszystkich dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) i w grupie młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat i od 15 do 24 lat)



(*) Anglia i Walia.

Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. O kolejności krajów decyduje ogólne rozpowszechnienie spożycia narkotyku (wśród wszystkich dorosłych). Patrz tabele GPS-10, GPS-11 oraz GPS-18 w Biuletynie statystycznym za 2007 r., aby uzyskać dodatkowe informacje.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2006), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

Wiele osób zazwyczaj przestaje przyjmować pochodne konopi indyjskich po krótkim okresie eksperymentowania, a wskaźnik zażywania generalnie spada wraz z wiekiem. Śledzenie historii osób zażywających pochodne konopi indyjskich na podstawie dostępnych danych i identyfikowanie zmian w schematach zażywania wraz z upływem czasu jest jednak utrudnione. Pewną orientację w tym zagadnieniu można uzyskać poprzez porównanie zanotowanego wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia z nowszymi pomiarami konsumpcji. Analiza ta sugeruje, że przeciętnie 32% wszystkich dorosłych (od 15 do 64 lat), którzy zażyli pochodne konopi indyjskich co najmniej raz, dokonało tego w ostatnim roku, a 18% w ostatnim miesiącu. Proporcje te, czasami nazywane „wskaźnikami kontynuacji”, różnią się znacząco w poszczególnych krajach, a wpływ na nie ma szereg czynników, w tym historyczny rozwój zażywania pochodnych konopi indyjskich w ramach danego kraju oraz liczba nowych przypadków. Tym niemniej poznanie odsetka

osób zażywających ten narkotyk regularnie i w długim okresie jest prawdopodobnie istotne dla zrozumienia potencjalnego wpływu zażywania na zdrowie publiczne. Pomimo obaw, że liczba osób zażywających narkotyk regularnie i intensywnie może wzrastać⁽³⁶⁾, obecnie dostępnych jest niewiele informacji umożliwiających zbadanie tego zagadnienia. EMCDDA ściśle współpracuje z wieloma państwami członkowskimi w celu opracowania skutecznego podejścia metodologicznego do tego zagadnienia. Wstępne szacunki dokonane przez EMCDDA w 2004 r., oparte na niewielkiej liczbie danych, sugerują, że około 1% dorosłych Europejczyków, czyli około 3 mln osób, może „codziennie lub prawie codziennie” zażywać pochodne konopi indyjskich. W najbliższej przyszłości planowane jest uaktualnienie tych danych. Kilka krajów zanotowało wzrost regularnego lub intensywnego zażywania pochodnych konopi indyjskich, ale tylko Hiszpania przedstawiła porównawcze dane dotyczące

⁽³⁶⁾ Nie ma jak dotąd ogólnej przyjętej definicji „intensywnego zażywania konopi indyjskich”. Jest to jednak szerokie pojęcie, oznaczające zażywanie konopi indyjskich przekraczające określony próg częstotliwości. Nie oznacza ono automatycznie występowania „uzależnienia czy nadużywania” czy innych problemów, ale uważa się, że zwiększa ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji, w tym uzależnienia. W tym rozdziale dane odnoszą się do „codziennego lub prawie codziennego zażywania” (rozumianego jako zażywanie przez co najmniej 20 dni w ciągu ostatnich 30 dni). To kryterium stosuje się często w badaniach, a pochodzi ono z europejskiego kwestionariusza modelowego. Trwające badania metodologiczne (krajowe i prowadzone przez EMCDDA) pomogą w lepszym poznaniu powiązań między intensywnym lub częstym zażywaniem i związanym z tym problemem (patrz ramka dotycząca opracowania skali psychometrycznych, str. 42).

Opracowanie skali psychometrycznych do identyfikowania intensywnego i problemowego zażywania konopi indyjskich oraz uzależnienia w danych sondażowych

Opisy sposobów zażywania narkotyków zawarte w sondażach opierają się na własnej ocenie zachowań respondentów w różnych przedziałach czasu. W ujęciu historycznym codzienne zażywanie nie było regularnie monitorowane, częściowo dlatego że w większości krajów rozpowszechnienie zażywania pochodnych konopi indyjskich pozostawało na niskim poziomie. Podejście zaś, które ogranicza się do rejestrowania zażywania w ostatnim miesiącu, nie pozwala na precyzyjne określenie liczby osób intensywnie zażywających narkotyki. Jednak wraz z rozszerzaniem się zasięgu zażywania konopi indyjskich w Europie i rosnącymi obawami dotyczącymi pojawiania się problemów z przyjmowaniem tych substancji należało ponownie rozważyć zastosowanie takiego podejścia. W rzeczywistości prawie wszystkie kraje europejskie obecnie gromadzą informacje o liczbie dni zażywania narkotyków w miesiącu poprzedzającym wywiad. Na podstawie tych danych szacuje się, że około 3 mln osób zażywa pochodne konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie.

EMCDDA współpracuje z krajowymi ekspertami nad usprawnieniem gromadzenia danych o tego rodzaju intensywnym zażywaniu na podstawie badań sondażowych ludności. Jednak nadal nie jest to doskonałe narzędzie do identyfikacji osób cierpiących z powodu problemów lub uzależnień wywołanych zażywaniem konopi indyjskich. Informacje te mają istotne znaczenie dla zrozumienia wpływu spożywania tych narkotyków na zdrowie publiczne i obecnie stanowią kluczowe zagadnienie dla eksperckiego zespołu sondażowego EMCDDA.

Prowadzone są prace nad stworzeniem ram metodologicznych i koncepcyjnych niezbędnych do monitorowania „intensywnych form zażywania narkotyków”, które będzie można wykorzystać w sondażach w celu lepszej identyfikacji osób borykających się z problemami. Niektóre kraje obecnie zaczynają dokonywać pomiarów „uzależnienia” od konopi indyjskich lub poziomu „problemowego zażywania” tego narkotyku wśród ogółu mieszkańców. Pierwsze projekty są realizowane we Francji, w Niemczech, w Niderlandach, w Polsce, w Portugalii, w Zjednoczonym Królestwie oraz ostatnio w Hiszpanii.

Przykładem dowodzącym znaczenia tych prac może być francuski sondaż z 2005 r., który wykorzystywał eksperymentalną skalę CAST (test przesiewowy nadużywania pochodnych konopi indyjskich): według tego pomiaru wstępna analiza sugerowała, że 16% osób zażywających narkotyki w ostatnim roku oraz 58% osób zażywających go codziennie naraża się na ryzyko problemowego zażywania.

„codziennego zażywania” ⁽³⁷⁾, które wzrosło z 0,7% w 1997 r. do 2% w 2006 r.

Inna istotna potrzeba w tej dziedzinie to lepsze zrozumienie czynników związanych z przerwaniem zażywania. Jak

stwierdzono powyżej, większość osób rozpoczynających zażywanie pochodnych konopi indyjskich przerwie je po pewnym czasie. Poznanie czynników związanych z zaprzestaniem zażywania jest bez wątpienia istotne przy projektowaniu działań interwencyjnych w tym obszarze. Niektóre informacje na ten temat są już dostępne, na przykład badanie populacji francuskiej pozwoliło stwierdzić, że wśród osób, które kiedyś wcześniej zażywały pochodne konopi indyjskich, ale nie robiły tego w ciągu ostatniego roku, większość (80%) podaje jako główną przyczynę niezazywania po prostu brak zainteresowania narkotykami i to pomimo faktu, że większa część dorosłych (prawie 60%) uznała, że konopie indyjskie są dla nich łatwo dostępne.

Tendencje w zażywaniu konopi indyjskich przez dorosłych

Śledzenie tendencji zażywania narkotyków w Europie jest utrudnione z uwagi na fakt, że w wielu krajach brakuje rzetelnych danych w odpowiedniej skali czasowej. Jednak w coraz większej liczbie krajów badania prowadzi się już od początku lat 90.; pozwalają one uzyskać cenny obraz zmian, które nastąpiły od tamtego czasu.

Dane w skali czasowej dostarczane przez badania mogą rzucić światło na zmiany w sposobie zażywania pochodnych konopi indyjskich w Europie. Jednym z wniosków jest stwierdzenie, że od momentu zyskania popularności przez ten narkotyk w latach 60. obserwowano znaczne różnice w różnych okresach między poszczególnymi krajami, a także występowanie fal popularności w zażywaniu narkotyku ⁽³⁸⁾. Przykładem mogą być dane ze Szwecji (sprawozdanie krajowe Reitox za 2005 r.), gdzie zanotowano wysoki poziom eksperymentów z narkotykiem wśród poborowych i uczniów szkół w latach 70., po czym nastąpił znaczący spadek w latach 80. oraz ponowny wzrost w latach 90. do poziomu zbliżonego do tego z lat 70., a w ostatnim okresie istotny spadek. Podobne zjawisko fal zwiększonego zażywania narkotyku zaobserwowano w Finlandii, pierwszy w latach 60. i następną w latach 90.

Badania dowodzą, że zażywanie pochodnych konopi indyjskich znacząco wzrosło w latach 90. w niemal wszystkich krajach UE. Wzrost ten trwa aż do dziś w wielu państwach, choć obecnie w niektórych dostrzega się oznaki stabilizacji, zwłaszcza w grupie o wysokim wskaźniku przynajmniej jednokrotnego zażycia. Przykładem jest tutaj Zjednoczone Królestwo, które na ogół często „wysuwa się na prowadzenie”, gdy chodzi o tendencje zażywania narkotyków. Na początku lat 90. kraj ten wyróżniał się wysokim wskaźnikiem przynajmniej jednokrotnego zażycia, w większości statystyk uzyskując najwyższe wskaźniki w Europie. Jednak poziom rozpowszechnienia w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (16–34 lata) stabilizował się, począwszy od 1998 r., i spadł w latach 2003–2006 (od 20,0 do 16,3%). Co ciekawe, w najmłodszej grupie wiekowej (od 16 do 24 lat) od 1998 r. obserwuje się stały spadek, który sugeruje, że zażywanie

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7%), 1999 (0,8%), 2001 (1,5%), 2003 (1,5%), 2005–2006 (2%). Miara ta (zażywanie przez 30 dni w ciągu ostatnich 30 dni) różni się od poprzednio stosowanej „codzienne lub prawie codzienne zażywanie” (zażywanie przez co najmniej 20 dni w ciągu ostatnich 30 dni), co dostarcza wyższych danych szacunkowych. We Francji „systematyczny konsument” definiowany jest jako taki, który zażywał narkotyk „co najmniej 10 razy w ciągu ostatnich 30 dni” (4,3% dorosłych mężczyzn, 1,3% dorosłych kobiet). W Zjednoczonym Królestwie za „częste zażywanie” uznaje się „zażywanie więcej niż raz w miesiącu w ciągu ostatniego roku” i nie jest ono porównywalne z miarami wykorzystywanymi w tym rozdziale.

⁽³⁸⁾ Patrz również wykres 4 w Sprawozdaniu rocznym za 2004 r.

po pochodnych konopi indyjskich wśród młodzieży straciło na popularności ⁽³⁹⁾.

W ubiegłych latach (odpowiednio 2002, 2003 i 2005), po okresie stałego wzrostu, poziomy zażywania pochodnych konopi indyjskich we Francji, w Hiszpanii i we Włoszech zaczęły zbliżać się do poziomów rozpowszechnienia w Zjednoczonym Królestwie. Tutaj również widoczne są pewne oznaki stabilizacji sytuacji: Francja zanotowała spadek zażywania w 2005 r. i, choć Hiszpania informuje o lekkim wzroście do 2006 r., ogólnie widoczne są oznaki stabilizacji. W Republice Czeskiej, która charakteryzuje się wysokimi wskaźnikami rozpowszechnienia, trudno ocenić tendencje przy pomocy dostępnych danych, ale informacje dotyczące młodych osób dorosłych sugerują możliwy lekki spadek poziomu rozpowszechnienia.

Jeśli chodzi o państwa zajmujące środkowe i niższe pozycje w rankingu pod względem wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat), najnowsze dane z Danii i Niemczech wskazują na lekki spadek, w Estonii, Niemczech, na Węgrzech, Słowacji i w Norwegii zaś poziom zażywania nadal rośnie ⁽⁴⁰⁾. Jednak w większości przypadków wzrost ten jest niewielki i ogólnie mniej widoczny w najnowszych danych szacunkowych.

Finlandia i Szwecja nadal znajdują się wśród krajów, które notują najniższy poziom zażywania pochodnych konopi indyjskich i, choć dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia narkotyku wzrosły, brakuje oznak wskazujących na zbliżanie się do poziomu krajów o wyższym rozpowszechnieniu. Wzrost obserwowany w Szwecji w latach 2000–2004 pod względem wskaźnika co najmniej jednokrotnego zażycia w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 1,3 do 5,3%), choć znaczny, jest jednak trudny do interpretacji, ponieważ zmiany w metodologii prowadzenia badań i dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia za 2004 r., 2005 r. i 2006 r. sugerują stabilną sytuację.

Zażywanie wśród młodzieży szkolnej

Inne użyteczne informacje na temat wzorców zażywania pochodnych konopi indyjskich i tendencji dostarczają badania prowadzone w szkołach. Wskazują na wzrost zażywania tego narkotyku w wielu krajach UE pod koniec lat 90. i w pierwszej dekadzie XXI wieku.

Ogólny obraz wyłaniający się z badań szkolnych odzwierciedla sytuację prezentowaną w badaniach przeprowadzonych wśród osób dorosłych. Najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi indyjskich wśród uczniów w wieku 15–16 lat w Europie zanotowano w Belgii, Republice Czeskiej, Irlandii, Hiszpanii, we Francji i w Zjednoczonym Królestwie: we wszystkich tych krajach wskaźnik ten waha się od 30 do 44%, w Niemczech, we Włoszech, w Niderlandach, Słowenii i na Słowacji wynosi powyżej 25%. Tymczasem

w Grecji, na Cyprze, w Rumunii, Szwecji, Turcji i Norwegii szacuje się, że wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia nie przewyższa 10%.

Analiza danych z pierwszych trzech serii badań (1996–2003) ESPAD (European Schools Project on Alcohol and Other Drugs – Europejskie badanie w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków) wskazuje na znaczne geograficzne zróżnicowanie tendencji w przynajmniej jednokrotnym zażywaniu pochodnych konopi indyjskich wśród młodzieży szkolnej w wieku od 15 do 16 lat. Pod względem geograficznym kraje można podzielić na trzy grupy. W Irlandii i Zjednoczonym Królestwie, gdzie istnieją długie tradycje zażywania konopi indyjskich, wskaźnik liczby osób, które przynajmniej raz je zażywały, jest wysoki, ale w ciągu ostatniej dekady utrzymywał się na stałym poziomie. W państwach członkowskich Europy Środkowej i Wschodniej, jak również w Danii, Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii wskaźnik liczby osób, które przynajmniej raz zażywały konopie indyjskie, znacznie wzrósł w latach 1995–2003. W trzeciej grupie państw członkowskich (w Finlandii i Szwecji na północy oraz w Grecji, na Cyprze i Malcie na południu) oraz w Norwegii szacuje się, że wśród młodzieży szkolnej odsetek ten utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie (około 10% i mniej). Danych z kolejnej serii badań ESPAD oczekuje się w przyszłym roku.

Jedynie cztery kraje (Włochy, Polska, Szwecja, Zjednoczone Królestwo) przedstawiły nowe dane z krajowych badań szkolnych za 2005 r., a Belgia przedstawiła badanie z regionu Flandrii. W Szwecji sytuacja wydaje się stabilna, a w czterech innych badaniach zanotowano lekki spadek.

Konopie indyjskie: dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie ⁽⁴¹⁾

Ogólne wzorce zapotrzebowania na leczenie

Spśród około 326 tys. przypadków zapotrzebowania na leczenie zgłoszonych w 2005 r. (dane z 21 krajów), konopie indyjskie stanowiły główny powód rozpoczęcia leczenia w około 20% przypadków; daje im to drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków. Największe zapotrzebowanie na leczenie z powodu zażywania konopi indyjskich jako narkotyku głównego dotyczy terapii w systemie pozaszpitalnym ⁽⁴²⁾.

Pacjenci klinik leczenia uzależnień od narkotyków są często określanymi w sprawozdaniu jako osoby problemowo zażywające inne narkotyki, z powodu których zgłaszają się na leczenie. Taka sytuacja jest rzadsza w przypadku pacjentów zażywających pochodne konopi indyjskich, którzy najczęściej deklarują zażywanie wyłącznie jednej substancji (konopi indyjskich). Niektórzy jednak zażywają ją w połączeniu z innymi narkotykami, często też z alkoholem (37%) i amfetaminą lub ecstasą (28%). Po alkoholu (38%)

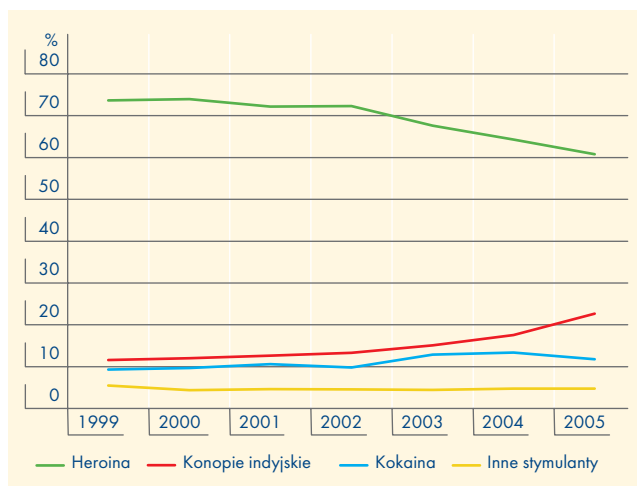
⁽³⁹⁾ Patrz wykres GPS-10 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁴⁰⁾ Patrz wykres GPS-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁴¹⁾ Analiza ogólnego występowania i tendencji opiera się na danych dotyczących pacjentów we wszystkich placówkach terapeutycznych. Analiza profilu pacjentów oraz schematów zażywania narkotyków opiera się głównie na danych z ośrodków leczenia pozaszpitalnego.

⁽⁴²⁾ Patrz wykres TDI-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Wykres 4: Tendencje w schematach korzystania z usług leczniczych (1999–2005) – liczba wskazań narkotyku głównego, będącego przyczyną zgłoszenia się na leczenie, jako odsetek wszystkich zgłoszeń



Uwagi: Opracowano na podstawie danych z 21 państw członkowskich UE: Bułgarii, Republiki Czeskiej, Danii, Niemiec, Irlandii, Grecji, Hiszpanii, Francji, Włoch, Cypru, Litwy, Luksemburga, Węgier, Malty, Niemiec, Rumunii, Słowenii, Słowacji, Finlandii, Szwecji i Zjednoczonego Królestwa. Brakujące dane dla poszczególnych krajów interpolowano poprzez zachowanie średniej tendencji UE na podstawie danych dostępnych dla każdego roku.

Dodatkowe informacje i szczegółowe uwagi znajdują się na wykresie TDI-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

konopie indyjskie są notowane jako druga najczęściej zazywana substancja, z powodu której pacjenci są poddawani leczeniu⁽⁴³⁾.

Wzrost zapotrzebowania na leczenie

Spośród około 130 tys. nowych przypadków zgłaszających się na leczenie uzależnień od narkotyków, osoby zazywające pochodne konopi indyjskich stanowią 29% wszystkich nowych pacjentów, zaraz po osobach wymagających leczenia z powodu zazywania heroiny (35%; dane dostępne z 22 krajów)⁽⁴⁴⁾. Choć z powodu problemów z dostępnością danych dokładne omówienie tendencji jest utrudnione, można zidentyfikować główne trendy w zapotrzebowaniu na leczenie uzależnień od konopi indyjskich. W latach 1999–2005 łączna liczba nowych i wszystkich odnotowanych przypadków zapotrzebowania na leczenie uzależnień od konopi indyjskich uległa niemal potrojeniu. Jednak tendencja wzrostowa wydaje się stabilizować w najnowszych danych. We wszystkich krajach (z wyjątkiem Litwy) odsetek zapotrzebowania na leczenie uzależnień od pochodnych konopi indyjskich jako głównego narkotyku jest wyższy wśród nowych pacjentów niż wśród wszystkich pacjentów⁽⁴⁵⁾.

W okresie 1999–2005 odsetek osób zgłaszających się na leczenie z powodu zazywania konopi indyjskich jako narkotyku głównego wzrósł we wszystkich krajach, które przekazały dane (wykres 4). Jednak widoczne są

zaskakujące różnice między krajami. W Bułgarii, na Litwie, w Polsce i Rumunii zanotowano mniej niż 5% wszystkich pacjentów zgłaszających się na leczenie z powodu uzależnienia od konopi indyjskich, na Węgrzech i we Francji zaś – ponad 30%. W przypadku pozostałych krajów, w 12 odsetek takich pacjentów wyniósł od 5 do 20%, a w siedmiu – od 21 do 29%. Analogicznie wśród nowych przypadków zgłaszających się na leczenie istnieją znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi krajami. Z powodu uzależnienia od pochodnych konopi indyjskich na leczenie zgłosiło się mniej niż 10% nowych pacjentów w Bułgarii, na Litwie, w Luksemburgu, Polsce i Rumunii, w Danii, Niemczech, we Francji i na Węgrzech zaś – ponad 50%⁽⁴⁶⁾.

Wzrostu zapotrzebowania na leczenie uzależnień od pochodnych konopi indyjskich nie można jednak wyjaśnić w prosty sposób. Zwiększenie skali zapotrzebowania na leczenie jest wynikiem wzrostu rozpowszechnienia intensywnego zazywania pochodnych konopi indyjskich oraz związanych z tym problemów, ale niejasna pozostaje przyczyna postrzegania zwiększonego ryzyka. Mogą się do tego przyczyniać też inne czynniki, w tym zwiększenie zakresu danych na temat jednostek leczenia pozaszpitalnego dla osób uzależnionych od pochodnych konopi indyjskich, zwykle stanowiących ośrodki, do których zgłaszają się pacjenci na leczenie, oraz prawdopodobnie poszerzenie diagnostyki i raportowania na temat problemowego zazywania tego narkotyku. Należy również rozważyć istnienie dwóch innych potencjalnych przyczyn: zróżnicowanie oferty leczenia, na przykład otwarcie ośrodków leczenia uzależnień od pochodnych konopi indyjskich we Francji pod koniec 2004 r., oraz zwiększenie liczby zgłoszeń ze strony organów wymiaru sprawiedliwości. W pierwszym przypadku, w odpowiedzi na zwiększone zapotrzebowanie na leczenie, kilka krajów wdrożyło specjalne programy dla młodzieży lub młodych ludzi, z odpowiednim ukierunkowaniem oferty leczenia na osoby zazywające pochodne konopi indyjskich. Wzrost zapotrzebowania doprowadził tutaj do zwiększenia podaży, która z kolei mogła wpłynąć na zwiększenie zapotrzebowania. W drugim przypadku sprawy przekazywane przez organy wymiaru sprawiedliwości dotyczą często przestępstw związanych z zazywaniem pochodnych konopi indyjskich. Wyniki badań wskazują, że większość osób skierowanych na leczenie przez wymiar sprawiedliwości zazywała je jako narkotyk główny. W takim scenariuszu wzrost liczby przekazywanych spraw będzie prowadził do zwiększonego zapotrzebowania na leczenie.

Profil pacjentów

Bez względu na to, jakie czynniki kryją się za wzrostem zapotrzebowania na leczenie uzależnień od pochodnych konopi indyjskich, interesująca jest charakterystyka osób zgłaszających się na leczenie, choć nie należy sugerować, że ta niewielka część populacji zazywającej narkotyk jest reprezentatywna. Przyglądając się profilowi osób korzystających z leczenia pozaszpitalnego z powodu zazywania pochodnych konopi indyjskich jako narkotyku głównego, można wskazać najczęstsze wspólne cechy

⁽⁴³⁾ Patrz tabele TDI-22, TDI-23 (część i) oraz (część iv) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁴⁴⁾ Patrz wykres TDI-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁴⁵⁾ Patrz tabele TDI-3 (część iii) i TDI-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁴⁶⁾ Patrz tabele TDI-5 (część ii) i TDI-4 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

charakterystyczne: młody mężczyzna, nadal uczący się, w odróżnieniu od osób zatrudnionych lub bezrobotnych, oraz mieszkający z rodzicami, w odróżnieniu od osób posiadających oddzielne miejsce zamieszkania⁽⁴⁷⁾. W porównaniu z pacjentami zażywającymi inne narkotyki, wśród rozpoczynających leczenie z powodu konopi indyjskich przyjmowanych jako narkotyku główny największy jest odsetek mężczyzn i osób najmłodszych (średnia wieku 24,5 roku). Rozpoczynający leczenie po raz pierwszy są nawet młodszy od ogółu pacjentów zażywających pochodne konopi indyjskich (średnia wieku 23,8 roku); osoby w wieku od 15 do 19 lat i poniżej 15 lat stanowią odpowiednio 67% i 80% nowych pacjentów. Jednak w ostatnich trzech latach zanotowano oznaki podniesienia wieku nowych pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich⁽⁴⁸⁾. Pacjentów poddawanych leczeniu ze względu na zażywanie konopi indyjskich można podzielić na trzy grupy: osoby zażywające narkotyki sporadycznie (34%), osoby zażywające go raz do kilku razy w tygodniu (27%) oraz osoby zażywające narkotyki codziennie (39%).

Prawdopodobnie różnice odnotowane w zażywaniu narkotyku wśród pacjentów uzależnionych od pochodnych konopi indyjskich są wynikiem odmiennych dróg kierowania na leczenie. Można przypuszczać, że wzrost liczby spraw przekazywanych przez organy wymiaru sprawiedliwości dotyczy niektórych spośród osób o niskim poziomie spożycia zgłoszonych jako rozpoczynający leczenie. Częstotliwość zażywania konopi indyjskich różni się w poszczególnych krajach, przy czym w połowie z nich odnotowuje się ponad 30% pacjentów zażywających narkotyki codziennie, a w pozostałych – mniej niż 30%. Niemcy, Dania i Hiszpanię cechuje najwyższy odsetek leczonych pacjentów systematycznie zażywających narkotyki, na Węgrzech, w Niemczech i we Włoszech zaś najwyższy odsetek dotyczy pacjentów przyjmujących narkotyki okazjonalnie⁽⁴⁹⁾. Ponadto, jak stwierdzono poniżej, koncentrowanie się na intensywnym zażywaniu konopi indyjskich może dotyczyć zapobiegania, a nie leczenia, i tego typu różnice w praktykach poszczególnych krajów mogą wpływać na ogólny poziom raportowania. To częściowo wyjaśnia, dlaczego niektóre kraje o wysokim wskaźniku rozpowszechnienia narkotyku notują stosunkowo niewiele przypadków leczenia uzależnień od pochodnych konopi indyjskich.

Reagowanie na problemy związane z zażywaniem konopi indyjskich

Dane dotyczące leczenia uzależnień od pochodnych konopi indyjskich należy rozpatrywać w kontekście rodzajów leczenia stosowanego w Europie, które obejmują obecnie szeroki zestaw środków, począwszy od krótkich interwencji do leczenia w ośrodkach stacjonarnych. Niektóre programy są równie silnie ukierunkowane na zapobieganie szkodom i ich ograniczanie, jak na leczenie problemów narkotykowych.

Identyfikowanie osób zagrożonych i wczesne interwencje uznaje się za istotny składnik wszystkich programów

antynarkotykowych. Do pierwszych osób, które mogą stwierdzić przypadki zażywania pochodnych konopi indyjskich u uczniów, należą pracownicy szkół. Niemcy, Włochy i Polska opracowały programy dla nauczycieli, które pomagają im we właściwym reagowaniu na zażywanie tego narkotyku i poszukiwaniu pomocy specjalistycznej, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Brakuje solidnej bazy dowodowej na temat praktyk leczenia uzależnień od pochodnych konopi indyjskich, także liczba prowadzonych w tej dziedzinie badań, głównie opartych na doświadczeniach amerykańskich i australijskich, jest niewielka. W Europie odnotowano następujące najpowszechniej stosowane metody rozwiązywania problemów z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich: krótkoterminowe usługi pozaszpitalne, poradnictwo, programy szkolne oraz działania zapobiegawcze w terenie. Ogólnie interwencje opierają się na krótkoterminowych działaniach łączących wywiady motywacyjne i elementy poznawczo-behawioralne. Choć nie ma trwałego porozumienia co do skutecznych praktyk, niektóre badania sugerują, że tego typu podejście może być użyteczne. Jedną z europejskich inicjatyw w tej dziedzinie jest projekt INCANT, w ramach którego Belgia, Francja, Niemcy, Niemcy, Niemcy i Szwajcaria współpracowały nad badaniem celowości stosowania wielowymiarowej terapii rodzinnej w stosunku do osób zażywających pochodne konopi indyjskich. Po uzyskaniu pozytywnej oceny etapu pilotażowego (Rigter, 2005) rozszerzono zakres projektu na grupę kontrolną losowo wybraną z wielu lokalizacji w celu porównania wspomnianej terapii ze standardowym leczeniem zaburzeń związanych z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich.

Tylko 13 państw członkowskich odnotowuje istnienie specjalistycznych ośrodków leczniczych przeznaczonych dla osób problemowo zażywających ten narkotyki. To sugeruje, że większość takich pacjentów jest leczona w ramach ogólnych programów antynarkotykowych lub w poradniach ogólnych czy młodzieżowych. Istnieją obawy, że leczenie młodzieży stosującej pochodne konopi indyjskich w ogólnych placówkach leczenia uzależnień od narkotyków może być niewłaściwe, jeśli tacy pacjenci mają kontakt ze starszymi osobami problemowo zażywającymi inne narkotyki. Chociaż nie wiadomo, do jakiego stopnia stanowi to problem, pozostaje jednak istotną kwestią przy planowaniu usług świadczonych w tej dziedzinie.

Przykładem świadczenia specjalistycznych usług dla osób zażywających pochodne konopi indyjskich jest Francja, gdzie w 2005 r. utworzono 250 ośrodków konsultacyjnych. Ośrodki te przyjmują około 2900 pacjentów miesięcznie, przy czym mniej więcej jedna trzecia z nich (31%) zgłasza się sama lub zostaje zgłoszona przez osoby trzecie (31%), a ponad jedna trzecia zostaje skierowana decyzją sądu (38%). Do innych przykładów specjalnych programów dla osób stosujących ten narkotyki należy Maria Youth Centre w Szwecji, zapewniający młodzieży problemowo zażywającej konopie indyjskie program doradczy oraz sesje wsparcia. Także w Niemczech, w Dreźnie na Wydziale Badawczym Terapii Pozaszpitalnych od stycznia 2006 r.

⁽⁴⁷⁾ Patrz tabele TDI-13, TDI-14 oraz TDI-21 (część i) oraz (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁴⁸⁾ Patrz tabele TDI-10 (część i), (część ii) oraz (część ix) w biuletynach statystycznych za 2007 r., 2006 r. i 2005 r.

⁽⁴⁹⁾ Patrz tabela TDI-18 (część iii) oraz (część iv) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

wdraża się modułowe leczenie zaburzeń związanych z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich (Candis).

Interwencje quasi-obowiązkowe

Pomimo ogólnej zmiany podejścia zakładającej wobec zażywających pochodne konopi, którzy mieli kontakt z organami wymiaru sprawiedliwości – zamiast sankcji karnych – raczej kierowanie na leczenie i porady, dostępność i struktura takich mechanizmów jest bardzo zróżnicowana w poszczególnych regionach Europy, przy czym niewiele krajów (Niemcy, Francja, Luksemburg, Austria, Szwecja) zgłasza istnienie zorganizowanych programów i usług.

W przypadku osób zażywających konopie, kierowanych przez sądy, leczenie nie stanowi jedynej metody reagowania, jaką odnotowują poszczególne państwa. Osobom zażywającym narkotyk okazjonalnie oferuje się w niektórych krajach intensywne kursy, na przykład Niemcy, Austria i Luksemburg informują o prowadzeniu kursów ukierunkowanych na zmianę przekonań i schematów zażywania dla osób przyjmujących pochodne konopi indyjskich⁽⁵⁰⁾.

Nowe strategie komunikacji ukierunkowane na osoby zażywające pochodne konopi indyjskich

W ramach szeregu innowacyjnych programów realizowanych w Europie podejmuje się próby znalezienia

nowych narzędzi komunikacyjnych ukierunkowanych na osoby zażywające pochodne konopi indyjskich. W niektórych krajach (Niemcy, Zjednoczone Królestwo) opracowano krótkoterminowe działania interwencyjne wykorzystujące Internet, które umożliwią osobom przyjmującym ten narkotyk kontrolę ich bieżącego zażywania i samodzielną identyfikację problemów. Przykładem takiej metody jest niemiecki program „quit the shit”⁽⁵¹⁾, oferujący wsparcie osobom, które chcą zaprzestać zażywania narkotyku. Badanie oceniające wykazało, że osoby korzystające z serwisu odnotowały zmniejszone spożycie pochodnych konopi indyjskich, zarówno pod względem ilości, jak i liczby dni przyjmowania substancji.

W Danii realizowany jest projekt Smash zapewniający anonimowe wsparcie i porady dla młodzieży zażywającej pochodne konopi indyjskich. Jego cel stanowi ograniczenie szkodliwych skutków, dostarczenie informacji i udzielanie wsparcia, które ma pomóc tym osobom w porzuceniu narkotyku⁽⁵²⁾. Projekt wykorzystuje subskrypcje dwóch pakietów SMS-owych. Pierwszy z nich („hashfacts”) zapewnia rzeczowe informacje o zażywaniu pochodnych konopi indyjskich, a drugi wsparcie i pobudzenie motywacji u osób usiłujących zaprzestać przyjmowania narkotyków. Młodzież uzyskuje również pomoc ze strony trenerów poprzez wiadomości tekstowe, które mają pomóc im w zaprzestaniu lub ograniczeniu zażywania pochodnych konopi indyjskich. Podobne usługi istnieją w Irlandii, choć nacisk jest położony na rozpowszechnianie informacji.

Zażywanie narkotyków wśród nieletnich – Wybrane zagadnienia EMCDDA z 2007 r.

Autorzy wybranych zagadnień dotyczących zażywania narkotyków przez bardzo młodych Europejczyków (poniżej 15 lat) stwierdzają, że rozpowszechnienie przyjmowania substancji w tej grupie wiekowej jest niskie i głównie odzwierciedla eksperymentalny sposób zażywania. Regularne zażywanie narkotyków przez bardzo młode osoby zdarza się rzadko i często dotyczy wysoce problemowej części populacji.

Główne sposoby reagowania na zażywanie narkotyków przez osoby poniżej 15. roku życia koncentrują się na strategiach zapobiegania lub wczesnych interwencji. Niemniej jednak w wybranych zagadnieniach szacuje się, że w Europie

około 4 tys. bardzo młodych osób poddawanych jest leczeniu z uzależnień od narkotyków. Leczenie uzależnień od narkotyków dostosowane do potrzeb młodych osób zdarza się wyjątkowo, ale w większości krajów europejskich zidentyfikowano potrzebę opracowania takich programów.

W wybranych zagadnieniach analizuje się ponadto sposoby ujmowania w europejskiej polityce ochrony zdrowia publicznego powiązań między spożywaniem legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych w młodym wieku a późniejszymi uzależnieniami.

Niniejsze zagadnienie wybrane dostępne jest w wersji drukowanej i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/.

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>.

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>.



Rozdział 4

Amfetaminy, ecstasy i LSD

W wielu krajach europejskich drugie miejsce wśród najczęściej zażywanych nielegalnych substancji zajmują różne postacie narkotyków syntetycznych, choć w skali europejskiej obecnie więcej osób zażywa kokainę. Zażywanie tych substancji przez ogół populacji jest zazwyczaj niskie, ale wskaźniki rozpowszechnienia w młodszych grupach wiekowych są znacznie wyższe, a w pewnych grupach społecznych lub kulturowych ich spożycie może osiągnąć szczególnie wysoki poziom. Ogólnie rzecz biorąc, amfetaminy (amfetamina i metamfetamina) oraz ecstasy należą do najbardziej rozpowszechnionych nielegalnych narkotyków syntetycznych.

Amfetamina i metamfetamina pobudzają centralny układ nerwowy. Z tych dwóch narkotyków amfetamina jest zdecydowanie najbardziej dostępnym narkotykiem w Europie, podczas gdy znaczne spożycie metamfetaminy

obserwuje się przede wszystkim w Republice Czeskiej i na Słowacji.

Nazwa ecstasy odnosi się do substancji syntetycznych o składzie chemicznym zbliżonym do amfetaminy, ale różniących się w pewnym stopniu skutkami działania. Najbardziej znaną substancją z grupy ecstasy jest 3,4-metylenodioksymetamfetamina (MDMA), chociaż w tabletkach ecstasy znajdują się czasem również inne analogi (MDA, MDEA). Wskaźnik rozpowszechnienia ecstasy w UE wzrasta od lat 90.

Z historycznego punktu widzenia spośród środków halucynogennych substancją najlepiej znana to dietyloamid kwasu lizergowego (LSD), lecz ogólny poziom jego spożycia jest niski i od dłuższego czasu utrzymuje się na stosunkowo stabilnym poziomie. Ostatnio pojawiły się dowody świadczące o większej dostępności i spożyciu substancji halucynogennych występujących w naturze, szczególnie grzybów halucynogennych.

Amfetamina i metamfetamina: różnice i podobieństwa

Na rynku narkotyków nielegalnych grupa amfetamin jest reprezentowana przez amfetaminę i metamfetaminę (oraz ich sole) – dwie blisko spokrewnione substancje syntetyczne, należące do rodziny fenetylamin. Obydwie substancje pobudzają centralny układ nerwowy. Charakteryzują je ten sam mechanizm działania, mają podobny wpływ na zachowanie, identyczny zakres tolerancji, wywołują podobne objawy głodu narkotycznego oraz zbliżone skutki w przypadku długotrwałego zażywania. Amfetamina posiada mniejszą siłę działania niż metamfetamina, ale w niekontrolowanych sytuacjach skutki ich zażywania są niemal nie do odróżnienia.

Produkty zawierające amfetaminę i metamfetaminę mają głównie postać proszku, choć stosowany jest także czysty krystaliczny chlorowodorek metamfetaminy. Tabletki zawierające amfetaminę lub metamfetaminę mogą zawierać oznaczenia podobne do tych, jakie widuje się na tabletkach MDMA lub ecstasy.

W zależności od postaci fizycznej, w jakiej substancje te są dostępne, mogą one być połykane, wciągane przez nos, wdychane lub – rzadziej – wstrzykiwane. W przeciwieństwie do siarczanu amfetaminy chlorowodorek metamfetaminy, zwłaszcza w postaci krystalicznej, jest wystarczająco lotny, by go palić.

Źródło: EMCDDA charakterystyka narkotyków (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Podaż i dostępność ⁽⁵³⁾

Amfetamina

Globalną produkcję amfetaminy w 2005 r. oszacowano na 88 ton (UNODC, 2007). Chociaż nielegalna produkcja rozszerzyła się na inne części świata, nadal koncentruje się w Europie Zachodniej i Środkowej. W 2005 r. zlikwidowano laboratoria produkujące nielegalną amfetaminę w Belgii, Bułgarii, Niemczech, Estonii, na Litwie, w Niderlandach i Polsce. Odnotowano, że amfetamina skonfiskowana w Europie pochodziła głównie z Belgii, Niderlandów i Polski oraz w mniejszym stopniu z Estonii i Litwy.

W skali globalnej w 2005 r. przechwycono 12,9 ton tego narkotyku, większość w dwóch regionach: Europa Zachodnia i Środkowa oraz Azja Południowo-Wschodnia.

Szacuje się, że w 2005 r. w Europie miało miejsce 40 300 przypadków konfiskaty amfetaminy, co odpowiada 6,6 tony narkotyku. Do 2004 r. największa liczba konfiskat i największe ilości przechwyconej amfetaminy w Europie przypadły niezmiennie na Zjednoczone Królestwo. Pomimo pewnych wahań w Europie poziom zarówno łącznej liczby konfiskat, jak i skonfiskowanej ilości wzrósł od 2000 r. ⁽⁵⁴⁾. W 2005 r. większość krajów objętych sprawozdaniem zanotowała tendencję spadkową w liczbie konfiskat

⁽⁵³⁾ Informacje dotyczące interpretacji konfiskat i innych danych rynkowych znajdują się na str. 37. Dane dotyczące konfiskat i skonfiskowanych ilości amfetaminy, ecstasy i LSD nie są dostępne dla wszystkich krajów za 2005 r.; więcej informacji znajduje się w tabelach konfiskat w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁵⁴⁾ Patrz tabele SZR-11 oraz SZR-12 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Międzynarodowe działania przeciwko produkcji i zmianie zastosowania prekursorów narkotyków

Zorganizowano kilka międzynarodowych inicjatyw, które mają zapobiegać zmianie zastosowania prekursorów chemicznych i wykorzystywaniu ich w produkcji nielegalnych narkotyków: projekt Cohesion koncentruje się na nadmanganianie potasu (używanym w produkcji kokainy) oraz bezwodniku octowym (używanym w produkcji heroiny), zaś projekt Prism dotyczy prekursorów narkotyków syntetycznych⁽¹⁾. Wszystkie dane przedstawione poniżej pochodzą z raportu INCB na temat prekursorów (INCB, 2007b).

W 2005 r. liczba konfiskat nadmanganianu potasu w skali globalnej osiągnęła najwyższą wartość, jaką dotychczas zgłoszono w raportach do INCB – w 16 krajach przechwycono 183 tony, z czego większość została skonfiskowana poza Europą.

Z 22 400 litrów bezwodnika octowego skonfiskowanych na całym świecie w 2005 r. ponownie na Europę przypadła jedynie niewielki odsetek.

W 2005 r. do INCB zgłoszono konfiskaty 41 ton efedryny i pseudoefedryny, będących kluczowymi prekursorami metamfetaminy, głównie w Chinach, na państwa członkowskie UE (przede wszystkim Grecję, Bułgarię, Rumunię i Republikę Czeską) łącznie z Federacją Rosyjską przypadła zaś 1,7 tony.

Wielkość konfiskat w skali globalnej 1-fenylo-2-propanonu (P-2-P) wykorzystywanego w nielegalnej produkcji metamfetaminy i amfetaminy wynosiła w 2005 r. 2900 litrów, przy czym w krajach europejskich przechwycono 1700 litrów (głównie w Niemczech i Niderlandach).

Udział Europy w globalnej liczbie konfiskat 3,4-metylenodioksyfenylopropan-2-onu (3,4-MDP-2-P), stosowanego do wytwarzania MDMA, zmalał w 2005 r. do 38%, co oznacza 5100 litrów przechwyconej substancji (głównie we Francji i w Niderlandach). Wzrost konfiskat 3,4-MDP-2-P w innych regionach wydaje się wskazywać na rozszerzenie produkcji MDMA poza Europę.

(1) Pełny spis w tabeli I Konwencji ONZ z 1988 r.

amfetaminy. Tę sytuację należy porównać z danymi dla Zjednoczonego Królestwa za 2005 r., kiedy będą dostępne.

W 2005 r. średnia lub typowa cena detaliczna amfetaminy wahała się od 7 do 37,5 euro za gram, przy czym większość krajów europejskich odnotowała ceny wynoszące od 10 do 20 euro za gram⁽⁵⁵⁾. W okresie 2000–2005 średnie ceny amfetaminy, skorygowane o współczynnik inflacji, zmalały w większości z 17 krajów, które przedstawiły wystarczające dane.

Średni lub typowy wskaźnik czystości amfetaminy w obrocie detalicznym w 2005 r. był bardzo zróżnicowany, ale w większości krajów europejskich wynosił od 15 do 50%⁽⁵⁶⁾.

Metamfetamina

Globalną produkcję metamfetaminy w 2005 r. oszacowano na 278 ton. W większości pochodziła ona z Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej oraz Ameryki Północnej. W Europie nielegalna produkcja metamfetaminy nadal ogranicza się głównie do Republiki Czeskiej (pod lokalną nazwą „pervitin”), chociaż odnotowuje się także przypadki jej wytwarzania na Litwie, Słowacji i w Mołdawii (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

Szacuje się, że w 2005 r. globalna ilość skonfiskowanej metamfetaminy wzrosła do 17,1 ton, przy czym ponad połowę tej ilości odnotowano w Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej (Chiny, Tajlandia), a jedną trzecią w Ameryce Północnej (Stany Zjednoczone). W tym samym roku w 15 krajach europejskich liczbę konfiskat oszacowano na 2200, a łączną ilość skonfiskowanej metamfetaminy na około 104 kg⁽⁵⁷⁾. Na Norwegię i Szwecję przypadła największa liczba przejęć i przechwyconej ilości tego narkotyku.

Średnia lub typowa cena detaliczna metamfetaminy (podana jedynie przez kilka krajów) wahała się w 2005 r. od 5 do 35 euro za gram. Większość krajów podała wskaźnik średniej lub typowej czystości metamfetaminy dostępnej na rynku detalicznym w granicach od 30 do 65%⁽⁵⁸⁾.

Ecstasy

Globalną produkcję ecstasy w 2005 r. oszacowano na 113 ton (UNODC, 2007). Europa nadal pozostaje głównym ośrodkiem produkcji, choć jej przewaga zdaje się maleć, gdyż produkcja ta rozszerzyła się także w innych częściach świata, zwłaszcza w Ameryce Północnej, Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej oraz Oceanii (CND, 2006; UNODC, 2006). W Europie ecstasy wytwarza się głównie w Niderlandach (choć w kraju tym odnotowano pewne oznaki spadku produkcji), a następnie w Belgii. Odnotowano, że ecstasy skonfiskowana w 2005 r. w Europie pochodziła z dwóch wymienionych krajów oraz w mniejszej ilości z Polski i ze Zjednoczonego Królestwa.

Z oszacowanych 5,3 ton ecstasy przechwyconej na świecie w 2005 r. ponownie większą część skonfiskowano w Europie Zachodniej i Środkowej (38%), a następnie w Oceanii (27%) i Ameryce Północnej (20%).

Szacowana liczba 26 500 konfiskat pozwoliła na przechwycenie w 2005 r. w Europie około 16,3 mln tabletek ecstasy⁽⁵⁹⁾. Największe ilości ecstasy są nadal konfiskowane

(55) Patrz tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(56) Patrz tabela PPP-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r. Uwaga: zgłoszone średnie wskaźniki czystości amfetaminy mogą ukrywać szeroki zakres różnic w czystości próbek poddanych analizie.

(57) W przypadku Zjednoczonego Królestwa, wobec braku danych za 2005 r., do celów szacunkowych przyjęto dane z 2004 r. Patrz tabele SZR-17 oraz SZR-18 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(58) Patrz tabele PPP-4 oraz PPP-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(59) Patrz tabele SZR-13 oraz SZR-14 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

w Zjednoczonym Królestwie, Belgii, Niderlandach i Niemczech. Po osiągnięciu maksymalnego poziomu w 2001 r. liczba konfiskat ecstasy ponownie rośnie od 2003 r. W okresie 2000–2004 łączna ilość przechwyconej ecstasy wahała się w okolicach 20 mln tabletek rocznie. W 2005 r. dostępne dane wskazują jednak na spadek ilości konfiskowanej ecstasy w większości krajów. Tę sytuację należy porównać z danymi dla Zjednoczonego Królestwa za 2005 r., kiedy będą dostępne.

W 2005 r. średnia lub typowa cena detaliczna tabletek ecstasy wynosiła od poniżej 3 do 15 euro za tabletkę⁽⁶⁰⁾. W okresie 2000–2005 średnie ceny ecstasy, skorygowane o współczynnik inflacji, zmalały w większości z 21 krajów, które przedstawiły wystarczające dane.

W 2005 r. większość tabletek ecstasy sprzedawanych w Europie zawierała MDMA lub inne substancje zbliżone do ecstasy (MDEA, MDA) – zazwyczaj była to jedyna obecna w tabletkach substancja psychoaktywna. W dziesięciu państwach członkowskich takie tabletki stanowiły ponad 80% ogólnej liczby badanych tabletek. Istnieje jednak kilka wyjątków: w Słowenii substancje MDMA, MDEA, MDA są częściej wykrywane w połączeniu z amfetaminą lub metamfetaminą, w Polsce zaś częściej amfetamina lub metamfetamina jest wykrywana jako jedyna psychoaktywna substancja w badanych tabletkach. Zawartość MDMA w tabletkach ecstasy różni się znacznie w zależności od partii (nawet wśród partii pochodzących z tego samego źródła), zarówno na rynku międzynarodowym, jak i na rynkach krajowych. W 2005 r. średnia lub typowa zawartość MDMA w tabletkach ecstasy wahała się od 2 do 130 mg w krajach objętych sprawozdaniem, chociaż w większości państw średnia wynosiła od 30 do 80 mg MDMA.

LSD

Po kilkuletnim stałym spadku liczba konfiskat i ilość przechwytywanego LSD rośnie od 2003 r.⁽⁶¹⁾ Chociaż produkcja i handel LSD odbywa się na znacznie mniejszą skalę niż w przypadku pozostałych narkotyków, w 2005 r. liczbę konfiskat w Europie oszacowano na 800, tj. łącznie 850 tys. działek LSD, przy czym na Niderlandy przypada około 75% ogólnej skonfiskowanej ilości. Średnia lub typowa cena działki LSD na rynku detalicznym wynosiła od 4 do 30 euro⁽⁶²⁾.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania w populacji ogólnej i wśród młodzieży

Pod względem wskaźnika niedawnego zażywania narkotyków ecstasy jest obecnie najczęściej przyjmowanym narkotykiem syntetycznym w 17 krajach europejskich, amfetamina zaś w 9⁽⁶³⁾. Wcześniej wskaźnik przynajmniej

jednokrotnego zażycia amfetamina na ogół był wyższy. Obecna sytuacja w Europie jest efektem niedawnego pojawienia się ecstasy na rynku nielegalnych narkotyków. Dane pochodzące z badań szkolnych sugerują, że wśród uczniów zażywanie ecstasy, amfetaminy i środków psychotropowych innych niż pochodne konopi indyjskich dotyczy pojedynczych osób. Na przykład w przypadku uczniów, którzy próbowali ecstasy, odnotowano również 20-krotnie wyższe wskaźniki rozpowszechnienia zażywania kokainy i narkotyków halucynogennych niż w ogólnej grupie uczniów⁽⁶⁴⁾ i około 5-krotnie wyższe niż u osób, które zażywały kiedykolwiek pochodne konopi indyjskich.

W UE zażywanie amfetaminy lub ecstasy wydaje się stosunkowo wysokie tylko w kilku państwach członkowskich: Republice Czeskiej, Estonii i Zjednoczonym Królestwie oraz w mniejszym stopniu na Łotwie i w Niderlandach.

Amfetaminy

Najnowsze badania populacji dorosłych wskazują, że wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy w Europie wahały się od 0,1 do 3,6% wszystkich dorosłych (od 15 do 64 lat), z wyjątkiem Danii (6,9%) i Zjednoczonego Królestwa (Anglia i Walia), gdzie wskaźnik ten wynosi 11,5% (dane odzwierciedlają poziom zażywania w przeszłości, podczas gdy obecnie jest on bardziej zbliżony do pozostałych krajów). Kolejne kraje o najwyższych wskaźnikach to Norwegia (3,6%), Niemcy i Hiszpania (3,4%). Średnio niemal 3,5% wszystkich dorosłych Europejczyków przynajmniej raz zażywało amfetaminy⁽⁶⁵⁾. Liczba osób, które zażywały narkotyk w ostatnim roku, była znacznie niższa: średnio 0,7% (w zakresie od 0 do 1,4%). Dane pochodzące z badań ogólnej populacji sugerują, że prawie 11 mln ludzi próbowało amfetaminy, a około 2 mln Europejczyków zażyło ten narkotyk w ostatnim roku.

Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) odnotowany wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy wahał się w granicach od 0,2 do 16,8%, choć jeśli osobno rozpatrywać dane ze Zjednoczonego Królestwa (Anglii i Walii) (16,8%) oraz z Danii (12,7%), jego rozpiętość zmniejsza się do przedziału od 0,2 do 5,9%⁽⁶⁶⁾. W połowie krajów, które udostępniły dane, wskaźnik rozpowszechnienia wynosi poniżej 4%, przy czym po Zjednoczonym Królestwie i Danii najwyższe jego wartości odnotowano w Norwegii (5,9%), Niemczech (5,4%) i na Łotwie (5,3%). Średnio 5,1% młodych dorosłych Europejczyków próbowało amfetamin⁽⁶⁷⁾. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia w ostatnim roku w tej grupie wiekowej waha się od 0,1 do 2,9%, przy czym najwyższy wskaźnik rozpowszechnienia zanotowano w Estonii (2,9%), Zjednoczonym Królestwie (2,6%) i na Łotwie (2,4%) (wykres 5). Należy zauważyć, że w przypadku wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia w ostatnim roku liczby pochodzące ze Zjednoczonego

⁽⁶⁰⁾ Patrz tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁶¹⁾ Patrz tabele SZR-15 oraz SZR-16 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁶²⁾ Patrz tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁶³⁾ Dane pochodzące z badań na temat zażywania amfetaminy nie wprowadzają rozróżnienia między amfetaminą a metamfetaminą. Jednakże zwykle odnoszą się one do zażywania amfetaminy (siarczanu lub deksamfetaminy), ponieważ zażywanie metamfetaminy nie jest rozpowszechnione.

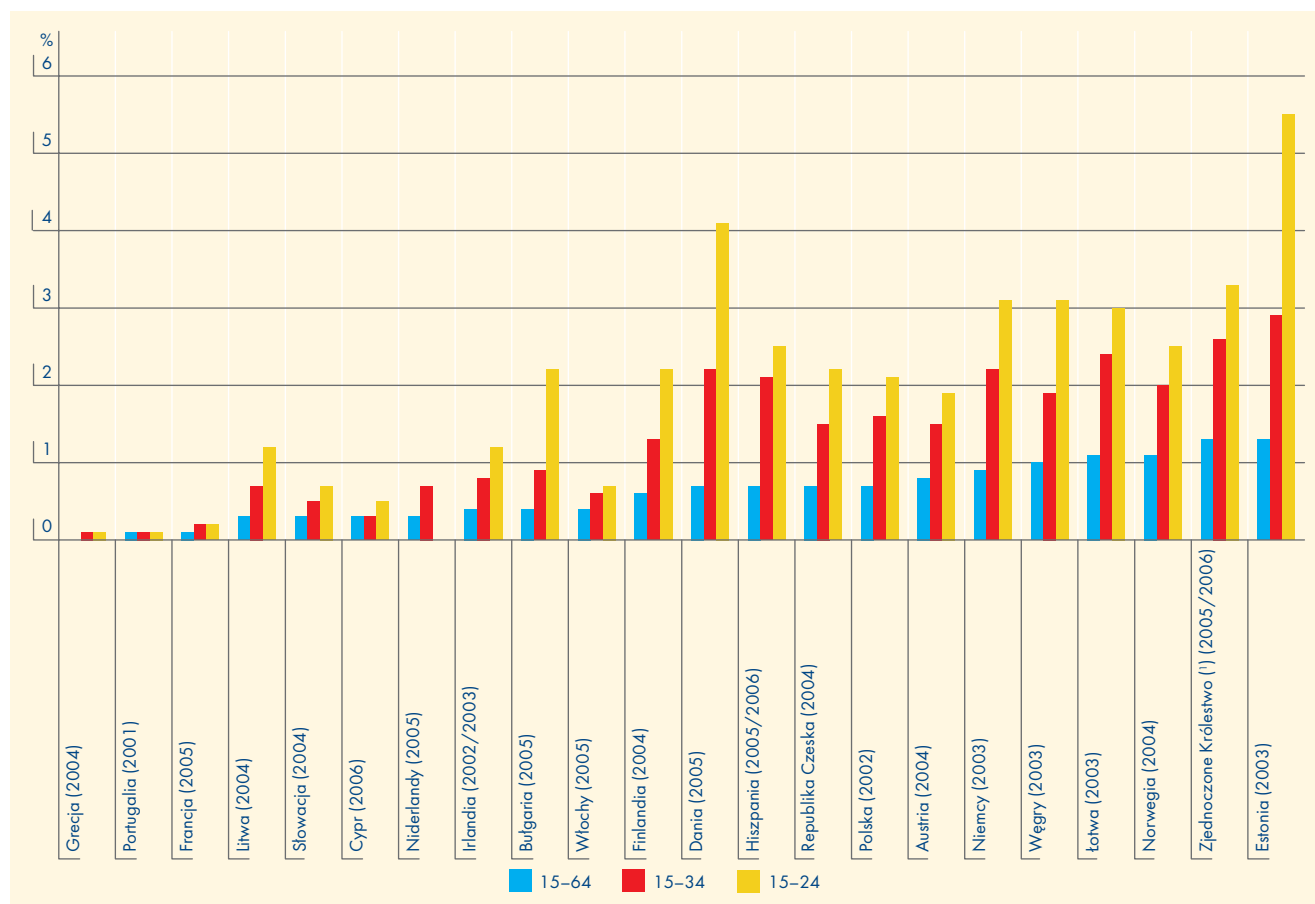
⁽⁶⁴⁾ Patrz wykres EYE-1 (część iv) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁶⁵⁾ Sposób obliczenia podano w przypisie 30.

⁽⁶⁶⁾ Patrz tabela GPS-9 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁶⁷⁾ Patrz wykres GPS-18 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Wykres 5: Rozpowszechnienie spożycia amfetaminy w ciągu ostatniego roku w grupie wszystkich dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) i w grupie młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 i od 15 do 24 lat)



(¹) Anglia i Walia.

Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. O kolejności krajów decyduje ogólne rozpowszechnienie spożycia narkotyku (wśród wszystkich dorosłych). Patrz tabele GPS-10, GPS-11 oraz GPS-18 w Biuletynie statystycznym za 2007 r., aby uzyskać dodatkowe informacje.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2006), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

Królestwa i Danii są bardziej zbliżone do liczb podanych przez inne kraje. Ocenia się, że średnio 1,5% młodych dorosłych Europejczyków zażywało amfetaminy w ciągu ostatniego roku.

Jedynie Finlandia może przedstawić najnowsze dane szacunkowe dotyczące problemowego zażywania amfetaminy (zdefiniowanego jako przyjmowanie dożylnie lub długookresowe czy regularne zażywanie). Oceniono, że w 2002 r. liczba osób problemowo zażywających amfetaminę wahała się od 10 900 do 18 500 (od 3,1 do 5,3 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), to trzykrotnie większa liczba niż liczba osób problemowo przyjmujących opiaty.

Metamfetamina

Wskaźniki zażywania metamfetaminy w Europie są raczej niskie, w przeciwieństwie do sytuacji w skali międzynarodowej, która charakteryzowała się wzrostem w ubiegłych latach. Kraje europejskie niepokoi jednak możliwość potencjalnego wzrostu zażywania tego narkotyku w państwach członkowskich i dążą one do

wprowadzenia pewnych środków zaradczych, na przykład w Zjednoczonym Królestwie podjęto decyzję o przeklasyfikowaniu metamfetaminy do kategorii najbardziej szkodliwych narkotyków (klasa A).

W ujęciu historycznym największe spożycie metamfetaminy w Europie występowało w Republice Czeskiej i do pewnego stopnia na Słowacji. Najnowsze dane szacunkowe dotyczące problemowego zażywania metamfetaminy odnotowują dwa kraje (Republika Czeska, Słowacja). W 2005 r. w Republice Czeskiej liczbę osób zażywających metamfetaminę oszacowano w granicach od 18 400 do 24 000 (od 2,5 do 3,2 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), tj. prawie dwa razy więcej niż wynosi liczba osób zażywających opiaty, a na Słowacji liczbę osób przyjmujących metamfetaminę oceniono w granicach od 6000 do 14 000 (od 1,5 do 3,7 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), to liczba nieco mniejsza niż szacowana liczba osób zażywających opiaty. Na Słowacji metamfetamina stała się najbardziej rozpowszechnionym głównym narkotykiem wśród osób zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie;

wysoki poziom zażywania metamfetaminy odnotowano również w niektórych małych populacjach na Węgrzech.

W innych częściach Europy nie stwierdzono znaczącego poziomu zażywania metamfetaminy. Wpływają na to dwa istotne czynniki: większość badań nie czyni rozróżnienia pomiędzy zażywaniem metamfetaminy i amfetaminy oraz niekiedy metamfetamina znajdowała się tabletkach sprzedawanych jako ecstasy, a zatem mogła być spożywana nieświadomie ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

Ecstasy próbowało od 0,3 do 7,2% wszystkich dorosłych Europejczyków. W połowie krajów odnotowano wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia wynoszący 2,5% lub mniej, przy czym najwyższe jego wartości odnotowano w Zjednoczonym Królestwie (7,2%), Republice Czeskiej (7,1%), Hiszpanii (4,4%) i Niderlandach (4,3%). Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy w ostatnim roku waha się w granicach od 0,2 do 3,5% dorosłych, przy czym najwyższy poziom odnotowano w Republice Czeskiej (3,5%), Estonii (1,7%) i Zjednoczonym Królestwie (1,6%), choć połowa krajów podaje, że wynosił on 0,5% lub mniej. Ocenia się, że prawie 9,5 mln Europejczyków próbowało ecstasy (średnio 3%), a prawie 3 mln zażywało ten narkotyk w ciągu ostatniego roku.

Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy wahają się od 0,5 do 14,6%, przy czym najwyższy ich poziom zanotowano w Republice Czeskiej (14,6%), Zjednoczonym Królestwie (13,3%) i Niderlandach (8,1%) ⁽⁶⁹⁾. Średnio ponad 5% młodych dorosłych Europejczyków próbowało ecstasy.

Wśród osób w wieku od 15 do 24 lat wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy wahają się od 0,4 do 18,7%, przy czym najwyższy ich poziom zanotowano w Republice Czeskiej (18,7%), Zjednoczonym Królestwie (10,4%) i na Węgrzech (7,9%) ⁽⁷⁰⁾. Odsetek osób, które zażywały ecstasy w ciągu ostatniego roku, waha się od 0,3 do 12%, przy czym najwyższy jest w Republice Czeskiej (12,0%) i Estonii (6,1%) (wykres 6).

Wśród osób z grupy wiekowej od 15 do 24 lat wyższe wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy stwierdzono u mężczyzn (0,3–23,2%) niż u kobiet (0,3–13,9%). W najnowszych badaniach szkolnych wzrost tych wskaźników u młodzieży szkolnej zanotowano w przeważającej większości równolegle w grupie dziewcząt i chłopców, choć różnica między płciami zwiększa się wraz z wiekiem. Wśród młodzieży duży wzrost poziomu wskaźników rozpowszechnienia może pojawiać się wraz z niewielkim wzrostem wieku, na przykład dostępne dane z 16 krajów wskazują, że wskaźniki przynajmniej

jednokrotnego zażycia ecstasy wśród 17–18-latków są przeważnie znacznie wyższe niż w przypadku młodszych uczniów ⁽⁷¹⁾.

LSD

Odsetek osób, które przynajmniej raz zażyły LSD, wynosi wśród dorosłych od 0,2 do 5,5%, przy czym w dwóch trzecich krajów wahał się on od 0,4 do 1,7%. Wśród młodych dorosłych (od 15 do 34 lat) odsetek ten wynosi od 0,3 do 7,6%, a w grupie wiekowej od 15 do 24 lat nie przekracza 4,2%. Poziom zażywania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku jest niski; w grupie wiekowej od 15 do 24 lat przekracza 1% tylko w siedmiu krajach (Bułgaria, Republika Czeska, Estonia, Włochy, Łotwa, Węgry, Polska).

Tendencje

Ogólnie rzecz biorąc, w Europie obserwowane są stałe tendencje stabilizacji, a nawet spadku spożycia amfetaminy i ecstasy. Zażywanie amfetaminy wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) znacznie zmalało w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia) od 1996 r. i, w mniejszym stopniu, także w Danii i Republice Czeskiej, w pozostałych krajach zaś poziom rozpowszechnienia wydaje się dość stabilny, chociaż w niektórych odnotowuje się niewielki wzrost ⁽⁷²⁾.

Bardziej złożony obraz rysuje się w przypadku zażywania ecstasy wśród młodych dorosłych (od 15 do 34 lat) ⁽⁷³⁾. Po ogólnym wzroście zażywanie w latach 90. ostatnio kilka krajów, w tym dwa o wysokim wskaźniku rozpowszechnienia – Hiszpania i Zjednoczone Królestwo, zanotowały pewną stabilizację sytuacji, a nawet niewielkie spadki. W niektórych krajach spadek rozpowszechnienia obserwuje się w grupie wiekowej od 15 do 24 lat, ale nie wśród osób w wieku od 15 do 34 lat ⁽⁷⁴⁾, co sugeruje spadek popularności narkotyku w młodszych grupach wiekowych. Wobec danych z niektórych krajów (Hiszpania, Dania, Zjednoczone Królestwo) powstaje pytanie, czy ulubionym narkotykiem pobudzającym, zamiast amfetaminy i ecstasy, nie staje się kokaina ⁽⁷⁵⁾.

W nowych danych pochodzących z regionalnych i krajowych badań szkolnych za 2006 r. (Włochy, Polska, Szwecja, Flandria w Belgii) odnotowano brak zmian lub nawet pewien spadek wskaźników przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy i ecstasy ⁽⁷⁶⁾.

Obiekty rozrywkowe

Badania dotyczące zażywania narkotyków w obiektach rozrywkowych, gdzie odbywają się np. imprezy taneczne, mogą dostarczyć użytecznych informacji na temat

⁽⁶⁸⁾ Patrz „Amfetamina i metamfetamina: różnice i podobieństwa”, str. 48.

⁽⁶⁹⁾ Patrz tabela GPS-9 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁷⁰⁾ Patrz tabela GPS-17 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁷¹⁾ Patrz wykres EYE-1 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁷²⁾ Patrz wykres GPS-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

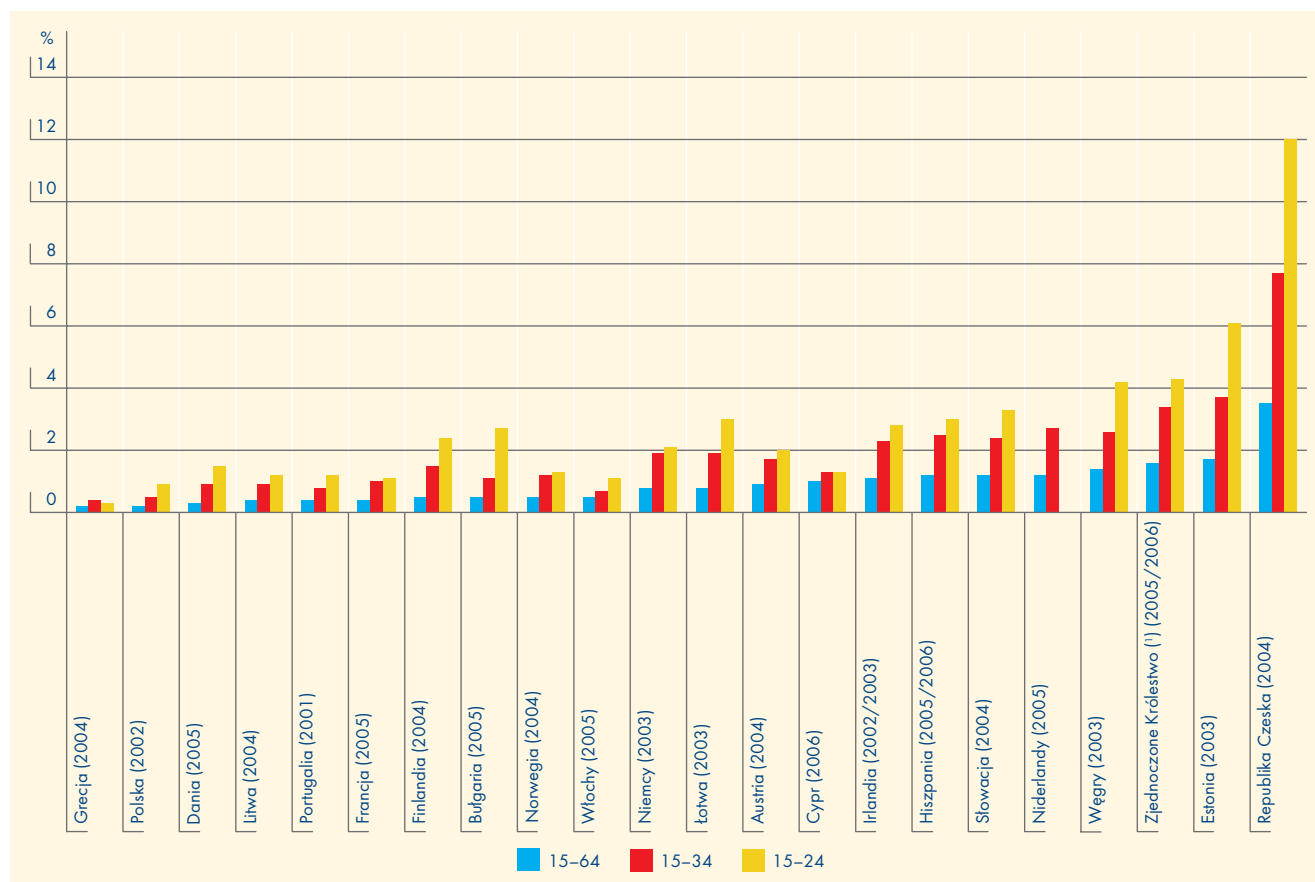
⁽⁷³⁾ Patrz wykres GPS-21 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁷⁴⁾ Patrz tabele GPS-4 oraz GPS-15 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁷⁵⁾ Patrz tabela GPS-20 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁷⁶⁾ Patrz wykres EYE-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Wykres 6: Rozpowszechnienie spożycia ecstasy w ciągu ostatniego roku w grupie wszystkich dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) i w grupie młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 i od 15 do 24 lat)



(1) Anglia i Walia.

Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. O kolejności krajów decyduje ogólne rozpowszechnienie spożycia narkotyku (wśród wszystkich dorosłych). Patrz tabele GPS-10, GPS-11 oraz GPS-18 w Biuletynie statystycznym za 2007 r., aby uzyskać dodatkowe informacje.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2006), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

zachowań osób regularnie i intensywnie zażywających narkotyki pobudzające. Wskaźniki zażywania narkotyków w takich obiektach są zwykle wysokie, ale nie dają się uogólniać na szersze grupy osób. Na przykład badania osób ankietowanych w wybranych obiektach tanecznych wskazują na wysoki poziom zażywania ecstasy i niższy, choć nadal wysoki, poziom zażywania amfetaminy⁽⁷⁷⁾.

Autorzy corocznego sondażu prowadzonego wśród czytelników brytyjskiego czasopisma muzycznego „Mixmag”, którego odbiorcami są stali bywalcy klubów lub imprez tanecznych, podają, że odsetek osób zaliczanych do intensywnie zażywających ecstasy (zwykle więcej niż cztery tabletki w jednej serii) wzrósł dwukrotnie w latach 1999–2000; czyli z 16 do 36% (McCambrige i in., 2005). Choć reprezentatywność próby jest wątpliwa, to potwierdza ogólną obawę o wzrost liczby tabletek ecstasy zażywanych przez niektóre grupy. Coraz intensywniejsze jednoczesne zażywanie ecstasy i innych narkotyków przez

osoby doświadczone w zażywaniu ecstasy odnotowano również w brytyjskim badaniu internetowym (Scholey i in., 2004). Jednak należy zauważyć, że raporty pochodzące z Amsterdamu sugerują spadek wskaźnika zażywania ecstasy w ciągu ostatniego roku i ostatniego miesiąca w latach 1998–2003, a średnia ilość jednorazowo przyjmowanego narkotyku również zmniejszyła się w tym okresie (sprawozdania krajowe Reitox za 2005 r.). Według badania przeprowadzonego w 2005 r. wśród bywalców pubów w Amsterdamie – tylko 3% zażywało ecstasy podczas wieczoru spędzonego w pubie.

Chociaż liczba danych na temat połączonej konsumpcji narkotyków i alkoholu jest wciąż ograniczona, to spożycie alkoholu w rozrywkowych obiektach tanecznych, często w ilościach zagrażających zdrowiu oraz w połączeniu z narkotykami pobudzającymi, staje się coraz poważniejszym powodem do niepokoju.

⁽⁷⁷⁾ Patrz wybrane zagadnienia dotyczące zażywania narkotyków w obiektach rozrywkowych za 2006 r.

Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie

Liczba pacjentów wymagających leczenia w związku z zażywaniem amfetamin i ekstazy jest stosunkowo mała. Na ogół ta forma zażywania narkotyków rzadko stanowi główną przyczynę zgłaszania się na leczenie w większości z 21 krajów, dla których dostępne są dane ⁽⁷⁸⁾. Zapotrzebowanie na leczenie zwykle dotyczy zażywania amfetaminy jako głównego narkotyku, a tylko niewielki odsetek stosowania ekstazy ⁽⁷⁹⁾.

Niewiele krajów odnotowuje istotny odsetek osób zażywających amfetaminę i ekstazy wśród pacjentów leczących się z uzależnień i można je podzielić na trzy grupy. Republika Czeska i Słowacja podają znaczący odsetek przypadków zgłoszeń na leczenie związane z zażywaniem amfetaminy jako narkotyku głównego (odpowiednio 58 i 24% wszystkich pacjentów), w większości dotyczących problemu z zażywaniem metamfetaminy jako narkotyku głównego; w Szwecji, Finlandii i na Łotwie około jedną trzecią wszystkich pacjentów leczonych z uzależnień od narkotyków stanowią osoby zażywające amfetaminę jako narkotyk główny; Irlandia, Niemcy, Zjednoczone Królestwo i Francja wskazują od 1 do 5% pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania ekstazy jako narkotyku głównego ⁽⁸⁰⁾.

We wszystkich krajach, z wyjątkiem Grecji i Szwecji, odsetek nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania amfetaminy i ekstazy jako narkotyku głównego jest wyższy niż odsetek wszystkich pacjentów leczonych z uzależnień od tych substancji ⁽⁸¹⁾. Choć sytuację tę można wyjaśnić na kilka sposobów, jest ona zgodna z danymi dotyczącymi tendencji: w latach 1999–2005 liczba zgłoszeń na leczenie po raz pierwszy z powodu zażywania amfetaminy jako narkotyku głównego wzrosła o ponad 3000, z 6500 do 10 000 ⁽⁸²⁾.

Wiek pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania substancji pobudzających innych niż kokaina wynosi średnio około 27 lat (26 – jeśli zgłaszają się na leczenie po raz pierwszy), a przeciętny wiek, w którym po raz pierwszy zażyli narkotyk, to 19 lat ⁽⁸³⁾. Pacjenci uzależnieni od ekstazy, obok osób zażywających pochodne konopi indyjskich, są najmłodszą grupą zgłaszającą się na leczenie. W Niemczech największy odsetek kobiet leczonych z uzależnień od narkotyków odnotowuje się wśród pacjentek zażywających ekstazy. Odsetek kobiet wśród pacjentów zażywających amfetaminę jest wyższy niż w przypadku innych narkotyków, przy czym najwyższa jest proporcja kobiet leczonych w placówkach pozaszpitalnych w najmłodszej grupie wiekowej ⁽⁸⁴⁾.

Pacjenci leczeni z uzależnienia od amfetaminy zwykle zażywają ją łącznie z innymi substancjami, głównie z pochodnymi konopi indyjskich oraz alkoholem, a w niektórych krajach powszechnie odnotowuje się przyjmowanie dożylnie ⁽⁸⁵⁾. W Republice Czeskiej zauważono interesujące zróżnicowanie geograficzne: więcej osób zażywających narkotyki odnotowuje się poza stolicą – podobnie jak w USA, gdzie regiony pozametropolitalne cechuje wyższy współczynnik przyjęć z powodu zażywania metamfetaminy i amfetaminy (Dasis, 2006).

Reagowanie na zażywanie narkotyków w obiektach rozrywkowych

Działania ukierunkowane na zapobieganie narkotykom

Ogólnie rzecz biorąc, zaobserwowano zmianę w podejściu do profilaktyki, coraz częściej uznaje się kluczową rolę czynników związanych ze stylem życia w kształtowaniu stosunku do zażywania narkotyków, a także znaczenie podważania poglądu, że zażywanie narkotyków jest normalnym czy akceptowanym zachowaniem. Takie podejście ma szczególnie zastosowanie do działań zapobiegawczych realizowanych w obiektach, które są kulturowo związane z przyjmowaniem narkotyków. Szerokie rozpowszechnienie zażywania w niektórych obiektach rozrywkowych, takich jak kluby, bary i obiekty taneczne, oznacza ich zidentyfikowanie jako właściwego celu inicjatyw służących ograniczeniu popytu na narkotyki. Potrzeba prowadzenia dalszych działań zapobiegawczych w obiektach rozrywkowych została również zauważona w antynarkotykowym planie działania (2005–2008).

Jedną z metod jest przygotowywanie materiałów informacyjnych, które umożliwiają rozpowszechnianie w obiektach rozrywkowych informacji ukierunkowanych na zapobieganie, a czasami na ograniczanie szkód. Materiały zwykle opracowane są w przyjaznym stylu, odzwierciedlającym kulturę młodzieżową grupy docelowej. Niejednokrotnie rozprawdzają je zespoły działające w terenie. Aby dotrzeć do młodych ludzi, zespoły te zwykle unikają oceniania i, choć informują, że najbezpieczniejszą opcją jest niezazywanie narkotyków w ogóle, mogą również udzielać porad mających ograniczyć szkodliwe skutki (Belgia, Republika Czeska, Portugalia, Austria).

Oprócz działań, które mają służyć informowaniu i przekonywaniu do niezazywania narkotyków, coraz większa liczba państw członkowskich opracowuje również metody skuteczniejszej regulacji środowisk rozrywkowych. Niektóre z tych metod, w tym organizowanie imprez jednoznacznie bez udziału narkotyków, stanowiły próbę zmiany wyznawanego niekiedy przekonania, że zażywanie

⁽⁷⁸⁾ Patrz wykres TDI-2 (część ii) oraz tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁷⁹⁾ Patrz tabela TDI-1 13 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁸⁰⁾ Patrz tabela TDI-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁸¹⁾ Patrz tabela TDI-4 (część ii) oraz TDI-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁸²⁾ Patrz wykres TDI-1 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁸³⁾ Patrz tabele TDI-10, TDI-1 1 oraz TDI-102 do TDI-109 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁸⁴⁾ Patrz tabele TDI-21 oraz TDI-25 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁸⁵⁾ Patrz tabele TDI-4, TDI-5 (część ii), TDI-24, TDI-1 16 oraz TDI-1 17 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

narkotyków ułatwia spędzanie wolnego czasu. W coraz większej liczbie krajów (Belgia, Dania, Irlandia, Włochy, Litwa, Niemcy, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Norwegia) władze miejskie wyrażają zainteresowanie nawiązaniem bliższych kontaktów z przemysłem rozrywkowym i opracowaniem metod ograniczania dostępności narkotyków oraz zmniejszania ryzyka zdrowotnego w obiektach tanecznych i innych. Na przykład wskazówki dotyczące bezpiecznego uczęszczania do klubów, takie jak te opracowane w Zjednoczonym Królestwie ⁽⁸⁶⁾, tworzy się obecnie w wielu krajach.

Wśród najczęstszych sposobów reagowania na zażywanie ecstasy, amfetamin i środków psychotropowych znajdują się ukierunkowane publiczne kampanie informacyjne oraz – coraz powszechniej – strony internetowe. Strategie zapobiegawcze wykorzystują Internet do nawiązywania szeroko dostępnych kontaktów z młodzieżą zażywającą ecstasy, amfetaminę bądź inne środki psychotropowe

lub zamierzającą je przyjmować. W wielu państwach członkowskich informowanie i profilaktykę realizuje się za pośrednictwem witryn internetowych w celu rozwijania u młodych ludzi krytycznego myślenia o własnych zachowaniach konsumpcyjnych. Strony te zawierają porady dotyczące na przykład mądrej zabawy, bezpiecznego seksu, zagrożeń w ruchu drogowym, zdrowego odżywiania, turystyki imprezowej oraz kwestii prawnych (Belgia) ⁽⁸⁷⁾.

Leczenie uzależnień od narkotyków

Usługi lecznicze dla osób zażywających ecstasy, amfetaminy i inne środki psychotropowe są na ogół świadczone w ramach leczenia odwykowego przeznaczonego dla osób problemowo zażywających narkotyki lub bardziej wyspecjalizowanych usług skierowanych do osób przyjmujących kokainę i inne narkotyki pobudzające. Więcej informacji dotyczących leczenia z uzależnień od narkotyków w UE znajduje się w rozdziale 2 i 5.

⁽⁸⁶⁾ Patrz wybrane zagadnienia dotyczące obiektów rozrywkowych za 2006 r.

⁽⁸⁷⁾ Odsyłacze do niektórych zagadnień znajdują się na stronie <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>.



Rozdział 5

Kokaina i crack

Wobec wzrostu spożycia kokainy zażywanie tego narkotyku stało się głównym zagadnieniem europejskiej polityki antynarkotykowej. Uznając rosnące znaczenie tej tematyki w wybranych zagadnieniach dotyczących kokainy za 2007 r., omówiono szczegółowo schematy zażywania wspomnianej substancji.

Podaż i dostępność ⁽⁸⁸⁾

Produkcja i handel

Kokaina, po konopiach indyjskich, jest drugim najczęściej sprzedawanym nielegalnym narkotykiem na świecie. Liczba konfiskat w skali globalnej nadal wzrastała w 2005 r., a ich łączna ilość stanowi obecnie 756 ton, przy czym największe ilości narkotyku przechwycono w Ameryce Południowej, a następnie w Ameryce Północnej.

Kolumbia to zdecydowanie największe źródło nielegalnej kokainy na świecie. Kolejni wielcy producenci to Peru i Boliwia (UNODC, 2007). Większość kokainy konfiskowanej w Europie pochodzi bezpośrednio z Ameryki Południowej lub przechodzi przez Amerykę Środkową, Karaiby i zachodnią Afrykę.

Głównym miejscem wprowadzania na rynek europejski jest nadal Półwysep Iberyjski, a coraz większe znaczenie ma tutaj Portugalia. Kokaina jest bezpośrednio importowana także do innych krajów, przy czym kluczowym miejscem wprowadzania na rynek pozostają Niderlandy. Zarówno Hiszpania, jak i Niderlandy uznawane są za główne ośrodki dystrybucji narkotyku. Import spoza Europy jest również odnotowywany przez inne kraje, w tym Belgię, Niemcy, Francję i Zjednoczone Królestwo. Także dystrybucja może ulegać zróżnicowaniu. W tym zakresie obserwuje się zwiększoną aktywność w Europie Wschodniej i Środkowej. Obecnie zarówno UE, jak i kraje sąsiadujące są niejednokrotnie wskazywane jako wtórne lokalizacje dystrybucji.

Konfiskaty

Szacuje się, że w 2005 r. w Europie miało miejsce 70 tys. przypadków konfiskaty kokainy, co odpowiada 107 tonom narkotyku. Większość konfiskat nadal jest

odnotowywana w krajach Europy Zachodniej, zwłaszcza w Hiszpanii, na którą przypada około połowy konfiskat i przechwytywanych ilości kokainy w Europie ⁽⁸⁹⁾. W okresie 2000–2005 na poziomie europejskim wzrosła zarówno liczba konfiskat, jak i ilość skonfiskowanej kokainy ⁽⁹⁰⁾. Było to przede wszystkim spowodowane ich znaczącym wzrostem w Hiszpanii i Portugalii. Portugalia prześcignęła w 2005 r. Niderlandy, zajmując drugie miejsce pod względem największych przechwytywanych ilości kokainy po Hiszpanii.

Cena i czystość

W 2005 r. średnia lub typowa cena detaliczna kokainy była bardzo zróżnicowana w poszczególnych państwach Europy i wynosiła od 45 do 120 euro za gram, przy czym większość krajów odnotowała ceny w wysokości od 50 do 80 euro za gram ⁽⁹¹⁾. Średnie ceny kokainy, z uwzględnieniem współczynnika inflacji, wykazywały tendencję spadkową w okresie 2000–2005 w większości z 19 krajów, które dostarczyły wystarczające dane.

Średni lub typowy stopień czystości kokainy na poziomie użytkownika końcowego wahał się w 2005 r. od 20 do 78%, przy czym większość krajów odnotowała czystość w granicach od 30 do 60% ⁽⁹²⁾. Dane dostępne za lata 2000–2005 wskazują ogólny spadek średniego stopnia czystości kokainy w większości z 21 krajów objętych sprawozdaniem.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania kokainy

Kokaina to obecnie drugi, po konopiach indyjskich, najczęściej zażywany nielegalny narkotyk w wielu państwach członkowskich UE i w UE ogółem. Na podstawie najnowszych badań krajowych prowadzonych w Unii Europejskiej i Norwegii szacuje się, że kokainę zażywało co najmniej raz (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia) ponad 12 mln Europejczyków, co stanowi prawie 4% wszystkich dorosłych ⁽⁹³⁾. Dane krajowe dotyczące odnotowanego wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia wahają się w granicach od 0,2 do 7,3%, przy czym w trzech krajach wskaźnik ten wynosi powyżej 5% (Hiszpania, Włochy, Zjednoczone Królestwo) ⁽⁹⁴⁾.

⁽⁸⁸⁾ Patrz „Interpretacja danych o konfiskatach i innych danych rynkowych”, str. 37.

⁽⁸⁹⁾ Należy to porównać z brakującymi danymi za 2005 r., kiedy te dane będą już dostępne. W celach szacunkowych brakujące dane za 2005 r. zastąpiono danymi za 2004 r.

⁽⁹⁰⁾ Patrz tabele SZR-9 oraz SZR-10 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁹¹⁾ Patrz tabela PPP-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁹²⁾ Patrz tabela PPP-7 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁹³⁾ Sposób obliczenia podano w przypisie 30.

⁽⁹⁴⁾ Patrz tabela GPS-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Odnotowano, że co najmniej 4,5 mln Europejczyków zażywało kokainę w ostatnim roku (średnio 1,3%). Wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim roku waha się od 0,1% w Grecji do 3,0% w Hiszpanii, przy czym także Włochy i Zjednoczone Królestwo zgłaszają poziom rozpowszechnienia powyżej 2%⁽⁹⁵⁾. Dane szacunkowe pochodzące z badań sugerują, że 2 mln Europejczyków (średnio 0,6%) zażywało kokainę w ostatnim miesiącu⁽⁹⁶⁾.

Rozpowszechnienie zażywania kokainy, podobnie jak innych nielegalnych narkotyków, jest największe wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat). Około 7,5 mln młodych dorosłych Europejczyków (średnio 5,3%) zażywało tę substancję przynajmniej raz w życiu, przy czym pięć krajów odnotowuje wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia na poziomie 5% lub powyżej (Niemcy, Włochy, Dania, Hiszpania, Zjednoczone Królestwo)⁽⁹⁷⁾. Dane szacunkowe dotyczące zażywania kokainy w krótszych okresach odniesienia⁽⁹⁸⁾ sugerują, że z 3,5 mln (2,4%) młodych osób dorosłych, które zażyły narkotyk w ostatnim roku, 1,5 mln (1%) zażyło go w ostatnim miesiącu.

Wśród młodzieży szkolnej ogólne wskaźniki rozpowszechnienia zażywania kokainy są znacznie niższe niż wskaźniki dotyczące zażywania pochodnych konopi indyjskich. W większości krajów wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy wśród 15–16-letnich uczniów wynosi 2% lub mniej, a tylko w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie sięga 6%⁽⁹⁹⁾. Dane dotyczące uczniów 17–18-letnich dostępne z 16 krajów wskazują na znacząco wyższy poziom wskaźników przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy w starszej grupie wiekowej w Hiszpanii, choć wstępne dane z tego kraju sugerują, że ostatnio nastąpił spadek⁽¹⁰⁰⁾. W większości pozostałych 15 krajów wskaźnik rozpowszechnienia jest wyższy wśród starszych uczniów, ale różnice są mniej zauważalne. Jednak należy zwrócić uwagę, że poziomy wskaźników zażywania kokainy w ostatnim roku i ostatnim miesiącu są znacznie niższe.

Zażywanie kokainy nie ogranicza się do pewnych grup społecznych, jednak zażywanie narkotyku przez młode osoby dorosłe o wysokim stopniu integracji społecznej w obiektach rozrywkowych może osiągać wyższy poziom niż zwykle odnotowuje się w badaniach populacji ogólnej. Badania przeprowadzone w obiektach tanecznych w kilku krajach europejskich ujawniły wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia w granicach od 10 do 75%⁽¹⁰¹⁾.

Schematy zażywania kokainy różnią się znacznie w poszczególnych grupach osób przyjmujących ten narkotyk. Osoby o wysokim stopniu integracji społecznej zwykle wciągają kokainę przez nos; wiele spośród nich przyjmuje również inne substancje, w tym alkohol, tytoń, pochodne konopi indyjskich oraz środki pobudzające inne

niż kokaina⁽¹⁰²⁾. Ten sposób zażywania wielu narkotyków może prowadzić do zwiększonych zagrożeń zdrowotnych.

Ogólnie rzecz biorąc, zażywanie cracku jest w Europie stosunkowo rzadkie i dotyczy przede wszystkim marginalizowanych i wykluczonych małych populacji w niektórych miastach. Jednak palący kokainę, mimo iż pozostają w mniejszości, stanowią znaczny odsetek przypadków zapotrzebowania na leczenie. Wśród osób, które nie przyjmują dożylnie innych narkotyków, wstrzykiwanie kokainy nie wydaje się powszechne, nawet wśród pacjentów poddanych leczeniu (patrz poniżej). Jednak coraz częściej pojawiają się zgłoszenia dotyczące osób przyjmujących dożylnie heroinę, jednocześnie zażywających dożylnie kokainę lub mieszanki kokainy i heroiny.

Dane szacunkowe ilustrujące rozpowszechnienie problemowego zażywania kokainy⁽¹⁰³⁾ są dostępne jedynie dla trzech krajów (Hiszpanii, Włoch, Zjednoczonego Królestwa). W tych krajach szacuje się, że na 1 000 dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) od 3 do 6 osób problemowo zażywa kokainę⁽¹⁰⁴⁾.

Tendencje w zażywaniu kokainy

Oznaki stabilizacji w zażywaniu kokainy wśród młodych osób dorosłych odnotowane w sprawozdaniu rocznym za 2006 r. nie znajdują potwierdzenia w najnowszych danych. Wzrost wskaźnika zażywania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród osób z grupy wiekowej od 15 do 34 lat został zarejestrowany we wszystkich krajach, które przekazały dane z najnowszych badań, choć zaobserwowano pewną stabilizację w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie (Anglii i Walii), czyli w państwach członkowskich o najwyższym poziomie rozpowszechnienia. Znaczący wzrost odnotowano również we Włoszech i w Danii (wykres 7).

Analiza danych z poszczególnych krajów w dłuższej skali czasowej oraz znacznej liczby wskaźników rozpowszechnienia pozwala na wykrycie tendencji w poszczególnych grupach populacji. Zarówno w Hiszpanii, jak i Zjednoczonym Królestwie wzrost rozpowszechnienia był ogólnie większy wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Odnotowane zwiększanie się rozpowszechnienia kokainy w ciągu ostatniego roku w Hiszpanii od 2001 r. można przypisać podwyższonemu poziomowi zażywania w grupie wiekowej od 15 do 24 lat, a nie w całym przedziale wiekowym od 15 do 34 lat.

Sugeruje się, że w niektórych krajach europejskich mogło dojść do zastąpienia innych środków pobudzających kokainą⁽¹⁰⁵⁾. Dane pochodzące z badań prowadzonych wśród młodzieży w klubach tanecznych należy traktować ostrożnie z powodu wysoce wybiórczego charakteru próbki. Niemniej mogą one dostarczyć informacji na temat

⁽⁹⁵⁾ Patrz tabela GPS-10 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁹⁶⁾ Patrz tabela GPS-12 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁹⁷⁾ Patrz tabela GPS-9 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁹⁸⁾ Patrz tabele GPS-11 oraz GPS-13 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽⁹⁹⁾ Patrz tabela EYE-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁰⁰⁾ Patrz tabela EYE-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁰¹⁾ Patrz wybrane zagadnienia dotyczące zażywania narkotyków w obiektach rozrywkowych za 2006 r.

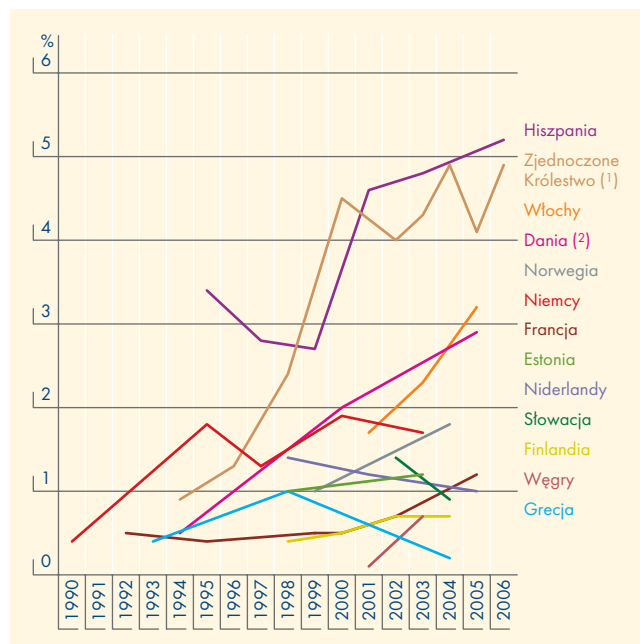
⁽¹⁰²⁾ Patrz wykres 15 w Sprawozdaniu rocznym za 2006 r.

⁽¹⁰³⁾ Definiowane jako długotrwałe i (lub) regularne, i (lub) dożylnie przyjmowanie kokainy.

⁽¹⁰⁴⁾ Patrz tabela PDU-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r. i wybrane zagadnienia dotyczące kokainy za ten sam rok.

⁽¹⁰⁵⁾ Patrz rozdział 4 niniejszego sprawozdania

Wykres 7: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



(1) Anglia i Walia.

(2) W Danii wartość dla 1994 r. odnosi się do „narkotyków twardych”.

Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. Patrz tabela GPS-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r., aby uzyskać dodatkowe informacje.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2006), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

zachowań osób regularnie zażywających narkotyki. Badania prowadzone w Niderlandach wskazują zaś, że w niektórych miastach kokaina zdobyła przewagę nad ecstazy jako najbardziej powszechnie zażywany środek pobudzający wśród bywalców klubów, zyskując rosnącą aprobatę wśród niektórych grup.

Kokaina: dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie

Po opiatkach i konopiach indyjskich kokaina jest najczęściej zgłaszanym narkotykiem jako powód rozpoczęcia leczenia w Europie. W 2005 r. odnotowano około 48 tys. zgłoszeń na leczenie z powodu zażywania kokainy jako narkotyku głównego, co stanowi mniej więcej 13% wszystkich zarejestrowanych przypadków zapotrzebowania na leczenie w UE (106). Kokaina została również wskazana jako drugi spośród zażywanych narkotyków przez około 15% wszystkich pacjentów leczonych w systemie pozaszpitalnym (107). Ogólne dane zawierają znaczne zróżnicowanie w poszczególnych krajach, większość państw zgłasza bowiem niski odsetek osób zażywających kokainę

wśród pacjentów leczonych z uzależnień od narkotyków, jednak w Niderlandach i Hiszpanii odsetek ten jest wysoki (odpowiednio 35% oraz 42% – w 2004 r.) Wśród osób rozpoczynających leczenie udział pacjentów zażywających kokainę jest wyższy, ogólnie stanowi on 22% wszystkich nowych zgłoszeń (33 tys. osób, na podstawie danych z 22 krajów).

Odnotowana w poprzednich latach tendencja wzrostowa liczby pacjentów zgłaszających się na leczenie z powodu kokainy utrzymuje się. W okresie 1999–2005 odsetek nowych pacjentów wymagających leczenia z powodu zażywania kokainy wzrósł z 11 do 24% wszystkich nowych pacjentów uzależnionych od narkotyków, a liczba odnotowanych przypadków zwiększyła się z 13 tys. do 33 tys. (108). Bardziej szczegółowa analiza tendencji dotyczących zgłaszania się na leczenie z powodu zażywania narkotyków została przedstawiona w wybranych zagadnieniach dotyczących kokainy za 2007 r.

Dane europejskie dotyczące osób rozpoczynających leczenie z powodu zażywania kokainy jako narkotyku głównego dotyczą przede wszystkim proszku kokainowego (85%), a jedynie 15% odnosi się do cracku – przy czym niemal wszystkie odnotowane przypadki leczenia uzależnień od kokainy odbywają się w ośrodkach leczenia pozaszpitalnego (94%) (109). Należy jednak zauważyć, że dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie uzależnienia od kokainy prowadzone w ośrodkach leczenia szpitalnego i poradniach ogólnych są niekompletne.

Osoby uzależnione od kokainy, które rozpoczynają leczenie w ośrodkach leczenia pozaszpitalnego, to najstarsi pacjenci – po osobach zażywających opiaty – o średniej wieku 31 lat (110). Najczęściej są to mężczyźni, a stosunek liczby mężczyzn do kobiet należy do najwyższych wśród wszystkich rodzajów pacjentów zażywających narkotyki (niemal pięciu mężczyzn przypada na jedną kobietę wśród wszystkich pacjentów oraz sześciu mężczyzn na jedną kobietę wśród nowych pacjentów) (111). Większość osób zażywających kokainę poddanych leczeniu pozaszpitalnemu zaczęło zażywać narkotyki w wieku od 15 do 24 lat (112).

Leczenie uzależnień od kokainy

W Europie korzysta się nadal z niewielu sposobów wyspecjalizowanego reagowania na problemowe zażywanie kokainy i cracku. Jak wspomniano powyżej, większość sprawozdań związanych z leczeniem uzależnienia od kokainy dotyczy obecnie Hiszpanii i Niderlandów. Jednak w krajach, gdzie kokainę zażywają spore grupy osób, pojawia się rosnące zainteresowanie świadczeniem specjalistycznych usług. Nie zaskakuje fakt, że w krajach o słabym rozpowszechnieniu świadczenie specjalistycznych usług leczniczych w zakresie uzależnień od kokainy nie jest odnotowywane jako priorytet polityczny. W przeciwieństwie do leczenia uzależnień od opiatów, gdzie grupa docelowa jest stosunkowo

(106) Patrz wykres TDI-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(107) Patrz tabela TDI-22 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(108) Patrz wykres TDI-1 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(109) Patrz tabele TDI-24 oraz TDI-115 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(110) Patrz tabela TDI-10 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(111) Patrz tabela TDI-21 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(112) Patrz tabela TDI-11 (część i) – (część iv) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

jednorodna, w Europie leczenie uzależnień od kokainy musi sprostać wyzwaniu, jakim jest prowadzenie interwencji wobec szerszego spektrum pacjentów. W przypadku osób zażywających kokainę jako narkotyk główny najczęstszym sposobem przyjmowania narkotyku przez pacjentów leczonych w systemie pozaszpitalnym jest wciąganie przez nos, a następnie palenie lub wdychanie, natomiast niewielu pacjentów (poniżej 10%) informuje o dożylnym przyjmowaniu substancji. W przypadku osób rozpoczynających leczenie dożylnie przyjmowanie narkotyku spotyka się nawet rzadziej (5%)⁽¹¹³⁾. Około 16% pacjentów zażywających kokainę łączy ją z opiatami, a w niektórych krajach wielu pacjentów poddawanych leczeniu z powodu problemów z przyjmowaniem opiatów zażywało również kokainę, przynajmniej sporadycznie.

Służby świadczące usługi leczenia mogą zatem być zobowiązane do zapewniania opieki trzem różnym grupom, które w prosty sposób można scharakteryzować następująco: pierwsza – bardziej zintegrowane społecznie osoby zażywające kokainę, które „rekreacyjnie” regularnie zażywały również inne narkotyki, a także alkohol, druga – osoby zażywające kokainę, które mogą mieć również problemy związane z opiatami, oraz trzecia – osoby w wysokim stopniu marginalizowane, problemowo zażywające crack.

Potrzeby tych trzech grup są prawdopodobnie zróżnicowane i wymagają odmiennego podejścia ze strony służby zdrowia. Większość przypadków leczenia uzależnień od kokainy w Europie odbywa się w systemie pozaszpitalnym, często ukierunkowanym na potrzeby osób zażywających opiaty. Kwestią wątpliwą jest atrakcyjność takich usług dla stosunkowo dobrze zintegrowanych społecznie osób zażywających kokainę, u których powstały problemy z powodu „rekreacyjnego” zażywania narkotyku. Prawdopodobnie część tych osób będzie zgłaszała się na leczenie do poradni ogólnych, udając się na przykład do lekarza ogólnego lub psychologa, bądź, w miarę możliwości, do prywatnych klinik specjalistycznych.

W przeciwieństwie do leczenia uzależnień od opiatów możliwości wykorzystania środków farmakologicznych w leczeniu osób zażywających kokainę są ograniczone, choć ich przepisanie może przynieść ulgę poprzez eliminowanie objawów. Obecnie brak jest środków farmakologicznych, które pomogłyby osobom zażywającym kokainę w osiągnięciu czy utrzymaniu abstynencji, choć być może tego rodzaju opcje pojawią się w przyszłości. W Europie nacisk kładzie się na realizację interwencji psychospołecznych, które w większości opierają się na metodach poznawczo-behawioralnych. Dogłębną szczegółową analizę opcji leczenia uzależnień od kokainy przedstawiają wybrane zagadnienia dotyczące kokainy z 2007 r. oraz ocena techniczna przeprowadzona przez EMCDDA (EMCDDA, 2007b).

Niewielkie rozpowszechnienie oraz ograniczony pod względem geograficznym charakter problemów związanych z zażywaniem cracku w Europie oznacza, że doświadczenia w zakresie reagowania na potrzeby tej grupy osób są znacznie uboższe. Istnieje duży zbiór literatury opartej na doświadczeniach amerykańskich dotyczących problemów

zażywania cracku, jednak nie wiadomo, do jakiego stopnia mogą być one bezpośrednio zastosowane w kontekście europejskim. Zjednoczone Królestwo, które w porównaniu z pozostałymi krajami europejskimi odnotowuje stosunkowo wysoki poziom problemowego zażywania cracku, opracowało wytyczne dla specjalistów z sugestiami na temat potrzeby prowadzenia terapii uzależnień od cracku w ramach zorganizowania programu leczenia uzależnień od narkotyków, obejmującego abstynencję i środki minimalizowania szkód (NTA, 2002). Niedawna ocena usług świadczonych w Zjednoczonym Królestwie wskazała również na pewne pozytywne efekty osiągnięte podczas terapii stacjonarnej osób zażywających crack (Weaver, 2007).

Ograniczanie ryzyka i szkód

„Rekreacyjne” zażywanie kokainy stwarza ryzyko nie tylko z powodu możliwego rozwoju uzależnienia u osób przyjmujących, ale również z powodu interakcji wywołanych zażywaniem tej substancji z innymi narkotykami lub współwystępującymi zaburzeniami sercowo-naczyniowymi. Większość krajów europejskich odnotowuje, że osoby zażywające kokainę mają dostęp do informacji na temat samego narkotyku oraz zagrożeń związanych z jego przyjmowaniem za pośrednictwem różnych źródeł, takich jak serwisy internetowe, telefony zaufania i inne media. Warto zauważyć, że Europejska Fundacja Antynarkotykowych Telefonów Zaufania zgłasza wzrost liczby rozmów związanych z kokainą w latach 2005–2006⁽¹¹⁴⁾.

Zażywanie kokainy może być powiązane z wysoce ryzykownymi zachowaniami seksualnymi lub działalnością w seksbiznesie. Wyniki badań wskazują, że szczególnie zagrożone mogą być kobiety zażywające crack. Mogą one angażować się w wysoce ryzykowne zachowania seksualne w celu zarobkowym lub w celu zdobycia narkotyków. W niektórych krajach programy ograniczania szkód i działania w terenie są ukierunkowane na pracę z osobami świadczącymi usługi seksualne z myślą o eliminowaniu ryzykownych zachowań zarówno seksualnych, jak i związanych z przyjmowaniem narkotyków.

Osoby zażywające crack, choć nieliczne, są szczególnie narażone na problemy, a skłonienie ich do leczenia i korzystania z innych usług może być utrudnione. W niektórych miastach, gdzie występują poważne problemy z zażywaniem cracku, czynności podejmowane w ramach programów ograniczania szkód obejmowały działania w terenie, interwencje kryzysowe, pomoc w przypadkach ostrych zaburzeń zdrowotnych, jak również kierowaniu do placówek świadczących usługi zorganizowane. Na przykład w Wiedniu zorganizowano pomieszczenia dostępne w ramach usług pozaszpitalnych, zapewniające bezpieczną przestrzeń osobom zażywającym kokainę i crack, często cierpiącym na stany lękowe. Osoby takie mogą korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej oraz uzyskać skierowanie na inne usługi. W krajach, które organizują pomieszczenia do iniekcji dla osób przyjmujących narkotyki dożylnie, tego rodzaju usługi są oferowane także osobom zażywającym crack, na przykład w Niemczech, we Frankfurcie i Hamburgu istnieją specjalne obiekty przeznaczone dla palaczy cracku.

⁽¹¹³⁾ Patrz tabela TDI-17 (część ii) oraz (część vi) i tabela TDI-110 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>.

Metody ograniczania szkód w przypadku osób dożylnie przyjmujących kokainę na ogół nie różnią się od metod stosowanych wobec osób przyjmujących w ten sposób inne narkotyki (patrz rozdział 8), choć niektóre badania sugerują, że osoby zażywające środki pobudzające

wstrzykują większe ilości i dlatego są potencjalnie narażone na większe ryzyko. Ponadto z iniekcją cracku wiążą się szczególne zagrożenia, jeśli substancja ta nie została prawidłowo przygotowana.

Kokaina i crack: rosnący problem zdrowia publicznego – Wybrane zagadnienia EMCDDA z 2007 r.

W ubiegłych latach pojawiły się oznaki wskazujące na rosnący problem związany z zażywaniem kokainy w Europie. Niniejsze zagadnienie wybrane unaocznia, że w niektórych krajach europejskich nastąpił znaczący wzrost poziomu zażywania, zwiększenie liczby zgłoszeń na leczenie uzależnień od tego narkotyku oraz konfiskat tej substancji. Zbadano, jak duży wpływ na zdrowie publiczne może mieć zażywanie kokainy. Szczególną uwagę poświęcono oddziaływaniu kokainy na

zdrowie – kwestii, która często nie jest w wystarczającym stopniu uwzględniana w istniejących systemach raportowania. Wybrane zagadnienie analizuje szczegółowo wyzwania, jakie stwarza skuteczne leczenie uzależnień od kokainy i cracku, nastroczające szczególnych trudności nie tylko z powodu ogromnego zróżnicowania grup osób przyjmujących te narkotyki i ich odmiennych potrzeb.

Niniejsze zagadnienie wybrane dostępne jest w wersji drukowanej i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Rozdział 6

Zazywanie opiatów i narkotyków dożylnych

Podaż i dostępność heroiny ⁽¹¹⁵⁾

W ujęciu historycznym w Europie importowana heroina była przyjmowana w dwóch postaciach: powszechnie dostępnej brązowej heroiny (jej podstawowej postaci chemicznej) głównie z Afganistanu oraz mniej powszechnie występującej i droższej białej heroiny (w postaci soli), która zazwyczaj pochodzi z Azji Południowo-Wschodniej – choć ta forma narkotyku staje się coraz rzadsza. Niewielką ilość narkotyków opiatowych produkuje się również w Europie, ale w 2005 r. była to głównie domowa produkcja wyrobów z maku lekarskiego na małą skalę (np. słomy makowej, koncentratu makowego ze zmiażdżonych łodyg lub makówek) w kilku krajach Europy Wschodniej (Łotwa, Litwa, Polska).

Produkcja i handel

Heroina spożywana w Europie wytwarzana jest głównie w Afganistanie, który pozostaje wiodącym światowym dostawcą nielegalnego opium; drugie miejsce zajmuje Birma. Szacuje się, że w 2006 r. wyprodukowano około 6610 ton opium, z czego 92% w Afganistanie. To o 43% więcej niż podają dane szacunkowe z 2005 r. Przyczyną jest znaczne zwiększenie areалу przeznaczanego pod uprawę. Wielkość globalnej potencjalnej produkcji w 2006 r. ocenia się na 606 ton, co stanowi wzrost wobec 472 ton w 2005 r. (UNODC, 2007). Konfiskaty opiatów i likwidacja laboratoriów wydadają się wskazywać, że coraz częściej, zanim wyprodukowane w Afganistanie opium zostanie wyeksportowane, jest zamieniane w morfinę lub heroinę (CND, 2007).

Heroina sprowadzana jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi. Najkrótszy szlak bałkański, o długiej tradycji, w dalszym ciągu odgrywa kluczową rolę w przemyśle heroiny. Trasa tranzytowa prowadzi przez Pakistan, Iran i Turcję, następnie rozgałęzia się na odnogę południową biegnącą przez Grecję, Byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii, Albanie, Włochy, Serbię, Czarnogórę i Bośnię i Hercegowinę oraz na odnogę północną, prowadzącą przez Bułgarię, Rumunię, Węgry, Austrię, Niemcy i Niderlandy, która pełni funkcję wtórnego centrum dystrybucji na inne kraje Europy Zachodniej. Od połowy lat 90. coraz więcej heroiny (ale w ilościach mniejszych niż przez szlaki bałkańskie) przemykano do Europy „jedwabnym szlakiem” przez republiki Azji Środkowej, Morze Kaspijskie i Federację Rosyjską, Białoruś lub Ukrainę, do Estonii, na

Łotwę, do niektórych krajów skandynawskich, Niemiec i Bułgarii. Choć szlaki te pełnią najważniejszą rolę, to kraje na Półwyspie Arabskim (Oman, Zjednoczone Emiraty Arabskie) stały się punktami tranzytowymi dla przesyłek heroiny pochodzących z Azji Południowo-Zachodniej i Południowo-Wschodniej (INCB, 2006), przy czym część z nich jest przemykana przez Afrykę Wschodnią (Etiopia, Kenia, Mauritius), a niejednokrotnie także przez Afrykę Zachodnią (Nigeria), z przeznaczeniem na nielegalne rynki w Europie oraz w mniejszym stopniu w Ameryce Północnej (INCB, 2007a). Odnotowuje się również przemyt heroiny z Azji Południowo-Zachodniej do Europy przez kraje Azji Południowej i Wschodniej (Indie, Bangladesz, Sri Lanka, Chiny).

Konfiskaty

W 2005 r. na całym świecie skonfiskowano 342 tony opium, 32 tony morfiny i 58 ton heroiny. Nadal największe ilości heroiny w skali światowej skonfiskowane są w Azji (Chiny, Afganistan, Iran, Pakistan) (54%), a następnie w Europie (38%) (UNODC, 2007).

Ocenia się, że w 2005 r. 52 tys. przypadków konfiskaty doprowadziło do przejęcia około 16,8 ton heroiny w państwach członkowskich UE, krajach kandydujących i Norwegii. Na Zjednoczone Królestwo (na podstawie danych z 2004 r.) wciąż przypadła największa liczba konfiskat w Europie; kolejne miejsca zajęły: Hiszpania, Niemcy i Grecja, w Turcji zaś skonfiskowano największą ilość tego narkotyku (drugie było Zjednoczone Królestwo, przed Włochami i Niderlandami), stanowiącą prawie połowę łącznej przechwyconej ilości we wspomnianym roku ⁽¹¹⁶⁾. Dostępne dane wykazywały ogólny spadek liczby konfiskat heroiny w latach 2000–2003, a następnie stały wzrost. W okresie 2000–2005 całkowite ilości skonfiskowanej heroiny w państwach członkowskich UE były zmienne, z niewielką tendencją spadkową. Jednocześnie w tym samym okresie w Turcji odnotowano duży wzrost ⁽¹¹⁷⁾.

Cena i czystość

Wykrywanie tendencji w zmianach cen i stopniu czystości utrudnia brak spójnych danych. Szacunki opierają się zatem na informacjach z ograniczonej grupy krajów ⁽¹¹⁸⁾. Większość państw odnotowała średnią lub typową cenę detaliczną brązowej heroiny w granicach od 35 do 80 euro

⁽¹¹⁵⁾ Patrz „Interpretacja konfiskat i innych danych rynkowych”, str. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Należy to porównać z brakującymi danymi za rok 2005, kiedy te będą już dostępne. W celach szacunkowych brakujące dane za 2005 r. zastąpiono danymi za 2004 r.

⁽¹¹⁷⁾ Patrz tabele SZR-7 oraz SZR-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹¹⁸⁾ Patrz tabele PPP-2 oraz PPP-6 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

za gram. Wydaje się, że w latach 2000–2005 średnie ceny heroiny, skorygowane o współczynnik inflacji, zmalały w większości z 18 krajów, które dostarczyły porównywalne dane. Odnotowano znaczne różnice w średnim lub typowym stopniu czystości brązowej heroiny na poziomie odbiorcy końcowego, przy czym większość krajów podawała liczby w przedziale od 15 do 50%; dane dotyczące białej heroiny, o ile dostępne, były zwykle wyższe (od 30 do 70%). Od 2000 r. średni stopień czystości produktów zawierających heroinę podlegał wahaniom w większości krajów uwzględnionych w sprawozdaniu.

Ocena liczby osób problemowo zażywających opiaty

Dane w tej części raportu oparto na wskaźniku problemowego zażywania narkotyków stosowanym przez EMCDDA, który obejmuje głównie dożylnie zażywanie narkotyków oraz przyjmowanie opiatów, choć w kilku krajach istotnym składnikiem jest również zażywanie amfetaminy⁽¹¹⁹⁾. Oszacowanie liczby osób problemowo zażywających opiaty jest trudne i aby uzyskać takie dane z dostępnych źródeł, konieczne są bardziej zaawansowane metody analizy. Ponadto, ponieważ większość badań dotyczy obszarów wyodrębnionych geograficznie, takich jak miasta lub dzielnice, ekstrapolacja danych w celu uzyskania informacji dotyczących całego kraju jest utrudniona.

Ocena wydaje się skomplikowana także z tego powodu, że schematy problemowego zażywania narkotyków w Europie stają się bardziej zróżnicowane. Na przykład w większości krajów coraz większą wagę zyskują problemy związane z zażywaniem więcej niż jednego narkotyku, gdy tymczasem niektóre kraje, gdzie do tej pory dominował problem opiatów (niemal wyłącznie problem heroiny), obecnie donoszą o rosnącej popularności innych narkotyków, takich jak kokaina.

Najnowsze dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów na poziomie krajowym wahają się mniej więcej od 1 do 6 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Dla porównania rozpowszechnienie problemowego zażywania narkotyków szacuje się na od 1 do 8 przypadków na 1000 osób. Jedne z najniższych dobrze udokumentowanych dostępnych danych pochodzą z nowych krajów UE, choć nie dotyczy to Malt, gdzie odnotowano stosunkowo wysoki poziom rozpowszechnienia (od 5,8 do 6,7 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat) (wykres 8).

Z ograniczonego zbioru dostępnych danych można wysnuć wniosek, że średni poziom rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów wynosi od czterech do pięciu przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat. To oznacza około 1,5 mln (od 1,3 mln do 1,7 mln) osób problemowo zażywających ten narkotyk w UE i Norwegii. Jednakże szacunki te nie są solidne, bowiem konieczny jest szerszy zakres danych.

Zmiany tendencji w problemowym zażywaniu opiatów

Brak rzetelnych danych historycznych utrudnia ocenę tendencji w problemowym zażywaniu opiatów na przestrzeni lat. Wykryte trendy należy zatem interpretować z pewną dozą ostrożności. Sprawozdania przedstawiane przez niektóre kraje sugerują, że w ubiegłych latach problemowe zażywanie opiatów, średnio, mogło się nieco ustabilizować. Dane szacunkowe dotyczące problemowego zażywania opiatów za okres 2001–2005 są dostępne jedynie z ośmiu krajów. Nakreślają one stosunkowo stabilny obraz, a jedynie informacje z jednego państwa (Austria) wskazują na wyraźny wzrost⁽¹²⁰⁾.

Pomimo ogólnych oznak tendencji do stabilizacji w rozpowszechnieniu zażywania opiatów istnieją przesłanki wskazujące na wzrost liczby konfiskat heroiny (patrz wyżej), prawdopodobnie związane ze zwiększoną dostępnością tego narkotyku na rynku europejskim, oraz coraz częstsze zgłoszenia mówiące o zmianie zastosowania opiatów wcześniej przyjmowanych z uzasadnionych powodów. We Włoszech dane szacunkowe dotyczące zażywania heroiny oparte na informacjach o zapotrzebowaniu na leczenie sugerują wzrost od 1998 r. – po okresie spadku – przy czym w 2005 r. liczba osób, które po raz pierwszy zażyły tę substancję, wynosiła około 30 tys. osób. Także w Austrii zwiększył się odsetek nowych pacjentów poniżej 25. roku życia poddawanych leczeniu zastępczemu, sugeruje to wzrost liczby młodych osób borykających się z problemami związanymi ze zmianą zastosowania opiatów przepisanych ze wskazań medycznych lub ich niekontrolowanym zażywaniem. Podobnie Republika Czeska, po okresie spadku, odnotowuje wzrost dożylnego przyjmowania substancji wcześniej stosowanych legalnie (w tym przypadku – buprenorfiny), a informacje pochodzące z Belgii sugerują wzrost nielegalnego zażywania metadonu. Monitorowanie świadczeń niskoprogowych prowadzone ostatnio we Francji wzbudza zaniepokojenie dotyczące nielegalnego zażywania buprenorfiny, w tym przyjmowania dożylnego oraz przyjmowania przez młodych ludzi, których problemowe zażywanie narkotyków zapoczątkował kontakt z buprenorfiną, a nie z heroiną. Odnotowano również zażywanie dożylnie w nowych marginalizowanych grupach i wśród młodych osób. Również w Finlandii buprenorfina często zajmuje miejsce heroiny jako przyczyną nowych zgłoszeń na leczenie z uzależnienia od opiatów. Buprenorfinę też coraz częściej wymienia się w raportach dotyczących zgonów z przedawkowania.

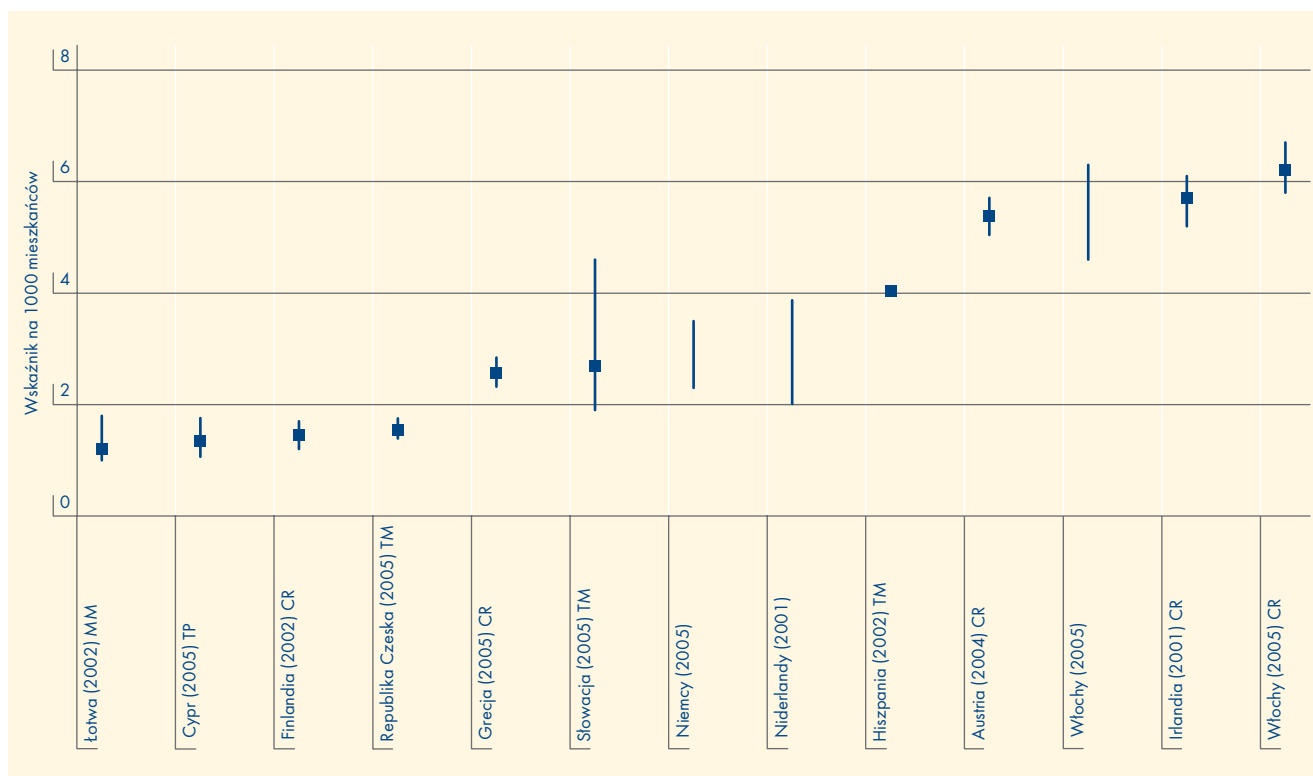
Dożylnie zażywanie narkotyków

Osoby zażywające narkotyki dożylnie są w wysokim stopniu narażone na problemy zdrowotne wywołane ich przyjmowaniem, takie jak zakażenia przenoszone przez krew (np. HIV, AIDS, wirusowe zapalenie wątroby) lub przedawkowanie. Pomimo dużego znaczenia tej kwestii

⁽¹¹⁹⁾ Chociaż techniczna definicja problemowego zażywania narkotyków stosowana przez EMCDDA brzmi „dożylnie zażywanie narkotyków lub długotrwałe i (lub) regularne zażywanie heroiny, kokainy i (lub) amfetaminy”, dane odzwierciedlają głównie zażywanie heroiny. W kilku krajach, gdzie odnotowano problemowe zażywanie amfetaminy, dostępne są dobrze udokumentowane dane szacunkowe. Danych dotyczących problemowego zażywania kokainy jest niewiele, zatem wskaźnik dotyczący tego narkotyku – z wyjątkiem niewielu krajów o wysokim stopniu rozpowszechnienia – prawdopodobnie będzie mniej rzetelny.

⁽¹²⁰⁾ Patrz wykres PDU-4 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Wykres 8: Dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów w latach 2001–2005 (wskaźnik na 1000 mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat)



Uwagi: Symbol oznacza estymację punktową, a słupek oznacza interwał niepewności, który może być 95-procentowym interwałem pewności lub interwałem opartym na analizie wrażliwości (patrz tabela PDU-3, aby uzyskać szczegółowe informacje). Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na zastosowanie różnych metod szacowania i źródeł danych, zatem porównań należy dokonywać ostrożnie. Jeśli metoda nie została wskazana, dany wiersz reprezentuje interwał pomiędzy dolną granicą wszystkich danych szacunkowych a ich górną granicą. Metody szacowania: CR – capture-recapture (losowanie typu pojmanie-uwolnienie); TM – treatment multiplier (współczynnik przypadków leczenia); TP – truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona), MM – mortality multiplier (współczynnik śmiertelności). Dodatkowe informacje znajdują się w tabelach PDU-1, PDU-2 oraz PDU-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe.

dla zdrowia publicznego, niewiele krajów potrafi obecnie przedstawić dane szacunkowe dotyczące poziomu dożylnego zażywania narkotyków (wykres 9). Poprawa monitorowania tej szczególnej grupy jest zatem ważnym wyzwaniem, które należy uwzględnić przy opracowywaniu systemów monitorowania zdrowia w Europie.

Pośrednia ocena rozpowszechnienia dożylnego zażywania narkotyków

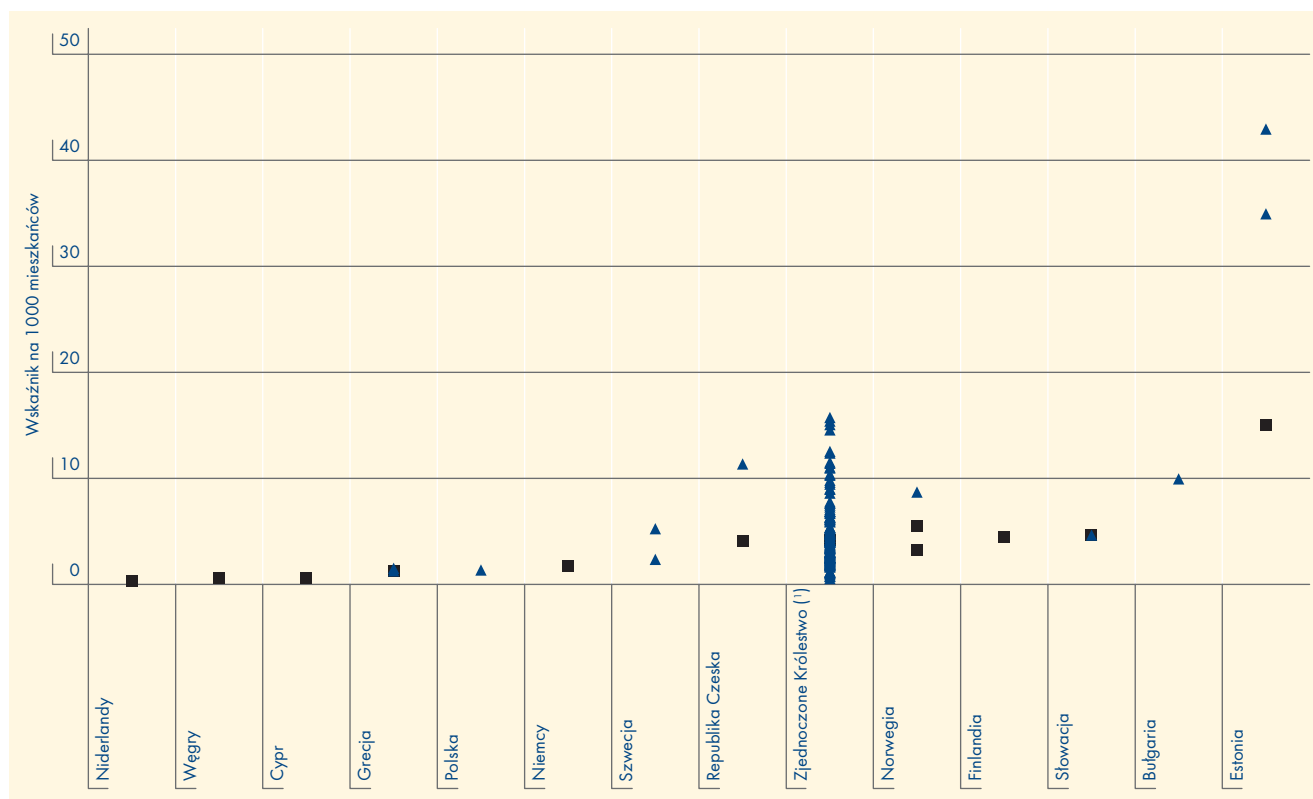
Większość dostępnych danych szacunkowych dotyczących dożylnego zażywania narkotyków opiera się na wskaźnikach zgonów z powodu przedawkowania albo na danych dotyczących chorób zakaźnych (takich jak HIV). Odnotowywano znaczące różnice między poszczególnymi krajami, przy czym krajowe dane szacunkowe zwykle wahają się od 0,5 do 6 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat w okresie 2001–2005. Do wyjątków należy Estonia, gdzie zarejestrowano 15 przypadków na 1000 osób. Wśród pozostałych krajów, które dostarczyły dane, najwyższe wskaźniki odnotowały: Republika Czeska, Słowacja, Finlandia i Zjednoczone Królestwo – od 4 do 5 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat, a najniższe Cypr, Węgry i Niderlandy – mniej niż 1 przypadek na 1000 osób.

Ekstrapolacji dostępnych danych należy dokonywać ostrożnie, ale sugeruje ona, że średni poziom rozpowszechnienia dożylnego zażywania narkotyków (dotyczy osób obecnie przyjmujących te substancje) wynosi od 3 do 4 przypadków na 1000 osób dorosłych. Oznaczałoby to dzisiaj około 1,1 mln (od 0,9 mln do 1,3 mln) osób zażywających narkotyki dożylnie w UE i Norwegii. Są to głównie osoby przyjmujące opiaty, choć mogą one zażywać w ten sposób także inne narkotyki. Jednak niektóre kraje odnotowują znaczący problem z dożylnym przyjmowaniem amfetaminy lub metamfetaminy (Republika Czeska, Słowacja, Finlandia, Szwecja).

Tendencje w dożylnym przyjmowaniu narkotyków wskazywane przez dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie

Wobec braku danych trudno jest wyciągać wnioski na temat tendencji w dożylnym przyjmowaniu narkotyków, choć jednym ze źródeł informacji są dane na temat zażywających narkotyki osób rozpoczynających leczenie. Przykładowo przypadki zapotrzebowania na leczenie wśród osób zażywających opiaty mogą dostarczyć wskazówek dotyczących schematów zażywania w szerszej populacji. Odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie wśród wszystkich osób zażywających heroinę jako narkotyk

Wykres 9: Dane szacunkowe pochodzące z badań na poziomie krajowym i regionalnym dotyczące rozpowszechnienia dożylnego zażywania narkotyków w latach 2001–2005 (wskaźnik na 1000 mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat)



(*) Dane szacunkowe dla regionów Anglii za lata 2004–2005.

Uwagi: Czarny kwadrat = próbka ogólnokrajowa; niebieski trójkąt = próbka regionalna.

Schemat danych dotyczących rozpowszechnienia na poziomie lokalnym zależy głównie od dostępności informacji i lokalizacji badań w danym kraju. Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na zastosowanie różnych metod badań i źródeł danych, zatem porównania należy dokonywać ostrożnie.

Więcej szczegółów znajduje się w tabelach PDU-1, PDU-2 oraz PDU-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe.

główny (2001–2005) ilustruje istnienie poważnych różnic w poziomie dożylnego zażywania narkotyków między poszczególnymi krajami. Ogólnie rzecz biorąc, dane te sugerują, że taki sposób przyjmowania narkotyków może tracić na popularności. Spadek w tym zakresie obserwowano w Danii, Irlandii, Grecji, na Węgrzech, w Zjednoczonym Królestwie i Turcji. Obecnie w niektórych krajach (Hiszpania, Niderlandy, Portugalia) stosunkowo niewielki odsetek osób zażywających heroinę wstrzykuje narkotyk. Jednak taka sytuacja nie jest powszechna, na przykład w kilku nowych państwach członkowskich iniekcje wydają się dominującym sposobem przyjmowania heroiny. Należy zauważyć, że tendencje w dożylnym zażywaniu innych narkotyków mogą być odmienne.

Leczenie z uzależnienia od opiatów

Leczenie zachowawcze

Obecnie istnieje stosunkowo solidna baza dowodowa poparta danymi pochodzącymi z badań wyników leczenia oraz grupy kontrolnej, świadcząca o skuteczności leczenia zastępczego uzależnień od heroiny i innych opiatów (patrz przegląd Gossop, 2006). Uzyskano pozytywne efekty w ograniczaniu zażywania nielegalnych narkotyków

i zachowań zagrażających zdrowiu oraz poprawę funkcjonowania w społeczeństwie. Programy leczenia zastępczego zwykle obejmują, oprócz zlecenia środków zastępczych, innego rodzaju interwencje wspomagające zmianę zachowań. Ogólnie w tej dziedzinie panuje jednomyślność co do dobrej praktyki polegającej na włączaniu programów w szersze ramy opieki medycznej i pomocy społecznej.

Zalecanie leczenia zastępczego w Europie

W okresie ubiegłych piętnastu lat znacznie wzrosła liczba przypadków leczenia uzależnień od heroiny w UE. Według dostępnych danych stało się tak dzięki ponad siedmiokrotnemu zwiększeniu dostępu do leczenia zastępczego w 15 państwach członkowskich UE od 2003 r.

Z wyjątkiem pięciu krajów (Republika Czeska, Francja, Łotwa, Finlandia, Szwecja), metadon jest jak dotąd narkotykiem najczęściej wykorzystywanym w leczeniu zastępczym. Terapie z jego udziałem stanowią około 72% wszystkich przypadków leczenia zastępczego⁽¹²¹⁾. Na ogół terapia metadonem odbywa się w specjalistycznych ośrodkach leczenia pozaszpitalnego, ale w niektórych krajach może być również stosowane w poradniach ogólnych lub po ustabilizowaniu się stanu pacjenta w środowiskowych placówkach opieki. Istnieją różne

⁽¹²¹⁾ Patrz tabele HSR-7, HSR-9 oraz HSR-11 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Zapewnienie jakości usług i leczenie zastępcze

Efektywność wszelkich usług zależy od jakości świadczonej opieki. Wyrażono obawy co do niskiej jakości niektórych programów leczenia zastępczego. Uznano, że działania zbyt mocno koncentrują się na zleceniu substancji zastępczych, a zbyt mało uwagi poświęca się zapewnianiu bardziej wszechstronnej pomocy medycznej i socjalnej. Krytyka dotyczyła także: braku odpowiedniego monitorowania klinicznego, nieprawidłowych praktyk zlecenia leków, prowadzących do zmiany zastosowania narkotyku i kierowaniu go do sprzedaży na nielegalnym rynku oraz niezgodności programów leczenia z wykorzystaniem niskich dawek z klinicznymi dowodami skuteczności (Loth i in., 2007; Schifano i in., 2006; Strang i in., 2005).

Wiele krajów poważnie podeszło do wyrażanych obaw, a sprawozdania z Danii, Niemiec i ze Zjednoczonego Królestwa wskazują na prowadzenie przeglądów w celu poprawy świadczonej opieki. Ponadto Dania zakończyła ostatnio trzyletni projekt, który służył udokumentowaniu wpływu szerszego wsparcia psychologicznego w leczeniu zastępczym i sprawdzeniu funkcjonowania procedur zapewniania jakości.

W dwóch badaniach prowadzonych niedawno w Niemczech analizowano praktyki stosowane w leczeniu zastępczym i możliwości usprawnienia opieki (COBRA) oraz rozważano kwestie związane z zapewnianiem jakości, w wyniku czego powstał nowy podręcznik dla praktyków z zakresu medycyny (ASTO). W Anglii skontrolowano stosowane praktyki zlecenia leczenia zastępczego oraz leczenia klinicznego, a także dokonano oceny stopnia ich zgodności z obowiązującymi wytycznymi klinicznymi.

Istnienie krajowych wytycznych klinicznych, standardów oraz procedur leczenia stanowi istotny czynnik w zapewnianiu jakości leczenia zastępczego. Sprawozdania z Danii, Irlandii, Węgier, Portugalii, ze Zjednoczonego Królestwa i z Norwegii informują o bieżącym przygotowywaniu lub ocenie krajowych wytycznych klinicznych i procedur leczenia. Natomiast Słowacja opublikowała w 2004 r. wskazówki dotyczące leczniczego podawania metadonu. W Niderlandach zaś coraz częściej stosuje się terapię zachowawczą zgodnie ze standardami leczenia, a podawanie metadonu podlega nadzorowi na pierwszym etapie terapii. W Austrii w 2005 r. opracowano projekty dwóch dekrétów ustanawiających ramy terapii farmakologicznej z myślą o usprawnieniu leczenia zastępczego oraz wprowadzeniu środków nadzorowanego zażywania narkotyków, jak również uregulowania postępowania lekarzy w tej dziedzinie.

Pożyteczne informacje służące ocenie jakości i dostępności usług zapewnia także krajowy system monitorowania raportujący liczbę osób objętych programami leczenia zastępczego. Obecnie istnienie takich programów zgłasza 17 państw członkowskich, a krajowe rejestry leczenia zastępczego są opracowywane w Belgii i Luksemburgu, w Republice Czeskiej zaś rejestr funkcjonujący wcześniej w ograniczonym zakresie wdrażany jest we wszystkich ośrodkach leczniczych.

sposoby podawania metadonu, czasami środek ten jest jedynie dostępny w specjalistycznych ośrodkach i jego zażywanie jest nadzorowane, ale w niektórych krajach,

na przykład w Zjednoczonym Królestwie, istotną rolę odgrywają apteki i przyjmowanie leku w domu może być dozwolone.

W ubiegłych latach w UE zainteresowano się innymi środkami farmakologicznymi z myślą o ich wykorzystaniu w leczeniu uzależnień od narkotyków; szczególnie powszechne stało się stosowanie buprenorfiny. W 2005 r. Słowenia, a w maju 2006 r. Malta dołączyły do grupy krajów europejskich, które dopuściły stosowanie buprenorfiny w leczeniu zastępczym w jednostkach specjalistycznych⁽¹²²⁾, a obecnie tylko w Bułgarii, na Węgrzech, w Polsce i Rumunii tego rodzaju leczenie nie jest dostępne.

Jedną z przyczyn zainteresowania zastosowaniem buprenorfiny jest fakt, że nadaje się ona lepiej niż metadon do leczenia w terapii środowiskowej. Ta złożona kwestia została szczegółowo omówiona w wybranych zagadnieniach dotyczących buprenorfiny z 2005 r. W większości krajów buprenorfinę mogą przepisywać wyłącznie odpowiednio przeszkoleni, uprawnieni lekarze. Zlecenie tego środka jest uregulowane zgodnie ze statusem leku podlegającego kontroli w ramach międzynarodowych konwencji (Wykaz III Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1988 r.).

Buprenorfina jest w sprzedaży w postaci tabletek przyjmowanych pod język i, choć jej dożylnie zażywanie nie jest szczególnie atrakcyjne, zgłaszane są przypadki rozpuszczania i wstrzykiwania. Możliwość niewłaściwego zażywania buprenorfiny potwierdzają sprawozdania z niektórych krajów o zmianie zastosowania narkotyku i kierowaniu do sprzedaży na nielegalnym rynku. Aby zapobiegać nielegalnemu zażywaniu buprenorfiny, opracowano nową formułę narkotyku – w połączeniu z naloksonem. Formuła ta pod nazwą Suboxone została dopuszczona do obrotu na rynku europejskim w 2006 r.

W styczniu 2007 r. Niderlandy wprowadziły terapię wspomaganą heroiną jako możliwą opcję leczenia uzależnień od opiatów, zwiększając liczbę placówek leczniczych do około 1000, i w ten sposób dołączyły do Zjednoczonego Królestwa, stając się jednym z dwóch europejskich krajów, gdzie metoda ta jest dostępna. Ogólnie liczba pacjentów otrzymujących heroinę w Europie jest bardzo mała, a ten sposób leczenia zwykle rezerwuje się dla szczególnie przewlekłych przypadków, w których inne metody terapeutyczne okazały się nieskuteczne. Skuteczność heroiny jako środka zastępczego była również analizowana podczas eksperymentalnych badań zarówno w Hiszpanii (March i in., 2006), jak i w Niemczech (Naber i Haasen, 2006). Obydwa badania potwierdziły pozytywne efekty leczenia, sugerując, że takie podejście może okazać się właściwą metodą leczenia szczególnie wykluczonych osób zażywających opiaty, które mają poważne problemy i źle reagowały na inne terapie. Badania nad stosowaniem heroiny, a także wcześniejsze prace, ożywiły debatę nad potrzebą szerszego wprowadzenia tej opcji leczenia.

Dane dotyczące leczenia

EMCDDA gromadzi dwa rodzaje informacji opisujących leczenie stosowane w Europie. Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie opiera się na monitorowaniu charakterystyki

⁽¹²²⁾ Patrz wykres HSR-1 oraz tabela HSR-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Procedura przyznawania europejskich pozwoleń na dopuszczenie do obrotu środków leczniczych

Europejska Agencja Leków (EMA) odpowiada za naukową ocenę wniosków o przyznanie europejskiego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu środków leczniczych. Leki dopuszczone do obrotu w ramach scentralizowanej procedury otrzymują jedno zezwolenie ważne we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Wszystkie środki lecznicze posiadające takie zezwolenie są ponadto monitorowane z punktu widzenia ich bezpieczeństwa. Monitoring jest prowadzony za pośrednictwem unijnej sieci krajowych agencji ds. leków w ścisłej współpracy z pracownikami służby zdrowia oraz samymi firmami farmaceutycznymi.

EMA wydaje europejskie publiczne sprawozdanie oceniające (EPAR) w odniesieniu do każdego produktu, który otrzymał zezwolenia na dopuszczenie do obrotu na podstawie procedury scentralizowanej. Sprawozdania EPAR umieszczone są na stronie internetowej EMA (<http://www.emea.europa.eu/>), a ich streszczenie jest dostępne dla ogółu społeczeństwa we wszystkich urzędowych językach UE. EMA działa także w ramach partnerstwa z EMCDDA i Europolem, wspierając prace nad wykrywaniem zagrożeń ze strony nowych leków w Europie w kontekście decyzji Rady (patrz rozdział 7).

pacjentów poddawanych terapii w Europie. Ponadto państwa członkowskie są proszone o dostarczanie danych przedstawiających ogólną strukturę i dostępność usług.

Dane oparte na wskaźniku zapotrzebowania na leczenie

Dane zebrane w wyniku monitorowania pacjentów poddawanych leczeniu z uzależnień od narkotyków w Europie zapewniają informacje nie tylko na temat szerszej sytuacji epidemiologicznej w odniesieniu do schematów zażywania i tendencji, ale również na temat względnego zapotrzebowania i dostępności różnych form leczenia. Może to utrudniać interpretację dostępnych informacji, ponieważ wzrost liczby osób leczonych z powodu konkretnego problemu związanego z narkotykami może oznaczać zwiększenie zapotrzebowania na leczenie bądź szerszy dostęp do danego rodzaju usługi. Jako pomoc w analizie tego typu danych wprowadzono rozróżnienie pomiędzy nowymi a wszystkimi zgłoszeniami na leczenie, przy założeniu, że nowe zgłoszenia lepiej odzwierciedlają zmiany w schematach przyjmowania narkotyków, liczba wszystkich zgłoszeń lepiej ilustruje zaś ogólne zapotrzebowanie na usługi sektora lecznictwa jako całości.

Informacje dostępne dzięki wskaźnikowi zapotrzebowania na leczenie (TDI) nie obejmują wszystkich osób leczonych z uzależnień od narkotyków; jest ich o wiele więcej. Rejestrowani są jedynie pacjenci zgłaszający się na leczenie w trakcie roku, którego dotyczy sprawozdanie. W 2007 r. wdrażany jest jednak projekt pilotażowy, mający na celu

rozszerzenie zbioru gromadzonych danych o pacjentów kontynuujących leczenie⁽¹²³⁾ oraz ocenę zakresu raportowania systemów krajowych.

W wielu krajach opiaty, zwłaszcza heroina, są głównym narkotykiem, z powodu którego pacjenci zgłaszają się na leczenie. Spośród łącznej liczby 326 tys. wniosków o leczenie odnotowanych w 2005 r. jako wskaźnik zapotrzebowania na leczenie, opiaty stanowią główny narkotyk w około 40% przypadków – około połowa takich pacjentów (46%) przyjmowała narkotyk dożylnie⁽¹²⁴⁾.

Niektóre kraje odnotowują znaczny odsetek zgłoszeń na leczenie związanych z zażywaniem opiatów innych niż heroina. W Finlandii odnotowano, że inne opiaty, zwłaszcza buprenorfina, są zażywane przez 41% pacjentów jako narkotyk główny, a we Francji zgłoszono 7,5% pacjentów zażywających buprenorfinę. W Zjednoczonym Królestwie i Niemczech zarejestrowano około 4% pacjentów zażywających metadon jako narkotyk główny. W Hiszpanii, na Łotwie i w Szwecji od 5 do 7% pacjentów rozpoczyna leczenie z powodu zażywania wszelkiego rodzaju opiatów – innych niż heroina czy metadon – jako narkotyku głównego⁽¹²⁵⁾. A na Węgrzech, gdzie zażywanie domowej produkcji wyrobów z maku lekarskiego ma długą tradycję, około 4% zgłoszeń na leczenie ma związek z przyjmowaniem opium.

Większość osób zażywających opiaty zostało zgłoszonych przez jednostki leczenia pozaszpitalnego, jednak w Szwecji 71% pacjentów przyjmujących te narkotyki odnotowały ośrodki leczenia szpitalnego, co wskazuje na inną organizację takich usług. Niewielki odsetek (3%) zgłoszeń na leczenie szpitalne pacjentów zażywających opiaty odnotowano także w Zjednoczonym Królestwie⁽¹²⁶⁾. W kilku krajach przekazujących dane dotyczące zgłoszeń na leczenie w jednostkach niskoprogowych znaczący odsetek pacjentów rozpoczyna leczenie z powodu zażywania opiatów jako narkotyku głównego⁽¹²⁷⁾.

Dane oparte na wskaźniku zapotrzebowania na leczenie wskazują, że rośnie względny odsetek zgłoszeń na terapię pacjentów zażywających narkotyki inne niż opiaty. Także rzeczywista liczba nowych pacjentów zgłaszających się na leczenie z powodu zażywania opiatów spada w wielu krajach, przy czym bezwzględna liczba zarejestrowanych nowych zgłoszeń na leczenie z powodu zażywania heroiny jako narkotyku głównego zmniejszyła się z 80 tys. w 1999 r. do 51 tys. w 2005 r.⁽¹²⁸⁾

Poziom stosowania leczenia zastępczego

Szacuje się, że w 2005 r. w państwach członkowskich UE i Norwegii liczba przypadków leczenia zastępczego wynosiła co najmniej 585 tys. Te dane, uzyskane dzięki monitorowaniu leczenia prowadzonemu w większości krajów, nakreślają ogólny obraz dostępnych usług. Liczby te należy traktować prawdopodobnie jako oszacowanie minimalne, ponieważ dane dotyczące niektórych sposobów

⁽¹²³⁾ Patrz <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (sprawozdanie z posiedzenia w 2006 r.).

⁽¹²⁴⁾ Patrz tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹²⁵⁾ Patrz tabela TDI-114 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹²⁶⁾ Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹²⁷⁾ Patrz tabela TDI-119 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹²⁸⁾ Patrz wykres TDI-1 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

leczenia są raczej zaniżone, na przykład leczenie u lekarzy ogólnych czy w zakładach karnych.

Olbrzymia większość pacjentów poddanych leczeniu (97%) została odnotowana w 15 starych państwach członkowskich UE, na nie również przypada większość (80%) zgłoszeń na leczenie zarejestrowanych w zbiorze danych TDI. Stanowi to ponad siedmiokrotny wzrost od 1993 r., kiedy to liczba przypadków leczenia zastępczego szacowano na około 73 tys. (Farrell, 1995). Dane wskazują na około 15-procentowe zwiększenie liczby pacjentów w UE i Norwegii w okresie 2003–2005, głównie w Niemczech (szacowany wzrost o 8300 przypadków), we Francji (5706), Włoszech (6234), w Portugalii (41 68) i Zjednoczonym Królestwie (41 500) ⁽¹²⁹⁾. W 2005 r. ustabilizowanie się liczby pacjentów poddawanych leczeniu zastępczemu odnotowano w Niderlandach (122 przypadki na 100 tys. mieszkańców) i Luksemburgu (355 przypadków na 100 tys. mieszkańców).

Najsilniejszy względny wzrost w latach 2003–2005 zaobserwowano (choć nie tylko) w niektórych nowych państwach członkowskich. Do krajów odnotowujących znaczący wzrost (ponad 40%) należały Bułgaria, Estonia, Grecja, Litwa, Rumunia i Norwegia. Wzrost ten zbiegł się z geograficznym rozszerzeniem leczenia zastępczego w wielu spośród tych krajów. Zasięg leczenia zastępczego nie zwiększył się we wszystkich nowych państwach członkowskich: Węgry, Polska i Słowacja odnotowały stosunkowo stabilną sytuację, na lotwie zaś liczba pacjentów objętych wysokoprogowym programem leczenia metadonem w rzeczywistości spadła z 67 do 50. W dwóch krajach o szerszym zasięgu leczenia – w Hiszpanii i na Malcie – ostatnio liczba przypadków zmniejszyła się, być może odzwierciedlając ogólny poziom zapotrzebowania w tych krajach.

Wzajemne relacje między powtórными zgłoszeniami na leczenie, liczbą przypadków leczenia zachowawczego oraz rozpowszechnieniem problemowego zazywania opiatów mają złożony charakter. O liczbie powtórnych zgłoszeń na leczenie oraz liczbie pacjentów objętych programami leczenia zachowawczego decydują historyczne zmiany w zazywaniu opiatów i ich rozpowszechnienie, jak również organizacja i rodzaj usług leczniczych. W kilku krajach istnieje możliwość wykorzystania szacunkowych danych dotyczących rozpowszechnienia zazywania opiatów do obliczenia stosunku liczby pacjentów leczonych zachowawczo do liczby osób problemowo zazywających narkotyki.

Dla tych krajów UE, dla których dostępne były szacunkowe dane dotyczące problemowego zazywania opiatów za 2005 r., obliczono, jaki odsetek osób problemowo zazywających narkotyki objęty jest leczeniem zastępczym (wykres 10). Wyniki wskazują na znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi krajami, przy czym wskaźniki wahały się od mniej niż 10% (Słowacja) do około 50% (Włochy) osób zazywających opiaty. Jednakże dane sugerują potrzebę oceny dostępności opcji leczenia

we wszystkich krajach w celu upewnienia się, że zakres świadczonych usług odpowiada szacowanemu zapotrzebowaniu.

Mimo że w ostatnim okresie zwiększył się zasięg leczenia zastępczego w krajach bałtyckich i krajach Europy Środkowej, nadal pozostaje on niewielki w porównaniu z szacowaną liczbą osób zazywających opiaty w tych państwach członkowskich (z wyjątkiem Słowenii). Dane szacunkowe z Estonii sugerują, że jedynie 5% osób zazywających heroinę w czterech głównych ośrodkach miejskich jest objętych programami leczenia zastępczego i stanowią one tylko 1% na poziomie krajowym.

Zapotrzebowanie na leczenie uzależnień od opiatów

Odsetek zgłoszeń na leczenie, które dotyczą zazywania opiatów jako narkotyku głównego, odzwierciedla do pewnego stopnia względne rozpowszechnienie zazywania nielegalnych opiatów jako problemu narkotykowego wymagającego (dalszego) leczenia, choć na jego wysokość ma również wpływ organizacja usług leczniczych i system raportowania.

Odsetek pacjentów ubiegających się o leczenie z powodu zazywania opiatów jest różny w poszczególnych krajach. Według najnowszych dostępnych danych osoby zazywające opiaty stanowią od 40 do 70% wszystkich zgłoszeń na leczenie w dwunastu krajach, mniej niż 40% w siedmiu krajach i ponad 70% w sześciu krajach ⁽¹³⁰⁾.

Zmniejszył się odsetek zgłoszeń osób zazywających heroinę w stosunku do wszystkich zgłoszeń na leczenie z uzależnień od narkotyków, z 74% w 1999 r. do 61% w 2005 r. Jedynymi krajami, które nie odnotowały spadku, są Bułgaria i Zjednoczone Królestwo ⁽¹³¹⁾.

Absolutny spadek liczby nowych zgłoszeń na leczenie z powodu zazywania opiatów, głównie heroiny, potwierdzają dane dotyczące tendencji w zgłaszaniu się nowych pacjentów na leczenie z uzależnień od heroiny: w ciągu ostatnich siedmiu lat wszystkie kraje, z wyjątkiem Bułgarii i Grecji, odnotowały spadek udziału nowych zgłoszeń związanych z zazywaniem heroiny jako narkotyku głównego wśród nowych pacjentów. W latach 1999–2005 odsetek nowych pacjentów zazywających heroinę wśród ogółu nowych pacjentów zmniejszył się z 70 do 37%.

Pacjenci wymagający leczenia

Osoby wymagające leczenia z powodu problemów z zazywaniem opiatów są relatywnie starsze niż osoby poszukujące pomocy w związku z problemami spowodowanymi innymi narkotykami ⁽¹³²⁾, a ich sytuacja społeczna jest zwykle gorsza. Wskaźnik bezrobocia wśród pacjentów zazywających opiaty jest ogólnie wysoki, poziom wykształcenia niski, od 10 do 18% zaś to osoby bezdomne.

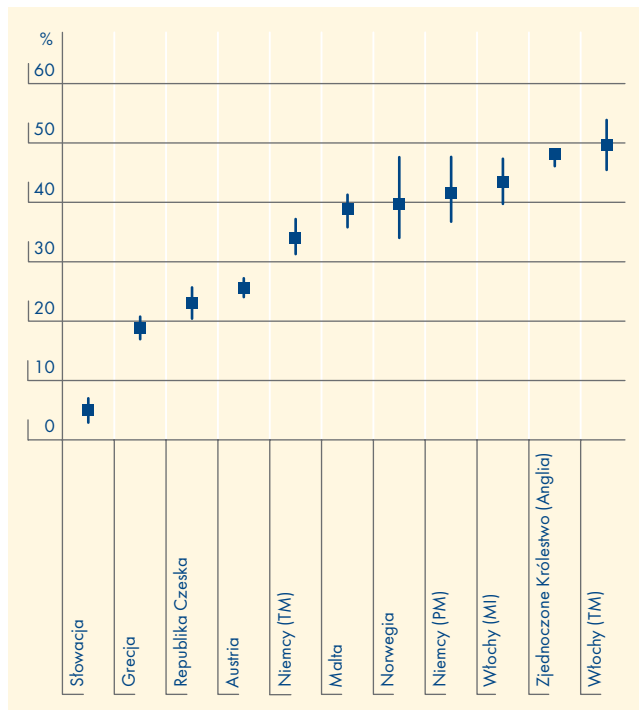
⁽¹²⁹⁾ Patrz tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹³⁰⁾ Patrz wykres TDI-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹³¹⁾ Patrz tabela TDI-10 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹³²⁾ Patrz tabele TDI-11, TDI-107 oraz TDI-109 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Wykres 10: Liczba pacjentów poddanych leczeniu zachowawczemu z powodu uzależnień od opiatów jako odsetek szacowanej liczby osób problemowo zażywających te narkotyki w 2005 r.



Uwagi: Dostępne informacje dotyczą jedynie dziewięciu krajów. Symbol oznacza estymację punktową, a słupek oznacza interwał niepewności wynikający z procedur szacowania. Liczba osób zażywających opiaty oceniana jest przy użyciu różnych metod: TM – treatment multiplier (współczynnik przypadków leczenia), PM – police multiplier (wskaźnik policyjny), MI – multivariate indicator (współczynnik wielowymiarowy). Jeśli metoda nie została wskazana, dany wiersz reprezentuje interwał pomiędzy dolną granicą wszystkich danych szacunkowych a ich górną granicą. Aby uzyskać dodatkowe informacje, patrz wykres HSR-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe.

Większość pacjentów (60%) informuje, że rozpoczęło zażywanie opiatów przed 20. rokiem życia; zażycie opiatów po raz pierwszy po 25. roku życia należy do rzadkości⁽¹³³⁾. Odnotowano, że między zażyciem opiatów po raz pierwszy a pierwszym kontaktem z placówką leczniczą upływa średnio od 7 do 8 lat: średni wiek osób rozpoczynających zażywanie opiatów wynosił 22 lata, a średni wiek pacjenta zgłaszającego się na leczenie to od 29 do 30 lat. Zwykle pacjenci zgłaszający się na leczenie szpitalne są nieco starsi niż osoby leczone w ośrodkach opieki pozaszpitalnej. Dane sugerują istnienie dość krótkiej przerwy między pierwszym kontaktem z placówką leczniczą a okresami leczenia.

Wśród pacjentów zażywających opiaty leczonych w ośrodkach leczenia pozaszpitalnego jedna kobieta przypada na trzech mężczyzn, a w ośrodkach leczenia hospitalizacyjnego – na czterech. Jednak między poszczególnymi krajami istnieją różnice; zwykle w krajach Europy Południowej grupa poddawana leczeniu zawiera większy odsetek mężczyzn.

W całej Europie wśród zażywających opiaty pacjentów zgłaszających się na leczenie, w przypadku których znany jest sposób przyjmowania narkotyku, średnio 58% wykonuje iniekcje (53%, jeśli są to nowi pacjenci). Odsetek osób wstrzykujących narkotyk jest najwyższy w Rumunii, Republice Czeskiej i Finlandii, najniższy zaś w Niderlandach, Danii i Hiszpanii⁽¹³⁴⁾.

Większość pacjentów leczonych z powodu zażywania opiatów przyjmuje je w połączeniu z inną substancją, głównie innymi opiatami (35%), kokainą (23%) i konopiami indyjskimi (17%)⁽¹³⁵⁾.

Niektóre kraje odnotowują u osób zażywających opiaty wysoki stopień współwystępowania uzależnienia od narkotyków i innych zaburzeń psychicznych. Takie spostrzeżenia poczyniono także w wielu badaniach klinicznych, które wskazują, że stosunkowo powszechne wśród osób zażywających opiaty są depresja, stany lękowe i zachowania antyspoleczne oraz pograniczne zaburzenia osobowości. (Mateu i in., 2005).

⁽¹³³⁾ Patrz tabele TDI-4 oraz TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹³⁴⁾ Patrz tabela TDI-23 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹³⁵⁾ Patrz tabela HSR-7 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.



Rozdział 7

Nowe i pojawiające się tendencje oraz działania dotyczące nowych narkotyków

Pojawiające się tendencje w zażywaniu narkotyków często imitują lub zastępują wcześniejsze popularne tendencje w zażywaniu narkotyków bądź stanowią ich rozwinięcie. Skłaniają do zadawania pytań o przyczyny zażywania substancji psychoaktywnych. Pojawiające się tendencje w spożywaniu alkoholu i narkotyków należy zatem rozumieć nie tylko na tle zmian w polityce wprowadzanych przez rządy, ale także przy uwzględnieniu wzajemnych relacji między tendencjami oraz szerszego kontekstu panującej mody i przemian społeczno-kulturalnych wpływających na sposób spędzania wolnego czasu.

Rozwój informatyki i mediów komunikacyjnych, zwłaszcza Internetu, zapewnia kanały ułatwiające rozpowszechnianie się nowych trendów i pozwalające na wyrażanie różnych opinii o zażywaniu narkotyków i związanym z tym ryzyku.

Nowe schematy zażywania narkotyków zwykle pojawiają się lub ulegają zmianie na poziomie lokalnym lub w obrębie miasta, a niewiele państw członkowskich posiada, na przykład, systemy monitorowania ujawniające skalę zatrucia, w tym śmiertelnych, wywołanych zażywaniem nowo pojawiających się substancji psychoaktywnych. Wobec nieuchronnie niepełnego obrazu sytuacji zgromadzone informacje o pojawiających się tendencjach w zażywaniu narkotyków w Europie są oceniane poprzez triangulację informacji z szerokiego zakresu źródeł.

Rozdział ten przedstawia najnowsze zmiany w nielegalnym zażywaniu substancji psychoaktywnych, których zwykle nie dotyczą kluczowe wskaźniki narkotykowe i które zostały zidentyfikowane niedawno przez decydentów jako potencjalny problem lub przyciągnęły uwagę mediów.

Piperazyny: nowe substancje psychoaktywne

Najbardziej znaczącym wydarzeniem związanym z nowymi substancjami psychoaktywnymi w ubiegłych latach jest rozpowszechnienie się różnego rodzaju nowych pochodnych piperazyny; wiele z nich pojawiło się w Europie w latach 2004–2006.

Ta grupa substancji syntetycznych jest otrzymywana z substancji wyjściowej – piperazyny i zawiera BZP (1-benzylpiperazyna) i mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazyna). Te dwie substancje są szeroko dostępne u dostawców środków chemicznych oraz w Internecie, a ich nielegalna produkcja ogranicza się głównie do wytwarzania tabletek lub kapsułek.

BZP

W ramach prowadzonych badań porównano fizjologiczne i subiektywne skutki działania BZP ze skutkami wywoływanymi przez amfetaminę i stwierdzono, że siła działania BZP jest dziesięciokrotnie słabsza od siły działania deksamfetaminy.

W ubiegłych latach rozpoczęto agresywną sprzedaż detaliczną produktów zawierających BZP jako legalnej alternatywy do ekstazy za pośrednictwem drukowanych mediów, witryn internetowych, wyznaczonych sklepów oraz stoisk w klubach i podczas festiwali; mogą one być sprzedawane pod nazwą „ekstazy”. Oferowane są różne połączenia BZP z innymi piperazynami, a niektóre z nich, w szczególności BZP z TFMPP⁽¹³⁶⁾, mają wywoływać podobne efekty do tych wywoływanych przez ekstazy. Produkty te są zwykle opatrywane etykietą, która informuje o zawartości piperazyny, ale często są fałszywie przedstawiane jako „naturalne” lub „ziołowe”.

Zgromadzone w UE dowody dotyczące pojawiających się tendencji w zażywaniu narkotyków sugerują, że mogą być one porównywalne z tendencjami konsumenckimi na rynkach legalnych – na przykład sprzedaż w pełni syntetycznej substancji, takiej jak BZP, z etykietą „produktu naturalnego” lub „produktu ziołowego”, może przyciągać szersze rzesze konsumentów zainteresowanych naturalnymi produktami. Co więcej, postrzeganie BZP jako bezpiecznej substancji może być potęgowane przez fakt, że produkty te są często sprzedawane przez wyznaczonych detalistów lub w specjalistycznych sklepach, a nie na ulicy.

Obecność BZP stwierdzono w 14 państwach członkowskich UE (w Belgii, Danii, Niemczech, Irlandii, Grecji, we Francji, na Malcie, w Niderlandach, Austrii, Portugalii, Hiszpanii, Szwecji, Finlandii i Zjednoczonym Królestwie) oraz Norwegii.

Istnieją pewne dowody związane z zagrożeniami dla zdrowia stwarzanymi przez BZP, którego rekreacyjne zażywanie wydaje się bezpieczne jedynie w wąskich granicach. W Zjednoczonym Królestwie odnotowano przypadki klinicznie zaobserwowanych zatruc BZP. Toksykologicznie potwierdzono, że BZP było jedyną zażywaną substancją psychoaktywną, która spowodowała poważne efekty uboczne, niektóre wymagały szybkiej interwencji medycznej. Nie zarejestrowano jednak żadnych przypadków śmiertelnych, które bezpośrednio można przypisać zażyciu BZP. W marcu 2007 r. UE zareagowała na rosnące zaniepokojenie zażywaniem BZP, formalnie zlecając ocenę zagrożeń dla zdrowia i ryzyka społecznego stwarzanych przez tę substancję⁽¹³⁷⁾.

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-Trifluorometylofenyl)piperazyna.

⁽¹³⁷⁾ Patrz <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>.

mCPP

mCPP jest określane jako substancja wywołująca efekty pobudzające i halucynogenne podobne do tych, jakie uzyskuje się przy zażywaniu ecstazy (MDMA). Tabletki zawierające mCPP są często produkowane w taki sposób, aby przypominały ecstazy, i niemal zawsze są sprzedawane pod tą nazwą. Niekiedy można spotkać połączenie tych dwóch substancji. Można założyć, że dodanie mCPP ma spotęgować lub poprawić efekty wywoływane przez MDMA.

Od 2004 r. obecność mCPP odnotowano w 26 państwach członkowskich (we wszystkich z wyjątkiem Cypru) oraz Norwegii. Staje się ono zatem najszerszej rozpowszechnioną nową substancją psychotropową w UE od początku funkcjonowania europejskiego systemu wczesnego ostrzegania w 1997 r.

W Unii Europejskiej nie odnotowano przypadków poważnych zatruczeń czy zgonów związanych z mCPP. Nie ma wielu dowodów wskazujących, że jest to substancja szczególnie niebezpieczna ze względu na wywoływanie ostrej toksyczności, a jej toksyczność przewlekła (związana z długotrwałym zażywaniem) nie została stwierdzona.

GHB

Nieograniczona sprzedaż GHB⁽¹³⁸⁾ przez Internet została ukrócona z chwilą włączenia tej substancji do Wykazu IV Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych w marcu 2001 r. Z tego względu wszystkie kraje UE są zobowiązane do jej kontrolowania na podstawie ustawodawstwa dotyczącego substancji psychotropowych. GHB było wykorzystywane ze wskazań medycznych w anestezji we Francji i w Niemczech, a w Austrii i we Włoszech w leczeniu uzależnień od alkoholu. W czerwcu 2005 r. Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP) EMA zalecił dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego

Napaść seksualna ułatwiona przez narkotyki

Od lat 80. wzrasta liczba odnotowywanych przez media i literaturę medyczną przypadków napaści seksualnych ułatwionych poprzez ukradkowe dodanie narkotyku do napoju w celu obezwładnienia ofiary. Jednak uzyskanie dowodów sądowych dla tego rodzaju przestępstw jest bardzo trudne. Analizy sądowe powszechnie ujawniają w przypadkach domniemanej napaści seksualnej (w ponad 80% przypadków we Francji i 30% przypadków w Zjednoczonym Królestwie) wysokie stężenie alkoholu oraz benzodiazepiny przepisywanej na receptę. Jednak ograniczeniem w ustaleniu dowodów domniemanych przestępstw zgłaszanych z opóźnieniem są niewielkie możliwości wykrywania takich narkotyków, jak GHB. Dowody sądowe dostępne w wyniku badań prowadzonych od 2000 r. (w Zjednoczonym Królestwie, Francji, Stanach Zjednoczonych i Australii) wskazują, że potajemne podanie narkotyków w celu ułatwienia napaści seksualnej nie występuje często, chociaż rzeczywista liczba przypadków może być wyższa z uwagi na brak ich zgłaszania bądź zbyt późne zgłaszanie.

Xyrem (w którego skład wchodzi substancja aktywna GHB) stosowanego w leczeniu katapleksji u dorosłych pacjentów cierpiących na narkolepsję (EMA, 2005)⁽¹³⁹⁾.

GHB otrzymuje się w łatwy sposób z jego prekursorów gamma-butyrolaktonu (GBL) i 1,4-butanodiolu (1,4-BD), rozpuszczalników powszechnie wykorzystywanych w przemyśle i dostępnych w handlu. Niektóre kraje, zauważając potencjalną możliwość niewłaściwego wykorzystania tych substancji prekursorowych, zdecydowały się na kontrolowanie jednej z nich lub obydwu na podstawie ustawodawstwa o kontroli narkotyków lub równoważnych przepisów (Włochy, Łotwa, Szwecja). Ponieważ GBL nie podlega kontroli w większości państw członkowskich, a internetowi dostawcy produktów chemicznych zapewniają łatwy dostęp do tej substancji, niektóre osoby zażywające GHB zaczęły przyjmować GBL. Jakościowa analiza internetowych forów związanych z GHB i narkotykami w Zjednoczonym Królestwie, Niemczech i Niderlandach sugeruje, że osoby zażywające GBL nabywają tę substancję od dostawców produktów chemicznych, którzy oferują ją do różnych legalnych celów.

Rozpowszechnienie oraz schematy zażywania

Wszystkie źródła informacji sugerują, że rozpowszechnienie przyjmowania GHB jest ogólnie niewielkie, przy czym istnieją pewne określone grupy charakteryzujące się znacznym wskaźnikiem zażywania. Badanie internetowe prowadzone w Zjednoczonym Królestwie wykazało, że GHB jest częściej zażywane w domach (67%) niż w obiektach związanych z życiem nocnym (26%) (Sumnall i in., 2007). Badanie z udziałem 408 bywalców pubów w Amsterdamie w 2005 r. dostarczyło danych szacunkowych dotyczących wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia GHB, który był znacząco wyższy wśród klientów barów gejowskich i modnych kawiarni (odpowiednio 17,5 i 19%) niż w pubach i kawiarniach popularnych i studenckich (odpowiednio 5,7 oraz 2,7%) (Nabben i in., 2006).

Tendencje

Brak informacji utrudnia ocenę tendencji w zażywaniu GHB, choć dostępne dowody sugerują, że przyjmowanie tej substancji ogranicza się jak dotychczas do pewnych małych grup. Dane pochodzące z badań prowadzonych w Belgii, Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie w obiektach tanecznych sugerują, że poziom zażywania GHB był prawdopodobnie najwyższy mniej więcej w okresie 2000–2003, a następnie spadał. Nie jest jednak jasne, do jakiego stopnia wyniki tych badań można odnieść do innych grup. Należy zauważyć, że telefony zaufania w sprawie narkotyków w Finlandii po raz pierwszy zarejestrowały zgłoszenia dotyczące GBL w 2005 r. (FESAT, 2005).

Zagrożenia dla zdrowia

Głównym zagrożeniem zdrowotnym związanym z zażywaniem GHB wydaje się wysokie ryzyko utraty świadomości, zwłaszcza przy połączeniu tej substancji z alkoholem lub innymi środkami uspokajającymi.

⁽¹³⁸⁾ Termin GHB uwzględnia także ewentualne zażywanie GBL lub 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Patrz „Procedura przyznawania europejskich pozwoleń na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych”, str. 68.

Internet jako źródło informacji o pojawiających się tendencjach w zażywaniu narkotyków

W 2004 r. ponad jedna trzecia młodych osób w UE stwierdziła, że gdyby chciała dowiedzieć się czegoś więcej o narkotykach, szukałaby informacji w Internecie (Eurobarometr, 2004). Pojawia się istotne pytanie, do jakiego stopnia informacje, które osoby te znajdują w Internecie, będą bezstronne i dokładne. Kwestie zażywania narkotyków poruszają liczne strony, niektóre są sponsorowane przez rządy, innymi administrują grupy lobbingowe, sieci konsumentów lub propagatorów. Internet jest nie tylko źródłem informacji o narkotykach, ale również stanowi miejsce, w którym handluje się zarówno narkotykami legalnymi, jak i nielegalnymi, przy czym istnieją strony oferujące na sprzedaż narkotyki nielegalne i ich legalne odpowiedniki. Wykorzystując potencjał marketingowy Internetu poprzez realizację strategii szybko reagujących na potrzeby osób zażywających oraz na zmiany prawne i rynkowe, internetowi sprzedawcy detaliczni mają coraz szersze możliwości rozpowszechniania nowych praktyk zażywania narkotyków lub nowych produktów.

W ramach projektu E-POD (European perspectives on drugs – europejskie perspektywy zażywania narkotyków) EMCDDA poszukuje sposobów na wykorzystanie Internetu jako źródła informacji o pojawiających się tendencjach w zażywaniu narkotyków. Na poziomie UE pojawiły się również narzędzia, które dostarczają wiarygodnych informacji dotyczących zagadnień ochrony zdrowia publicznego: nowy portal zdrowia publicznego UE stanowi punkt dostępu do szerokich zasobów związanych z tą tematyką, w tym do informacji o narkotykach (¹).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>

GHB może również powodować inne zaburzenia, w tym śpiączkę, spadek temperatury ciała, niedociśnienie, halucynacje, nudności, wymioty, zwolnioną akcję serca oraz depresję oddechową. W następstwie przedłużonego przyjmowania zaobserwowano fizyczne uzależnienie od GHB. Mogą wystąpić dodatkowe zagrożenia dla zdrowia z powodu możliwej obecności rozpuszczalników lub zanieczyszczeń metalami ciężkimi.

Od 1993 r. pięć państw członkowskich przekazuje EMCDDA informacje o zgonach związanych z zażywaniem GHB: Dania i Włochy (po 1 przypadku), Finlandia i Norwegia (po 3 przypadki) oraz Szwecja i Zjednoczone Królestwo (około 40 przypadków związanych z zażywaniem GHB).

W Amsterdamie odnotowana liczba nagłych interwencji lekarskich niezakończonych śmiercią spowodowanych zażywaniem GHB wyniosła w 2005 r. 76, przewyższając – jak w poprzednich latach – liczbę nagłych interwencji lekarskich związanych z zażywaniem grzybów halucynogennych (70 przypadków), ekstazy (63 przypadki), amfetaminy (3 przypadki) i LSD (1 przypadek). W porównaniu z interwencjami związanymi z innymi substancjami wysoki odsetek pacjentów (84%), którzy zażyli GHB, wymagał przewiezienia do szpitala. Liczba wniosków o udzielenie informacji na temat GHB składanych w Krajowym Ośrodku Informacji

o Truciznach w Niderlandach wzrosła w 2005 r. o 27% (241 na 1383 wnioski) w porównaniu do 2004 r.

Zmniejszanie ryzyka

Do najczęstszych sposobów reagowania na zażywanie GHB należą krajowe lub środowiskowe projekty ukierunkowane na obiekty związane z życiem nocnym i zwykle polegają na szkoleniach dla personelu klubów oraz rozpowszechnianiu informacji o zagrożeniach związanych z zażywaniem GHB (Niemcy, Francja, Niderlandy, Austria, Zjednoczone Królestwo). Do najważniejszych rozprowadzanych informacji o GHB należą porady dotyczące środków ostrożności, jakie należy przedsięwziąć, aby uniknąć „zaprawienia” napoju substancjami psychoaktywnymi, oraz czynności, jakie trzeba podjąć w przypadku ewentualnego przedawkowania. Zespoły pierwszej pomocy w razie problemów narkotykowych i alkoholowych są coraz częściej obecne na dużych imprezach, aby reagować na incydenty związane z GHB i innymi narkotykami.

Ketamina

Stosowanie ketaminy jest monitorowane w UE od czasu pojawienia się w 2000 r. pierwszych obaw co do jej niewłaściwego zażywania (EMCDDA, 2002). Na poziomie krajowym ketamina podlega ustawodawstwu dotyczącemu kontroli narkotyków (w przeciwieństwie do prawa medycznego) w niemal połowie państw członkowskich UE, a w Szwecji i Zjednoczonym Królestwie, odpowiednio w 2005 i 2006 r., substancja ta została umieszczona w wykazie substancji narkotycznych. Ostatnio krytyczna ocena przeprowadzona przez WHO wykazała, że kontrole międzynarodowe mogą spowodować problemy z dostępnością tej substancji do zastosowań medycznych w odległych regionach świata oraz w weterynarii, ponieważ nie ma ona odpowiedniego zamiennika (WHO, 2006). W ślad za wspomnianą oceną, w marcu 2007 r., Komisja ONZ ds. Środków Odurzających wydała projekt uchwały w sprawie reagowania na zagrożenia stwarzane przez nadużywanie i zmianę zastosowania ketaminy, zachęcający państwa członkowskie do rozważenia przyjęcia systemu środków bezpieczeństwa, które miałyby wykorzystywać agencje rządowe w celu

Nowe substancje psychoaktywne

Decyzja Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych ustanawia mechanizm szybkiej wymiany informacji o nowych substancjach psychoaktywnych, które mogą stwarzać zagrożenie dla zdrowia publicznego i społeczeństwa. EMCDDA i Europol, które ściśle współpracują z odpowiednimi sieciami – siecią krajowych punktów kontaktowych Reitox i jednostkami krajowymi Europolu – mają odgrywać główną rolę we wdrażaniu systemu wczesnego ostrzegania służącego do wykrywania nowych substancji psychoaktywnych (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>

łatwiejszego wykrywania zmiany zastosowań tej substancji w odpowiednim czasie.

Istnieje niewiele danych epidemiologicznych na temat zażywania ketaminy, choć w niedawnym badaniu przeprowadzonym w szkołach brytyjskich odnotowano wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia na poziomie

poniżej 0,5%. Dostępne są pewne dane pochodzące z sondaży wykonanych w obiektach z muzyką taneczną; obliczone na podstawie różnych badań dotyczących tej grupy wysokiego ryzyka wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia ketaminy wahają się w granicach od 7% w Republice Czeskiej do 21% na Węgrzech.



Rozdział 8

Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

Choroby zakaźne związane z narkotykami

Dane otrzymane przez EMCDDA i Europejskie Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS (EuroHIV, 2006) sugerują, że do końca 2005 r. w większości krajów Unii Europejskiej przenoszenie wirusa HIV między osobami zażywającymi narkotyki dożylnie miało niewielki zasięg. Może to przynajmniej częściowo wynikać z większej dostępności środków zapobiegawczych, leczniczych i służących ograniczaniu szkód, w tym leczenia zastępczego oraz programu wymiany igieł i strzykawek, chociaż inne czynniki, takie jak zmniejszenie liczby przypadków dożylnego zażywania narkotyków obserwowane w kilku krajach, mogły również odegrać istotną rolę. Jednak w kilku krajach i regionach UE wskaźniki przenoszenia wirusa HIV związanego z dożylnym przyjmowaniem narkotyków w 2005 r. nadal prawdopodobnie utrzymywały się na stosunkowo wysokim poziomie⁽¹⁴⁰⁾, uwypuklając potrzebę rozszerzenia zakresu i podniesienia skuteczności lokalnych praktyk zapobiegawczych.

W Europie nadzór nad chorobami zakaźnymi związanymi z dożylnym zażywaniem narkotyków koncentruje się obecnie na zakażeniach HIV/AIDS oraz wirusowym zapaleniu wątroby (B i C). Składa się z dwóch uzupełniających się systemów – odnotowywania przypadków (lub „powiadomienia”: bezwzględna liczba nowo odnotowanych [zgłoszonych] przypadków) oraz „monitorowanie seroepidemiologiczne” (lub „nadzór wybiórczy”: odsetek pozytywnych wyników badania w próbkach osób wstrzykujących narkotyki) (wykres 11)⁽¹⁴¹⁾. Obydwa systemy są prawdopodobnie niedoskonałe, ponadto poszczególne kraje różnią się pod względem dostępności danych. Jednak, chociaż dane dostarczane przez jeden z tych systemów należy interpretować ostrożnie, razem zapewniają one pełniejszy obraz najnowszych tendencji epidemiologicznych.

Wskaźniki zakażenia wirusem HIV i rozpowszechnienia

Zgłaszanie przypadków zakażenia wirusem HIV

Istotnym wskaźnikiem liczby (częstości występowania) nowych zakażeń wśród osób zażywających narkotyki dożylnie są zgłoszenia przypadków nowo

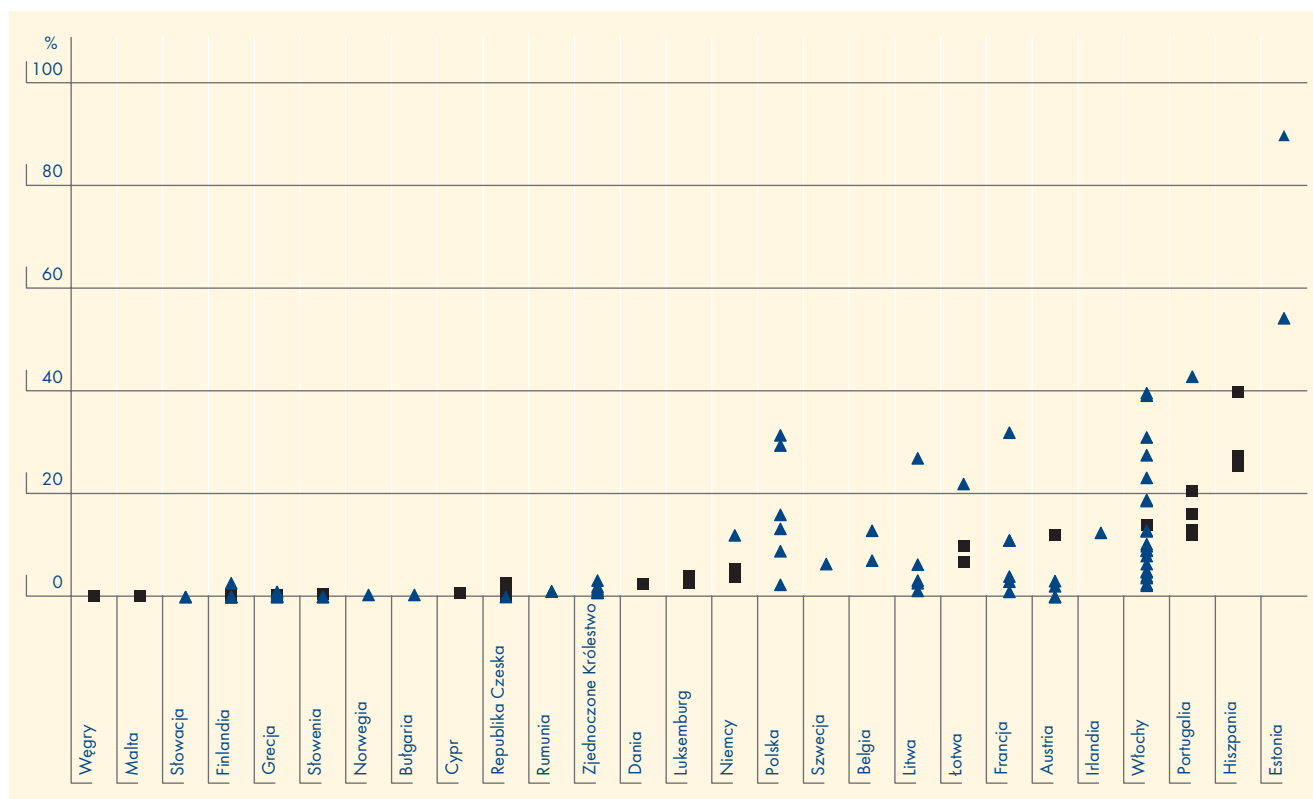
zdiagnozowanych infekcji HIV. Podczas interpretacji tych danych należy uwzględnić szereg czynników: zakażone osoby przyjmujące narkotyki dożylnie mogą nie zostać zdiagnozowane, o ile nie miały kontaktu ze służbą zdrowia, nowe zakażenia nie muszą być konieczne spowodowane wstrzykiwaniem narkotyków oraz na liczbę zidentyfikowanych przypadków mogą mieć wpływ różnice we wskaźnikach wykonywania testów i raportowania w poszczególnych krajach lub na przestrzeni czasu.

Dostępne dane sugerują, że do 2005 r. w większości krajów wskaźniki nowych zakażeń związanych ze wstrzykiwaniem narkotyków utrzymywały się na niskim poziomie. Należy jednak zauważyć, że brak jest najnowszych danych dotyczących zgłaszania przypadków z krajów o wysokim stopniu rozpowszechnienia (Estonia, Hiszpania, Włochy, Austria). W 19 państwach członkowskich, z których większość nigdy nie odnotowała szerszej epidemii zakażeń wirusem HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki, wskaźnik zarejestrowanych przypadków związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków pozostawał w 2005 r. na poziomie 5 przypadków na milion osób. Wyższe wskaźniki zgłosiła Irlandia i Luksemburg, odpowiednio 16 i 15 przypadków na milion osób. W Portugalii, która zarejestrowała najwyższy wskaźnik spośród krajów, gdzie dostępne są dane związane z dożylnym wstrzykiwaniem narkotyków (85 nowych przypadków na milion osób z populacji ogólnej w 2005 r.), obecnie sytuacja wydaje się stabilizować po okresie spadku w latach 2000–2003⁽¹⁴²⁾. Na Łotwie, Litwie i prawdopodobnie również w Estonii wskaźniki odnotowanych nowych zakażeń związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków znacznie spadły od momentu osiągnięcia maksymalnego, epidemicznego poziomu w latach 2001–2002, choć nadal są wysokie w porównaniu z większością pozostałych krajów. Na Łotwie wskaźnik spadł z 283 przypadków na milion osób w 2001 r. do 49 przypadków w 2005 r. Na Litwie, po wybuchu epidemii wśród więźniów, po okresie maksymalnego wzrostu zakażeń w 2002 r. (109 przypadków na milion osób) w 2005 r. nastąpił spadek do 25 nowych przypadków na milion. Choć w Estonii liczba zakażeń wirusem HIV znacznie spadła, kraj ten nadal odnotowuje najwyższy wskaźnik nowych infekcji w UE. Ponadto, mimo że w Estonii brak jest danych odnoszących się dożylnego zażywania narkotyków, wstrzykiwanie substancji jest prawdopodobnie nadal główną drogą przenoszenia wirusa HIV w tym kraju.

⁽¹⁴⁰⁾ Patrz wykres INF-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁴¹⁾ Niektóre badania rozpowszechnienia w tym zakresie są prowadzone na małą skalę: w tej części tekstu odnotowano wyłącznie próbki powyżej 50 osób oraz trendy czasowe istotne statystycznie ($p < 0,05$).

⁽¹⁴²⁾ Wzrost liczby przypadków w 2004 r. (przypadki zakażeń HIV) i w 2005 r. (przypadki zachorowań na AIDS) w Portugalii może być spowodowany zwróceniem większej uwagi na te kwestie oraz rozszerzonym raportowaniem przez specjalistów w ślad za dyskusjami dotyczącymi zmiany w obowiązkowym raportowaniu w zakresie zakażeń wirusem HIV w 2005 r.

Wykres 11: Dane szacunkowe pochodzące z badań na poziomie krajowym i regionalnym dotyczące rozpowszechnienia zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w latach 2004–2005

Uwagi: Czarny kwadrat = próbka ogólnokrajowa; niebieski trójkąt = próbka lokalna lub regionalna.

Dane szacunkowe dla Hiszpanii i Szwecji dotyczą 2006 r., dane dla Irlandii i Łotwy pochodzą z 2003 r., a dane dla Słowacji z lat 2003–2004.

O kolejności krajów decyduje rozpowszechnienie zakażeń (narastająco), oszacowane na podstawie średnich danych krajowych, a w razie ich braku, na podstawie danych regionalnych.

Różnice między poszczególnymi państwami należy interpretować ostrożnie z uwagi na różne rodzaje zakładów i lub metod badań. Krajowe strategie dotyczące pobierania próbek nie są jednakowe – patrz wykres INF-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r., aby uzyskać dodatkowe informacje. Liczebność wszystkich zarejestrowanych próbek jest większa niż 50.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox. Pierwotne źródła danych, szczegóły badań i dane sprzed 2003 r. zamieszczono w tabeli INF-8 część (i) oraz część (ii) oraz tabeli INF-0 część (i) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Rozpowszechnienie HIV wśród młodych i nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie

Potwierdzenie wniosków wynikających z dostępnych danych o zgłoszonych przypadkach zakażeń można znaleźć, analizując poziom zakażeń wirusem HIV w próbkach osób wstrzykujących narkotyki (osoby wstrzykujące narkotyki krócej niż dwa lata) i wśród młodzieży w ten sposób zażywającej narkotyki (poniżej 25 lat). Ponieważ zakażenia w tych grupach nastąpiły prawdopodobnie niedawno, dane te zapewniają wskaźniki zastępcze dla zakażeń wirusem HIV. W obu podgrupach (ujętych w badaniach rozpowszechnienia opisanych poniżej) wysoki poziom zakażeń wirusem HIV (powyżej 5% w latach 2004–2005) wskazuje również na niedawne częste występowanie przypadków zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie w Portugalii (dane krajowe), na Litwie i w Estonii (dane dla regionów lub miast) oraz sugeruje tego typu sytuację w jednym z miast na trzy objęte sprawozdaniem w Polsce⁽¹⁴³⁾. Należy pamiętać, że z reguły były to małe próbki, a dane seroepidemiologiczne dotyczące zakażeń HIV wśród młodych i nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie nie są dostępne w niektórych krajach.

Tendencje w rozpowszechnieniu zakażeń wirusem HIV

Zwiększające się rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV w powtarzanych badaniach próbek osób zażywających narkotyki dożylnie może wskazywać na trwającą infekcję – choć zmniejszenie śmiertelności wśród zakażonych osób przyjmujących narkotyki dożylnie lub malejąca liczba niezarażonych osób z tej grupy mogą być istotnymi czynnikami zakłócającymi obraz. Okresy, dla których dostępnych jest najwięcej danych w UE, wskazują na stały poziom rozpowszechnienia, co sugeruje, że liczbę umierających zarażonych osób, które wstrzykują narkotyki, równoważy liczba osób nowo zakażonych wirusem HIV z tej grupy. Niemniej w niektórych badaniach w pewnych seriach czasowych zaobserwowano od 2001 r. geograficzne rozproszenie wzrostu rozpowszechnienia w dziewięciu krajach, często jednak obok tendencji stabilizacyjnych czy spadkowych w innych regionach, utrudniających wykrycie ogólnych trendów. Do krajów tych należą ponownie Łotwa (wzrost na poziomie krajowym) i Litwa (wzrost w jednym z miast), ale również Austria (wzrost na poziomie krajowym), Zjednoczone Królestwo (wzrost w Anglii i Walii, ale nadal na niskim pułapie), jak również w kilku krajach, gdzie

⁽¹⁴³⁾ Patrz tabele INF-9 oraz INF-10 w Biuletynie statystycznym za 2007 r. W sprawozdaniu rocznym ujęte są tylko próbki liczące co najmniej 50 osób.

rozpowszechnienie osiąga bardzo niski próg (poniżej 1%). Ogólnie wzrost na poziomie lokalnym lub krajowym w rozpowszechnieniu zakażeń HIV sugeruje, że nie należy popadać w samozadowolenie, gdy chodzi o stosowanie środków zapobiegawczych wobec osób przyjmujących narkotyki dożylnie.

W odróżnieniu od powyższego, malejące rozpowszechnienie odnotowywane jest w Grecji (zarówno na poziomie krajowym, jak i w jednym z regionów), w Hiszpanii (zarówno na poziomie krajowym, jak i w jednym z regionów) oraz w Finlandii (na poziomie krajowym). Ponadto niezmiennie niski poziom rozpowszechnienia zakażeń (poniżej 1% we wszystkich dostępnych danych) jest odnotowywany od 2001 r. w czterech krajach będących nowymi państwami członkowskimi UE: Bułgaria (Sofia, choć tam rozpowszechnienie zwiększa się), Węgry (poziom krajowy), Słowenia (dwa miasta, ale tendencja wzrostowa) i Słowacja (dwa miasta).

Ogólnie rzecz biorąc, w ponad 90 seriach czasowych powtarzanych pomiarów rozpowszechnienia zakażeń HIV dla próbek z lat 2001–2005 obejmujących osoby przyjmujące narkotyki dożylnie, pochodzących z 22 państw członkowskich UE oraz Norwegii, większość regionów wykazuje raczej tendencję malejącą niż wzrostową. Dane sugerują, że zwłaszcza na terenach, gdzie utrzymywał się wysoki poziom rozpowszechnienia zakażeń, natężenie infekcji u osób przyjmujących narkotyki dożylnie obecnie maleje. Istnieje możliwość, że są to widoczne skutki realizacji polityki zapobiegania i ograniczania szkód⁽¹⁴⁴⁾.

Dane szacunkowe UE

Na podstawie dostępnych danych dotyczących zgłoszeń przypadków, sytuacji seroepidemiologicznej, danych szacunkowych wskazujących na liczbę osób przyjmujących narkotyki dożylnie oraz w problemowy sposób (patrz rozdział 6) ocenia się, że w UE żyje od 100 tys. do 200 tys. osób zakażonych wirusem HIV, które przynajmniej raz w życiu zażywały narkotyki dożylnie. Liczbę nowo zdiagnozowanych przypadków HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki w UE szacuje się obecnie na około 3500 rocznie.

Liczba zachorowań na AIDS i dostęp do terapii HAART

Ponieważ wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa (HAART), dostępna od 1996 r., skutecznie powstrzymuje zachorowania na AIDS u osób zakażonych wirusem HIV, dane dotyczące zachorowalności na AIDS stały się mniej przydatne jako wskaźnik przenoszenia wirusa HIV. Zasięg terapii HAART w państwach członkowskich UE, krajach kandydujących i Norwegii został oceniony przez WHO jako szeroki, przy czym wszystkie kraje odnotowują przynajmniej 75-procentowy udział tej terapii⁽¹⁴⁵⁾, choć brak jest dostępnych danych odnoszących się konkretnie do

osób zażywających narkotyki dożylnie. Dane dotyczące zachorowalności na AIDS mają nadal istotne znaczenie, wskazują bowiem na poziom rozpowszechnienia choroby objawowej oraz zakres wprowadzenia i dostępności terapii HAART.

Portugalia pozostaje krajem z największą liczbą przypadków zachorowań na AIDS związanych z dożywlnym przyjmowaniem narkotyków i jedynym krajem, który ostatnio odnotował wzrost, przy szacowanych 36 nowych przypadkach na milion osób w 2005 r. w porównaniu z 30 przypadkami na milion w 2004 r. Ponadto ogólna śmiertelność z powodu AIDS (najprawdopodobniej w większości związana ze wstrzykiwaniem narkotyków) nie spadła w latach 1997–2002, co sugerowałoby, że dostęp do terapii HAART był ograniczony w tym okresie⁽¹⁴⁶⁾. Wśród krajów bałtyckich Łotwa odnotowuje spadek zachorowalności na AIDS, przy 23 nowych przypadkach na milion w 2005 r. wobec maksymalnego poziomu 26 nowych przypadków na milion w 2004 r., Estonia zaś nie dostarczyła danych dotyczących dożywlnego zażywania narkotyków za 2005 r., ale zarejestrowała wzrost w latach 2003–2004 (z 4 do 13 przypadków na milion)⁽¹⁴⁷⁾.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Choć zakażenia wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie w UE koncentrują się głównie w niewielu krajach o wysokim stopniu rozpowszechnienia, przypadki wirusowego zapalenia wątroby, a w szczególności zakażenia wywołane wirusem typu C (HCV), rozkładają się bardziej równomiernie i są znacznie częstsze.

Poziom występowania przeciwciał HCV przekraczał 60% dla próbek osób zażywających narkotyki dożylnie przebadanych w latach 2004–2005 w ramach 60 badań w 17 krajach (6 z 28 krajów zgłosiło brak danych)⁽¹⁴⁸⁾. Wśród młodych osób zażywających narkotyki dożylnie (poniżej 25. roku) z tych próbek, wysokie rozpowszechnienie (ponad 40% w przynajmniej jednej próbce) ujawniono w siedmiu krajach, natomiast wśród nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie, dla których brakuje danych z wielu krajów – w Polsce i Zjednoczonym Królestwie⁽¹⁴⁹⁾. Jedynie w pięciu krajach odnotowano wyniki badań, w których rozpowszechnienie wynosiło poniżej 25%.

Na podstawie dostępnych danych oraz szacunków wskazujących na liczbę osób przyjmujących narkotyki dożylnie oraz w sposób problemowy (patrz rozdział 6) ocenia się, że w UE żyje około miliona osób zarażonych wirusem HCV, które przynajmniej raz w życiu zażywały narkotyki dożylnie.

Rozpowszechnienie znaczników wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) jest bardziej zróżnicowane niż rozpowszechnienie znaczników HCV, prawdopodobnie w wyniku różnic w zasięgu szczepień. Najbardziej kompletne dane uzyskuje się dzięki przeciwciałom anty-HBc,

⁽¹⁴⁴⁾ Patrz tabele INF-8, INF-9 oraz INF-10 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁴⁵⁾ Patrz wykres INF-14 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugalskie Krajowe Biuro Koordynacji ds. Zakażeń HIV/AIDS, Ministerstwo Zdrowia, 2006 r.

⁽¹⁴⁷⁾ Patrz wykres INF-1 w Biuletynie statystycznym za 2007 r. Dane za ostatnie dwa lata zostały oszacowane z uwzględnieniem opóźnień w raportowaniu, mogły zatem ulec zmianom na przestrzeni czasu (źródło: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Patrz tabele TDI-11, INF-12 oraz INF-13 w Biuletynie statystycznym za 2007 r. W sprawozdaniu rocznym ujęte są tylko próbki liczące co najmniej 50 osób.

⁽¹⁴⁹⁾ Patrz wykres INF-6 (część vii) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Dobry stan zdrowia więźniów to dobry stan zdrowia publicznego

Do największych wyzwań w zakresie ochrony zdrowia publicznego w ostatnich dwóch dekadach należą: nawrót chorób zakaźnych, takich jak gruźlica; rozprzestrzenianie się wirusa HIV/AIDS; pozornie niekontrolowana pandemia problemowego zażywania środków psychotropowych. Na skutek tych schorzeń nadmiernie cierpią najbardziej narażone na nie grupy ludności. Szczególnie wśród więźniów powszechnie spotyka się problemy narkotykowe, a poziom zachorowań na choroby zakaźne jest stosunkowo wysoki. Co więcej, zażywanie narkotyków nierzadko jest kontynuowane lub, czasami, rozpoczynane w więzieniu, gdzie zachowania wysokiego ryzyka mogą występować nagminnie. W więzieniach zatem zakażenia chorobami potencjalnie zagrażającymi życiu mogą osiągać podwyższony poziom. Jednak placówki te dają również możliwość interwencji w szczególnie istotnej grupie docelowej.

Z kilkoma wyjątkami (Francja, Zjednoczone Królestwo – Anglia i Walia, Norwegia), ochrona zdrowia więźniów stanowi integralną część systemu sądowego lub bezpieczeństwa, a nie systemu zdrowotnego. W ten sposób stwarza się ryzyko odizolowania problemu zdrowia więźniów od głównego nurtu ochrony zdrowia publicznego, wywołując wątpliwości co do niezależności, jakości, dostępności i poziomu świadczonych usług opieki zdrowotnej.

Zły stan zdrowia więźniów może przekładać się na stan zdrowia ogółu społeczeństwa, kiedy osoby zażywające narkotyki po zwolnieniu z więzienia odnawiają kontakty z rodziną oraz innymi osobami w swoim otoczeniu. Zatem wykrywanie poważnych chorób zakaźnych, takich jak zakażenia wirusem HIV i gruźlica, a w ślad za tym odpowiednie leczenie oraz zastosowanie środków ograniczania szkód, może znacząco przyczynić się do poprawy stanu zdrowia społeczności, z których więźniowie wywodzą się i do których powrócą. Dla osób uzależnionych od narkotyków programy leczenia realizowane w więzieniu mogą stanowić szansę nie tylko na poprawę stanu zdrowia, ale również na zmniejszenie prawdopodobieństwa popełniania przestępstw w przyszłości.

W celu poszerzenia wiedzy o sytuacji zdrowotnej w więzieniach oraz o specjalnych sposobach reagowania program zdrowia publicznego Komisji Europejskiej wspiera projekt ochrony zdrowia w więzieniach realizowany przez Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia na Europę w zakresie tworzenia bazy danych wskaźników związanych z ochroną zdrowia w więzieniach i innych czynników warunkujących zdrowie. We wspólne opracowanie bazy danych zaangażowane jest EMCDDA, wraz z biurem WHO na Europę oraz Europejską Siecią Przeciwdziałania Narkomanii i Chorobom Zakaźnym w Zakładach Karnych (ENDIPP) ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://data.euro.who.int/hip/>

które wykazują historię zakażenia. W latach 2004–2005 w sześciu krajach odnotowano wskaźniki rozpowszechnienia na poziomie 40%.

Trendy czasowe w odnotowanych przypadkach wirusowego zapalenia wątroby typu B i C przedstawiają zróżnicowany obraz. Jeśli chodzi o wirusowe zapalenie wątroby typu B,

odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie wśród wszystkich odnotowanych przypadków ogólnie raczej maleje, prawdopodobnie odzwierciedlając rosnący wpływ programów szczepień. Nie zaobserwowano żadnej ogólnej tendencji w odniesieniu do proporcji osób zażywających narkotyki dożylnie wśród wszystkich odnotowanych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C ⁽¹⁵⁰⁾. Jednak odsetek ten jest bardzo różny w zależności od kraju, co wskazuje na istnienie różnic w sposobie przenoszenia wirusowego zapalenia wątroby typu C. Poznanie czynników będących przyczyną różnic między krajami w zakresie poziomu zakażeń stanowi prawdopodobnie istotny element, który należy uwzględnić przy tworzeniu skuteczniejszych strategii zapobiegania i ograniczania szkód w tej dziedzinie.

Profilaktyka chorób zakaźnych

W ostatniej dekadzie na poziomie europejskim pojawiła się zgodna opinia w sprawie kluczowych elementów niezbędnych do skutecznego reagowania w zakresie zwalczania chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki dożylnie. W Europie wieloskładnikowe działania zapobiegawcze mają swoją ustaloną pozycję; należą do nich: dostęp do odpowiedniego leczenia z uzależnień od narkotyków, zwłaszcza leczenia zastępczego, programy wymiany igieł i strzykawek, informowanie i rozpowszechnianie materiałów prewencyjnych, edukacja, w tym edukacja rówieśników na temat ograniczania ryzyka, dobrowolne poradnictwo oraz testy w kierunku chorób zakaźnych, szczepienia i leczenie chorób zakaźnych.

Bez względu na proporcje tych elementów w polityce krajowej, panuje powszechna zgoda co do istotnego znaczenia skoordynowanego i wszechstronnego podejścia do zdrowia publicznego służącego ograniczeniu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki.

Aby rozwiązać problem niezdiagnozowanych zakażeń wirusem HIV, opublikowano w tym roku nowe wytyczne (WHO/UNAIDS, 2007). W celu sprowokowania bardziej powszechnego, dobrowolnego poddawania się testom na HIV, sugeruje się aktywniejsze podejście ze strony służby zdrowia do zalecania tych testów oraz poradnictwa, zwłaszcza w placówkach ukierunkowanych na opiekę nad grupami najwyższego ryzyka. Z prac EMCDDA prowadzonych nad tym zagadnieniem wynika, że regularne dobrowolne badania lekarskie, w tym testy w kierunku HIV i innych chorób zakaźnych oraz zasięganie porad w tym zakresie, to szczególnie odpowiednia usługa dla osób wstrzykujących narkotyki.

W przypadku zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B istotną rolę ogrywają szczepienia. W niektórych krajach szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B są przewidziane dla ogółu ludności, w innych zaś dotyczą grup narażonych na szczególne ryzyko. W Norwegii szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B zintensyfikowano po tym, jak wybuch epidemii tych chorób dowiódł rozprzestrzenienia się dożylnego zażywania narkotyków na mniejsze miasta.

⁽¹⁵⁰⁾ Patrz wykresy INF-8 oraz INF-11 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Szerokie rozpowszechnienie wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wskazuje wyraźnie na potrzebę opracowania bardziej skutecznych metod reagowania na tę chorobę, której nie można zapobiegać poprzez szczepienia. Szereg krajów realizuje specjalne programy ukierunkowane na profilaktykę wirusowego zapalenia wątroby typu C. W tej dziedzinie realizowane są pewne ciekawe działania, na przykład kampania „stop hepC”, prowadzona w Oslo od 2003 r. Jej celem jest dotarcie do osób zażywających narkotyki, jeszcze zanim zaczną przyjmować je dożylnie lub gdy dopiero spróbowali tego sposobu ich zażywania.

W ramach leczenia uzależnień od narkotyków oraz ograniczania szkód należy opracować działania przeciwdziałające zagrożeniom stwarzanym przez zachowania seksualne pacjentów. Osoby zażywające narkotyki mogą być narażone na ryzyko zakażenia wirusem HIV nie tylko w związku z wstrzykiwaniem substancji, ale także z powodu zachowań seksualnych – ze względu na osłabione umiejętności podejmowania decyzji, powiązania niektórych narkotyków z zachowaniami seksualnymi wysokiego ryzyka, poprzez świadczenie usług seksualnych bądź wymianę seksu za narkotyki. Szczególnie narażone mogą być kobiety zażywające narkotyki, chociaż istnieją również obawy o zależność między zażywaniem narkotyków a zachowaniami seksualnymi wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. U osób zażywających narkotyki może występować podwyższone ryzyko zakażenia nie tylko wirusem HIV, ale także innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, zatem placówki leczenia uzależnień od narkotyków mogą pełnić istotną rolę w diagnozowaniu niewykrytych zarażeń tymi chorobami. Na przykład w ostatnich badaniach prowadzonych na Malcie odnotowano niewykryte wcześniej zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego wśród kobiet poddanych badaniom w jednostce leczenia pozaszpitalnego.

Programy wymiany igieł i strzykawek

Integracja programów wymiany lub rozprowadzania igieł i strzykawek z usługami świadczonymi przez jednostki antynarkotykowe oraz połączenie porad w zakresie ograniczania ryzyka oraz usług doradczych, a także kierowanie osób zażywających na leczenie to powszechne działania na terenie UE. Programy wymiany igieł i strzykawek zostały wskazane jako priorytetowy środek przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w trzech z czterech krajów UE i Norwegii⁽¹⁵¹⁾. Dostarczanie czystych igieł i strzykawek zostało zgłoszone przez wszystkie kraje z wyjątkiem Cypru, gdzie zastosowanie tego środka w walce z możliwym zwiększeniem liczby zakażeń związanych ze wstrzykiwaniem substancji zalecała w 2006 r. grupa ekspertów. Rozprowadzanie wraz ze strzykawkami innego sterylnego sprzętu, takiego jak tampony nasączone alkoholem i suche chusteczki, woda, filtry oraz kuchenki staje się powszechną metodą stosowaną przez placówki świadczące tego typu usługi. Choć rozprowadzanie czystego sprzętu do iniekcji w ramach programów wymiany igieł i strzykawek przestało być postrzegane jako kwestia kontrowersyjna, nie we

wszystkich krajach przyznano priorytet tym programom, a w niektórych za zupełnie wystarczającą uznano sprzedaż w aptekach.

Charakter i zakres dostarczania sterylnego sprzętu do iniekcji są różne w poszczególnych krajach. Na ogół punkty wydawania strzykawek mieszczą się w specjalistycznych jednostkach antynarkotykowych i we wszystkich krajach, z wyjątkiem trzech, tego rodzaju działania są uzupełniane przez pomoc w terenie, docierającą do osób zażywających narkotyki w marginalizowanych okolicach. Automaty do sprzedaży strzykawek stanowią uzupełnienie usług dostępnych w ramach programów wymiany igieł i strzykawek w dziesięciu krajach⁽¹⁵²⁾, jednak dane na temat sprzedaży są znikome, brak jest też badań nad skutecznością tego typu narzędzi. Obecnie do Hiszpanii i Niemiec, będących w grupie niewielu krajów, gdzie wymiana igieł i strzykawek prowadzona jest w więzieniach, dołączył Luksemburg – choć w Niemczech wymiana odbywa się tylko w jednej placówce, w Berlinie.

Powszechność lokalnych aptek oznacza, że programy wymiany strzykawek realizowane za ich pośrednictwem mogą znacząco poprawić dostępność strzykawek w różnych regionach geograficznych i w ten sposób uzupełniać działania prowadzone przez jednostki specjalistyczne. Na przykład w Szkocji w 2004 r. poprzez sieć 116 aptek rozprowadzono 1,7 mln strzykawek, w Portugalii zaś w programie wzięło udział ponad 1300 aptek, które rozprowadziły 1,4 mln strzykawek⁽¹⁵³⁾. Istnienie programów wymiany lub rozprowadzania strzykawek formalnie zorganizowanych w oparciu o sieć aptek odnotowano w ośmiu krajach europejskich (Belgii, Danii, Hiszpanii, Francji, Niderlandach, Portugalii, Słowenii i Zjednoczonym Królestwie).

W krajach, gdzie apteki stanowią główne źródło zaopatrywania osób zażywających narkotyki w sprzęt do iniekcji, placówki te mogłyby spełniać bardziej istotną rolę w dostarczaniu innych środków promujących zdrowie, w tym w rozpowszechnianiu informacji o zagrożeniach chorobami zakaźnymi, związanych z zachowaniami seksualnymi i wstrzykiwaniem substancji, w przeprowadzaniu testów oraz poradnictwie, a także kierowaniu na leczenie. Obecnie realizację prac nad zachęceniem farmaceutów do wzięcia udziału w programach wymiany strzykawek oraz wspieraniem osób uczestniczących w takich programach odnotowano jedynie we Francji, w Portugalii i Zjednoczonym Królestwie.

Zasięg geograficzny programów wymiany igieł i strzykawek oraz dostarczanie w ich ramach sprzętu do iniekcji jest bardzo różny w poszczególnych krajach. Sieć tych programów pojawia się w coraz większej liczbie krajów. Do państw, które odnotowują realizację wspomnianych programów na dużą skalę, należą: dwa niewielkie kraje – Luksemburg i Malta, Włochy, gdzie programy te zostały wdrożone powszechnie lub w znacznym stopniu w około 70% wszystkich lokalnych okręgów sanitarnych, Republika Czeska, gdzie są one dostępne we wszystkich 77 okręgach i w mieście stołecznym Pradze, oraz Finlandia, w której prawodawstwo zobowiązuje władze miejskie do

⁽¹⁵¹⁾ Patrz wykres 11 w Sprawozdaniu rocznym za 2006 r.

⁽¹⁵²⁾ Patrz tabela HSR-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁵³⁾ Patrz tabela HSR-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

świadczenia odpowiednich usług na rzecz zapobiegania chorobom zakaźnym, w tym wdrażania programów wymiany igieł i strzykawek. Portugalia ocenia, że programy takie realizowane przez apteki i zespoły działające w terenie obejmują około 50% terytorium kraju, w Danii zaś funkcjonują one w dziesięciu spośród 13 hrabstw. We wszystkich miastach austriackich, gdzie wstrzykiwanie narkotyków jest znacznie rozpowszechnione, istnieje co najmniej jeden punkt wymiany igieł i strzykawek, a w Bułgarii usługi takie są dostępne w dziesięciu miastach o stosunkowo wysokim poziomie problemowego zażywania narkotyków. Oceniono, że w Estonii w 2005 r. 37% osób zażywających narkotyki dożylnie miało kontakt z programami wymiany igieł i strzykawek, na Słowacji i w Rumunii zaś objęte tymi programami grupy docelowe były znacznie mniejsze (odpowiednio 20% i od 10 do 15%).

W latach 2003–2005 wzrost łącznej liczby wymienionych lub wydanych strzykawek za pośrednictwem specjalistycznych programów odnotowano w kilku krajach (w Bułgarii, Republice Czeskiej, Estonii, Austrii, Finlandii, na Węgrzech i Słowacji) ⁽¹⁵⁴⁾.

Specjalistyczne jednostki, które realizują programy wymiany igieł i strzykawek, mogą pełnić istotne role w zakresie ochrony zdrowia publicznego, na przykład oceniają ryzykowne zachowania wśród pacjentów i prowadzą działania uświadamiające, zachęcają do przeprowadzania testów i szczepień, jak również mogą kierować do placówek podstawowej opieki zdrowotnej lub na leczenie uzależnień od narkotyków. Choć zakres świadczenia tych usług przez jednostki nie jest wyraźnie określony, potrzebę rozwijania tego typu usług uwypuklają wyniki krajowej kontroli przeprowadzonej ostatnio w Anglii. W raporcie pokontrolnym stwierdzono, że poziom świadomości o możliwości zarażenia się chorobami zakaźnymi wśród pacjentów był stosunkowo niski, tak więc jednostki powinny wykazać większą aktywność w oferowaniu porad, testów i szczepień.

Zgony związane z narkotykami i wskaźniki śmiertelności

Zgony związane z narkotykami

Przyjęta przez EMCDDA definicja zgonów związanych z zażywaniem narkotyków odnosi się do zgonów spowodowanych bezpośrednio przyjęciem jednego lub więcej narkotyków. Na ogół są to zgony następujące krótko po spożyciu substancji. Inne terminy stosowane do opisu tego typu zgonów obejmują „przedawkowanie”, „zatrucie”, „zgony spowodowane przez narkotyki” lub „nagle zgony związane z narkotykami” ⁽¹⁵⁵⁾. Liczba zgonów

związanych z narkotykami w danej społeczności będzie zależała od liczby osób zażywających narkotyki wiążące się z przedawkowaniem (zwłaszcza opiaty). Inne istotne czynniki to: odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie, rozpowszechnienie zażywania jednocześnie kilku narkotyków oraz polityka w zakresie usług leczniczych i służb ratowniczych.

Choć porównywalność danych europejskich w ubiegłych latach poprawiła się, różnice w jakości raportowania nadal oznaczają konieczność zachowania ostrożności przy bezpośrednim porównywaniu danych. Poziom zgonów związanych z narkotykami może być wyrażony ilością odnotowanych przypadków, wskaźnikami demograficznymi lub za pomocą wskaźnika śmiertelności proporcjonalnej. Choć między poszczególnymi krajami istnieją różnice pod względem jakości raportowania, jeśli w danym okresie metody pozostają niezmienione, wówczas można zaobserwować tendencje dotyczące liczby i charakterystyki przypadków przedawkowania.

W latach 1990–2004 w państwach członkowskich UE co roku odnotowywano od 6,5 tys. do ponad 9 tys. przypadków zgonów, a więc łącznie w podanym okresie ponad 122 tys. zgonów. Dane te należy uznać za oszacowanie minimalne ⁽¹⁵⁶⁾.

W poszczególnych krajach wskaźniki śmiertelności związanej z narkotykami są bardzo zróżnicowane i wahają się między od 3 do 5 ⁽¹⁵⁷⁾ a ponad 50 przypadków śmiertelnych na milion mieszkańców (średnia 18,3), przy czym w 11 krajach europejskich wskaźniki te przekraczają 20 przypadków na milion mieszkańców. Wśród mężczyzn w wieku od 15 do 39 lat wskaźniki śmiertelności są zwykle trzykrotnie wyższe (średnio 61 zgonów na milion mieszkańców). W latach 2004–2005 zgony związane z zażywaniem narkotyków stanowiły 4% wszystkich zgonów wśród Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat, a w dziewięciu krajach ponad 7% ⁽¹⁵⁸⁾.

Oprócz przedawkowania przyczynę zgonu u osób zażywających narkotyki mogą stanowić czynniki pośrednio związane z zażywaniem. Na przykład liczba zgonów spowodowanych zachorowaniem na AIDS w związku z dożylnym zażywaniem narkotyków wynosiła w 2003 r. niemal 1400 (EuroHIV, 2006) ⁽¹⁵⁹⁾, choć szacunki te są prawdopodobnie zaniżone. Trudniej ocenić liczbę zgonów z innych przyczyn pośrednio związanych z zażywaniem narkotyków (np. wirusowe zapalenie wątroby, przemoc, samobójstwa lub wypadki). Oszacowano, że przynajmniej w niektórych miastach europejskich od 10 do 20% przypadków zgonów wśród młodych osób dorosłych można przypisać, bezpośrednio lub pośrednio, zażywaniu opiatów (Bargagli i in., 2006) (patrz niżej). Do tego należałoby dodać przypadki śmiertelne związane z innymi formami

⁽¹⁵⁴⁾ Patrz tabela HSR-3 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

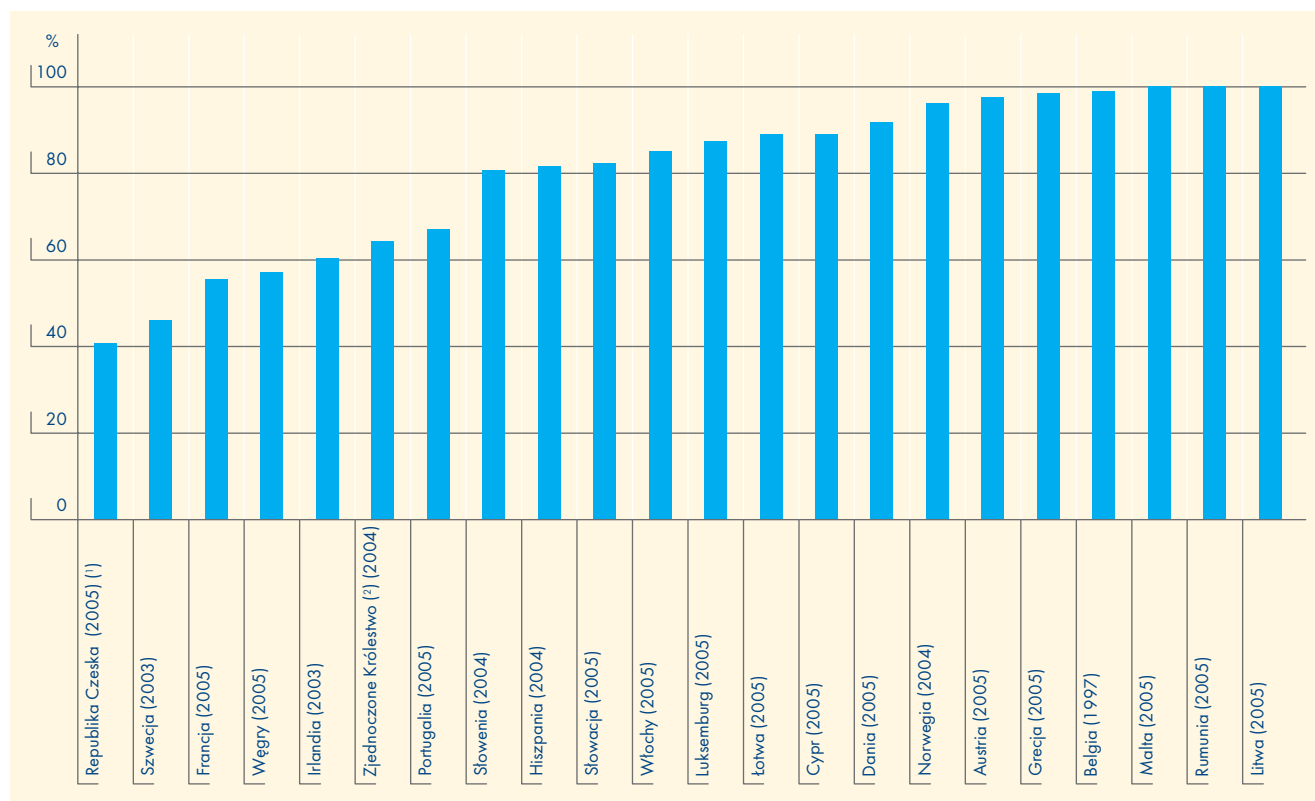
⁽¹⁵⁵⁾ Większość krajowych definicji przypadku jest taka sama jak definicja przyjęta przez EMCDDA lub bardzo podobna, chociaż niektóre kraje nadal włączają do niej przypadki związane z lekami psychoaktywnymi lub zgony z przyczyn innych niż przedawkowanie, zwykle w ograniczonym zakresie (patrz Biuletyn statystyczny za 2006 r., nota metodologiczna „Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues” i „DRD Standard Protocol, version 3.1”).

⁽¹⁵⁶⁾ Patrz tabele DRD-2 (część i), DRD-3 oraz DRD-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁵⁷⁾ W 2005 r. we Francji wskaźnik wynosił 0,9 przypadku na milion, co sugerowałoby pewne zaniżenie danych. Należy jednak zwrócić uwagę, że wartość ta była około dziesięć razy wyższa w 1994 r., kiedy to liczba zgonów z przedawkowania zaczęła się zmniejszać.

⁽¹⁵⁸⁾ Patrz tabela DRD-5 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁵⁹⁾ Należy zwrócić uwagę, że dane dotyczą zachodniego i środkowego obszaru działania Światowej Organizacji Zdrowia w Europie, który obejmuje kilka krajów spoza UE, oraz łącznej liczby zgonów dla Estonii, Łotwy i Litwy (obszar wschodni).

Wykres 12: Odsetek przypadków nagłych zgonów związanych z narkotykami, w których wykryto obecność opiatów

⁽¹⁾ W przypadku Republiki Czeskiej zastosowano definicję nagłych zgonów związanych z narkotykami zgodną z „Selekcją D” EMCDDA zamiast definicji krajowej. Definicja krajowa obejmuje zatrucia środkami psychoaktywnymi, na które przypada większość przypadków (156 na 218).

⁽²⁾ Definicja Krajowego Urzędu Statystycznego.

Uwagi: W niektórych krajach „definicje krajowe” nagłych zgonów związanych z narkotykami obejmują niewielką liczbę przypadków pośrednio związanych z zażywaniem narkotyków.

Dane z 2005 r. lub z ostatniego roku, za który dostępne są dane. Więcej informacji znajduje się w tabelach DRD-1 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2006), informacje zebrane z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych.

zażywania narkotyków (np. kokainy), ale trudno ocenić ich liczbę.

Określenie ogólnego poziomu śmiertelności wynikającej z problemowego zażywania narkotyków na szczeblu krajowym czy europejskim będzie wymagało poczynienia znaczącego postępu w gromadzeniu danych i ich analizie. Próbę wykonania takiego zadania w skali narodowej odnotowano w sprawozdaniu krajowym z Niderlandów. Poprzez ekstrapolację danych pochodzących z lokalnego badania oszacowano wskaźnik śmiertelności związanej pośrednio i bezpośrednio z problemowym zażywaniem narkotyków, z uwzględnieniem różnic regionalnych. Choć konieczne jest prowadzenie dalszych prac nad metodologią, tego rodzaju badania mogą nie tylko służyć określeniu poziomu śmiertelności pośrednio związanej z zażywaniem narkotyków, ale również pomóc w wyeliminowaniu prawdopodobnego zaniżania danych dotyczących liczby zgonów z przedawkowania.

Nagłe zgony związane z opiatami

Zgony związane z zażywaniem heroiny ⁽¹⁶⁰⁾

W Europie przedawkowanie opiatów to jeden z głównych powodów zgonów wśród osób młodych, szczególnie

w grupie mężczyzn zamieszkałych na obszarach miejskich. Opiaty występują w większości odnotowywanych w UE przypadków nagłych zgonów związanych z narkotykami spowodowanych przez substancje nielegalne. Stanowią one od 46 do 100% przypadków (wykres 12) i głównie dotyczą heroiny lub jej metabolitów. W Europie większość zgonów związanych z zażywaniem opiatów dotyczy heroiny, ale często wykrywane są też inne substancje, które mogły odegrać potencjalną rolę, w szczególności alkohol, benzodiazepiny lub inne opiaty, a w niektórych krajach kokaina. Dobrowolne gromadzenie danych, w którym uczestniczyło w 2006 r. dziewięć krajów, na temat substancji związanych ze zgonami spowodowanymi narkotykami ⁽¹⁶¹⁾ potwierdziło, że przy przedawkowaniu opiatów zwykle stwierdzano obecność jeszcze innych narkotyków (od 60 do 90% przypadków) i można te sytuacje uznać za „zgony związane z jednoczesnym zażywaniem kilku narkotyków”.

Mężczyźni stanowili większość wśród osób, które poniosły śmierć w wyniku przedawkowania opiatów (od 59 do 100%), przy czym największy odsetek zgonów wśród kobiet odnotowano w Republice Czeskiej, Polsce i na Słowacji, a najniższy we Włoszech, na Litwie

⁽¹⁶⁰⁾ Ponieważ większość przypadków zgłaszanych do EMCDDA to przedawkowania opiatów, do ich opisu stosuje się ogólną charakterystykę nagłego przypadku zgonu z powodu narkotyków.

⁽¹⁶¹⁾ Republika Czeska, Dania, Niemcy, Łotwa, Malta, Niderlandy, Austria, Portugalia i Zjednoczone Królestwo.

i w Luksemburgu. Większość przypadków śmiertelnych to osoby w wieku od 20 do 40 lat, a średni wiek w większości krajów wynosi około 35 lat⁽¹⁶²⁾. Średni wiek w przypadku zgonów z przedawkowania jest najniższy w Bułgarii, Estonii, Rumunii i na Łotwie, a najwyższy w Polsce, Finlandii i Zjednoczonym Królestwie. Bardzo nieliczne przypadki zgonów z przedawkowania odnotowano wśród osób w wieku poniżej 15 lat, choć śmiertelność związana z zażywaniem narkotyków w tej grupie wiekowej może być zaniżona. Mimo iż wśród osób powyżej 65. roku życia zarejestrowano pewne przypadki zgonów związanych z narkotykami, to jednak tylko w siedmiu krajach ich liczba przekraczała 5% w tej grupie wiekowej. W kilku państwach członkowskich, które przystąpiły do UE w 2004 r. i później stosunkowo niski średni wiek ofiar i wysoki odsetek śmiertelnych przypadków przedawkowania wśród osób poniżej 25 lat może sygnalizować zażywanie heroiny przez młodsze grupy wiekowe w tych krajach⁽¹⁶³⁾.

W wielu państwach członkowskich odnotowuje się wzrost wieku ofiar przedawkowania, co świadczy o spadku liczby osób zażywających heroinę wśród młodzięży. Ta tendencja występuje powszechnie w 15 państwach członkowskich UE, choć w Austrii i Luksemburgu w ubiegłych latach zaobserwowano spadek w tym zakresie. W pozostałych państwach członkowskich tendencja ta jest mniej wyraźna, a mniejsza liczba przypadków utrudnia interpretację liczb⁽¹⁶⁴⁾.

Zgony związane z zażywaniem metadonu i buprenorfiny

Chociaż badania wskazują, że leczenie zastępcze ogranicza ryzyko śmiertelnego przedawkowania, co roku odnotowuje się zgony związane z niewłaściwym zażywaniem leków zastępczych. Monitorowanie liczby zgonów związanych z przyjmowaniem metadonu i buprenorfiny oraz okoliczności im towarzyszących może dostarczyć istotnych informacji, które posłużą poprawie jakości programów leczenia zastępczego oraz mogą zostać wykorzystane w inicjatywach dotyczących profilaktyki i ograniczania szkód.

Udział metadonu w znaczącym odsetku przypadków zgonów związanych z narkotykami odnotowano w kilku krajach, choć rola tej substancji w spowodowaniu śmierci nie zawsze jest jasna, a ponadto mogą mu towarzyszyć także inne substancje. W Danii odnotowano, że metadon był przyczyną zatrucia (sam lub w połączeniu z innymi substancjami) w 43% przypadkach zgonów związanych z narkotykami (89 przypadków na 206 w 2005 r.), w Niemczech zaś zarejestrowano 255 przypadków zgonów w 2005 r. (na 1477) przypisanych „substancjom zastępczym” (75 samym tym substancjom i 180 w połączeniu z innymi narkotykami), w porównaniu z 345 przypadkami w 2004 r. W Zjednoczonym Królestwie stwierdzono 280 przypadków (na 1972, z zastosowaniem definicji strategii antynarkotykowej), w których wymieniono metadon, a w Norwegii 55 wykonanych autopsji ujawniło ślady metadonu. Hiszpania odnotowała (Sprawozdania krajowe Reitox, 2005) nieliczne śmiertelne przypadki przedawkowania powiązane wyłącznie z metadonem (2% całkowitej liczby), ale często był on także obecny

w połączeniu z innymi substancjami w przypadkach zgonów z powodu opiatów (42%) i kokainy (20%). Inne kraje nie zgłosiły przypadków zgonów związanych z metadonem lub zarejestrowały jedynie niewielką ich liczbę.

Przypadki zgonu z powodu zatrucia buprenorfiną zdarzają się raczej rzadko, co przypisuje się charakterystyce farmakologicznej leku, który jest jednocześnie agonistą i antagonistą. Jednak w krajach europejskich zgłoszono przypadki takich zgonów. W sprawozdaniach krajowych za 2006 i 2005 r. jedynie we Francji i w Finlandii odnotowano zgony związane z tą substancją. W 2005 r. w Finlandii buprenorfinę stwierdzono w 83 przypadkach (73 w 2004 r.), na ogół w połączeniu z benzodiazepinami, środkami uspokajającymi lub alkoholem bądź przyjmowaną dożylnie. We Francji w 2005 r. odnotowano jedynie dwa przypadki śmiertelnego przedawkowania związane z buprenorfiną (cztery w 2004 r.). W obydwu krajach buprenorfina jest głównym narkotykiem stosowanym zastępczo w leczeniu uzależnienia od opiatów, jednak szacowane od 70 tys. do 85 tys. osób przyjmujących tę substancję we Francji to o wiele więcej niż wynosi liczba osób poddawanych terapii w Finlandii. Oprócz Francji i Finlandii w 2004 r. jeszcze trzy inne kraje odnotowały zgony, w których wzmiankuje się występowanie buprenorfiny (dwa lub trzy w każdym z przypadków). W Zjednoczonym Królestwie w trakcie prowadzonych w latach 1980–2002 wyczerpujących badań związanych z wyszukiwaniem przypadków zgonów, w których pojawia się wzmianka o buprenorfynie, stwierdzono jedynie 43 takie przypadki, często w połączeniu z benzodiazepinami lub innymi opiatami (Schifano i in., 2005).

Nagłe zgony związane z narkotykami innymi niż opiaty

Zgony związane z ecstazy i amfetaminami

Przypadki zgonów, w których wzmiankowane jest ecstazy, nie są częste, ale kiedy zostały odnotowane po raz pierwszy kilka lat temu, wywołały poważne zaniepokojenie, ponieważ nierzadko dotyczyły młodych osób o wysokim stopniu integracji społecznej. Ograniczona ilość danych dostępnych w Sprawozdaniach krajowych Reitox za 2006 r. sugeruje, że liczba zgonów wywołanych przez ecstazy pozostaje na poziomie zbliżonym do liczby zarejestrowanej w poprzednich latach. W Europie jako całości odnotowano 78 wzmianek o zgonach związanych z ecstazy⁽¹⁶⁵⁾.

Również przypadki zgonów z powodu amfetaminy są zgłaszane rzadko, chociaż w Republice Czeskiej w 2004 r. 16 i w 2005 r. 14 przypadków zgonu przypisano perwitynie (metamfetaminie), co odpowiada wzrostowi szacunkowej liczby osób zażywających problemowo perwitynę oraz większemu zapotrzebowaniu na leczenie. W Finlandii zarejestrowano 65 przypadków związanych z amfetaminą, chociaż rola tego narkotyku w spowodowaniu śmierci nie została określona.

Zgony związane z kokainą

Zgony z przedawkowania kokainy są trudniejsze do wykrycia niż zgony związane z opiatami i często uznaje się, że ich przyczyną jest kilka czynników równocześnie,

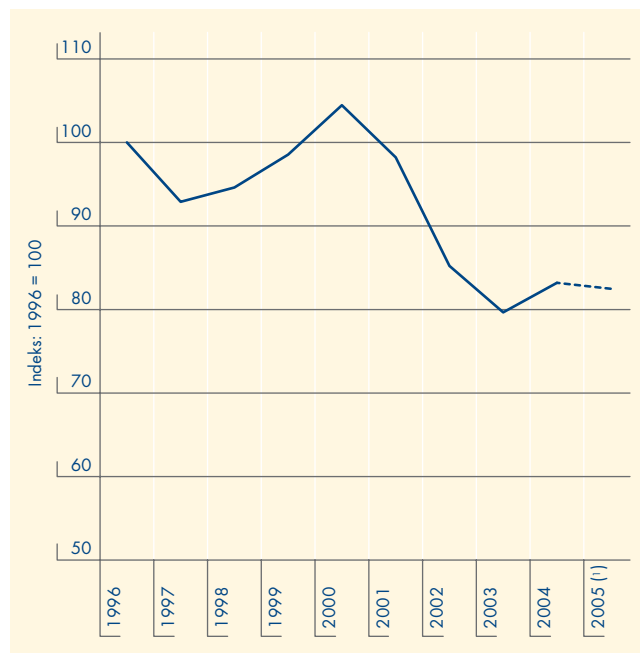
⁽¹⁶²⁾ Patrz tabela DRD-1 (część I) w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁶³⁾ Patrz wykres DRD-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁶⁴⁾ Patrz wykresy DRD-3 oraz DRD-4 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

⁽¹⁶⁵⁾ Zależnie od kraju dane liczbowe dotyczące ecstazy i kokainy odnoszą się do 2004 r. lub 2005 r.

Wykres 13: Ogólna tendencja dotycząca nagłych zgonów związanych z narkotykami w latach 1996–2005 dla wszystkich państw członkowskich na podstawie dostępnych danych



(1) Dane dla 2005 r. są tymczasowe, opracowane na podstawie porównania 2004 r. i 2005 r. wyłącznie dla tych krajów, dla których istnieją dane z obu lat.

Uwagi: Zindeksowana zmiana została obliczona na podstawie informacji z krajów, które podały dane za dany rok i za rok poprzedni. Liczby zgonów w poszczególnych krajach i uwagi dotyczące metodologii zamieszczono w tabeli DRD-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2006), informacje zebrane z ogólnych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (medycyny sądowej lub policji).

a nie samo toksyczne działanie tego narkotyku (¹⁶⁶). Podczas prowadzonych badań stwierdzono, że większość przypadków zgonów wywołanych kokainą wiązało się z długotrwałym zażywaniem narkotyku i często było powodowane zaburzeniami sercowo-naczyniowymi i neurologicznymi, powstałymi w wyniku przyjmowania kokainy przez dłuższy okres, szczególnie u osób o predyspozycjach do tych schorzeń lub narażonych na czynniki ryzyka. W Europie sprawozdania o zgonach związanych z kokainą zwykle zawierają wzmiankę o obecności innych substancji (w tym alkoholu i opiatów), potwierdzając przypadki zażywania kokainy w połączeniu z innymi narkotykami.

W sprawozdaniach krajów, które dostarczyły dane za lata 2006 i 2005, odnotowano ponad 400 przypadków zgonów z powodu kokainy. Istnieje wyraźna potrzeba dalszego zbadania wskaźnika śmiertelności oraz skutków zdrowotnych związanych z zażywaniem kokainy.

Tendencje w zakresie nagłych zgonów związanych z narkotykami

Tendencje krajowe dotyczące zgonów związanych z narkotykami mogą stanowić źródło informacji o rozwoju

schematów problemowego zażywania narkotyków w poszczególnych krajach oraz o opracowywanych sposobach reagowania. Dostępne dane z UE ujawniają pewne ogólne tendencje w zakresie liczby zgonów związanych z narkotykami. W dłuższej perspektywie w 15 państwach członkowskich UE oraz Norwegii odnotowano wyraźny wzrost liczby zgonów związanych z narkotykami w latach 80. i w pierwszej połowie lat 90., prawdopodobnie odpowiadający rozpowszechnieniu się heroiny i dożylnego przyjmowania substancji (¹⁶⁷). W latach 1990–2000 liczba zgonów związanych z narkotykami stale wzrastała, chociaż już nie tak gwałtownie.

Od 2000 r. w wielu krajach UE odnotowano spadek liczby zgonów związanych z narkotykami, prawdopodobnie spowodowany wzrostem dostępności leczenia i działaniami w zakresie ograniczania szkód zdrowotnych, chociaż mniejsza liczba osób dożylnie zażywających narkotyki oraz ograniczenie dostępności heroiny może również odgrywać istotną rolę. Na poziomie europejskim liczba zgonów związanych z zażywaniem narkotyków spadła o 6% w 2001 r., o 14% w 2002 r. i 5% w 2003 r. (wykres 13). Jednakże sprawozdanie za 2004 r. oraz tymczasowe dane za 2005 r. wskazują, że po 2003 r. dalszego spadku nie odnotowano.

W niektórych krajach w sprawozdaniach dotyczących zgonów związanych z narkotykami zaczął ujawniać się niepokojący trend. Liczba przypadków śmiertelnych, po osiągnięciu znacząco wysokiego poziomu w latach 1999–2001, przez kolejne dwa lub trzy lata wyraźnie zmniejszyła się, a w okresie 2004–2005 zaobserwowano jej wzrost (¹⁶⁸). Schemat ten generalnie opisuje tendencje dotyczące zmian w liczbie zgonów związanych z narkotykami, ujawnione w ubiegłych latach w Irlandii, Grecji, Portugalii, Finlandii i Norwegii oraz w mniejszym stopniu w Niderlandach, Austrii i Zjednoczonym Królestwie. We Włoszech po kilkuletnim okresie spadku liczby zgonów związanych z narkotykami zarejestrowano pewien wzrost w ostatnich dwóch latach (¹⁶⁹). Zasugerowano kilka możliwych przyczyn tego niedawnego wzrostu, wśród których znajduje się zażywanie jednocześnie kilku narkotyków przez osoby przyjmujące opiaty oraz potencjalne zwiększenie dostępności heroiny.

Między krajami piętnastki a państwami, które przystąpiły do UE w 2004 r. i później, widoczna jest znaczna różnica w tendencjach zmian liczby zgonów związanych z narkotykami. W grupie 15 państw członkowskich UE od 1996 r. obserwowany jest ogólny spadek, istotny w latach 2000–2002, sugerujący długoterminowe zmniejszenie liczby młodych osób przyjmujących opiaty. Jednak najnowsze tendencje w tych krajach są już zróżnicowane. W nowych państwach członkowskich do 2002 r. obserwowano gwałtowny wzrost, ale okres 2003–2004 charakteryzował się spadkiem (wykres 13).

Zwiększenie odsetka zgonów związanych z narkotykami wśród osób zażywających narkotyki poniżej 30. roku życia odnotowano w Grecji, a wśród osób poniżej 25. roku w Estonii, Luksemburgu i Austrii oraz w mniejszym stopniu

(¹⁶⁶) Patrz wybrane zagadnienia dotyczące kokainy z 2007 r., zawierające bardziej szczegółowe sprawozdanie na temat zgonów związanych z narkotykami.

(¹⁶⁷) Patrz wykres DRD-8 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(¹⁶⁸) Patrz tabele DRD-2 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(¹⁶⁹) Patrz wykres DRD-11 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

na Łotwie i w Niderlandach, chociaż w większości krajów wśród młodzieży zażywającej narkotyki liczba przypadków przedawkowania się zmniejszyła⁽¹⁷⁰⁾.

W tendencjach dotyczących zgonów związanych z narkotykami widoczne są także różnice w zależności od płci⁽¹⁷¹⁾. Więcej szczegółowych informacji znajduje się w wybranych zagadnieniach dotyczących płci i zażywania narkotyków z 2006 r.

Śmiertelność wśród osób problemowo zażywających narkotyki

Informacje na temat ogólnego stopnia śmiertelności (bezpośrednio lub pośrednio spowodowanej narkotykami) wśród osób problemowo zażywających narkotyki zwykle odnoszą się do przyjmujących opiaty, na ogół zaś brak jest danych dotyczących śmiertelności związanej z innymi formami zażywania narkotyków, na przykład wśród osób o wysokim stopniu integracji społecznej regularnie zażywających kokainę, choć jest to coraz istotniejsza kwestia z punktu widzenia celów ochrony zdrowia publicznego.

Badania prowadzone wśród osób zażywających opiaty w różnych warunkach europejskich doprowadziły do wniosku, że śmiertelność w tej grupie jest wysoka w porównaniu z ogółem populacji. We wspólnym badaniu, które rozpoczęto w ramach projektu EMCDDA, odkryto, że wśród osób zażywających opiaty przyjętych na leczenie w ośmiu miejscach w Europie panuje wysoka śmiertelność w porównaniu z ich rówieśnikami (patrz EMCDDA, 2006). W badaniach kohortowych nad śmiertelnością, przeprowadzonych w Republice Czeskiej, stwierdzono, że znormalizowany wskaźnik śmiertelności wśród osób zażywających stymulanty był od 4 do 6 razy wyższy niż dla ogółu populacji, podczas gdy w grupie zażywających opiaty – od 9 do 12 razy wyższy (Sprawozdania krajowe Reitox, 2005). W badaniu kohortowym przeprowadzonym we Francji, które objęło osoby aresztowane za zażywanie heroiny, kokainy lub cracku, stwierdzono, że wśród mężczyzn śmiertelność była pięć razy wyższa, a wśród kobiet 9,5 razy wyższa niż dla ogółu ludności, ale wykazywała tendencję zniżkową (Sprawozdania krajowe Reitox, 2005). Dalszych informacji na temat śmiertelności wśród osób zażywających narkotyki mają dostarczyć badania kohortowe prowadzone obecnie w kilku krajach europejskich (Bułgaria, Hiszpania, Malta, Austria, Polska, Rumunia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Norwegia).

Niedawne badania przeprowadzone w Niderlandach i Norwegii nie wykazały żadnego związku między wiekiem a ryzykiem zgonu z przedawkowania (Cruts i in., opublikowane w prasie; Ødegård i in., 2006, cytowane w norweskim sprawozdaniu krajowym), jednak w starszych grupach wiekowych osób zażywających opiaty do przypadków zgonów z powodu czynników zewnętrznych, takich jak samobójstwa czy przemoc, należy dodać zgony spowodowane schorzeniami chronicznymi. Złe warunki bytowe osób zażywających narkotyki, jak również problemy psychiczne mogą również przyczynić się znacząco do podwyższonej śmiertelności w tej grupie.

Współistniejące zaburzenia psychiczne i projekt ISADORA

Zaburzenia psychiczne powszechnie wiążą się z problemowym zażywaniem narkotyków. Chociaż na poziomie europejskim dane dotyczące współistniejących zaburzeń psychicznych nie są systematycznie zbierane, wyniki lokalnych badań prowadzonych w kilku krajach europejskich sugerują, że od 30 do 90% pacjentów leczonych z uzależnienia od narkotyków cierpi na współwystępujące zaburzenia psychiczne. Do najczęściej diagnozowanych dolegliwości u osób uzależnionych od narkotyków należą zaburzenia osobowości, depresja, osobowość antyspołeczna, lęki oraz zachwiania nastroju i zaburzenia jedzenia. Wymienia się także schizofrenię i tendencje samobójcze. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych odnotowuje się częściej wśród osób zażywających heroinę, zwłaszcza u pacjentów, którzy mają za sobą długą historię przyjmowania narkotyku, kilkakrotnie przerywali leczenie z wykorzystaniem metadonu i których warunki bytowe i socjalne się pogorszyły. Analogicznie uzależnienie od narkotyków występuje powszechnie u osób z poważnymi chorobami psychicznymi.

W 2005 r., po trzyletnim okresie badań, zakończono realizację europejskiego projektu ISADORA (zintegrowane usługi ukierunkowane na podwójną diagnozę i leczenie uzależnień)⁽¹⁾. Projekt, którego celem było zidentyfikowanie głównych instytucjonalnych i indywidualnych czynników ryzyka współwystępowania zaburzeń psychicznych, obejmował siedem placówek z całej Europy oraz 352 pacjentów z oddziałów intensywnego nadzoru psychiatrycznego. Wyniki wskazują, iż złe prognozowanie i chaotyczne procedury podwójnego diagnozowania nie wynikają wyłącznie z samej charakterystyki pacjenta, ale również z fragmentaryczności świadczonych usług, która często sprawia, że opieka jest niespójna i nieskuteczna. Jednym z rezultatów projektu ISADORA jest opracowanie wyczerpującego podręcznika szkoleniowego na temat podwójnej diagnozy.

(1) <http://isadora.advsh.net/>

W niektórych badaniach wskazywano na samobójstwo jako przyczynę zgonu z przedawkowania osób zażywających narkotyki. Rozpoznane przypadki samobójstw wraz z przypadkami nieumyślnego spowodowania śmierci stanowiły 30% wszystkich zgonów związanych z narkotykami odnotowanych w Szkocji w 2005 r. W 2003 r. 13% wszystkich zgonów związanych z narkotykami stanowiły samobójstwa (Scottish Executive, 2005). Uznaje się, że problemy związane z niewłaściwym zażywaniem substancji przyczyniają się do wywoływania zachowań samobójczych na kilka sposobów. Powszechne czynniki ryzyka, niewłaściwe zażywanie substancji składają do wysoce ryzykownych zachowań.

Ograniczanie liczby zgonów związanych z narkotykami

Uznając znaczenie przedawkowania narkotyków jako kwestii z zakresu ochrony zdrowia publicznego, zwrócono

(170) Patrz wykres DRD-9 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

(171) Patrz wykres DRD-6 w Biuletynie statystycznym za 2007 r.

większą uwagę na środki zapobiegania takim incydentom. Choć leczenie i świadczenie innych usług może prowadzić do zmniejszenia liczby przypadków zgonów związanych z narkotykami, nadal jednak istnieją znaczne możliwości opracowywania działań ukierunkowanych specjalnie na zagrożenia wiążące się z przedawkowaniem, a w Europie, ogólnie rzecz biorąc, brak jest wszechstronnego podejścia do zapobiegania przedawkowaniu.

Państwa członkowskie, zwłaszcza te o dłuższej historii masowego szerzenia się heroiny, w ostatnich latach znacząco ułatwiły rozpoczęcie leczenia uzależnień od narkotyków, a obecnie starają się dotrzeć do coraz większej liczby trudno dostępnych osób problemowo zażywających narkotyki (patrz także rozdział 2 i rozdział 6). Ułatwione korzystanie z leczenia oraz istnienie szerszej gamy metod, w tym terapii zastępczej, poprawia wskaźniki kontynuacji leczenia, co w istotny sposób przyczynia się do zmniejszania liczby zgonów związanych z narkotykami oraz spadku śmiertelności. W kilku krajach obniżono progi uprawniające do przyjęcia na leczenie zachowawcze. Widoczne są zmiany filozofii w kierunku przyspieszenia procedury przyjmowania oraz ponownego włączania pacjentów w leczenie zachowawcze metadonem (środki, które dowiodły swojej skuteczności w zwiększaniu wskaźnika przeżycia). Ponadto badania prowadzone w ramach programów wysokoprogowych sugerują, że surowe kryteria przyjęć i zasady leczenia prowadzą do większej liczby przypadków dyscyplinarnego zwalniania pacjentów z terapii, zwiększając ryzyko zgonu u osób pozbawionych leczenia w porównaniu z osobami nadal poddawanyymi leczeniu (Fugelstad i in., 2007). Obecnie we Włoszech prowadzone są długofalowe badania nad skutecznością leczenia uzależnienia od heroiny, w ramach których analizowany jest związek między kontynuacją leczenia a śmiertelnością (Bargagli i in., 2006).

W pierwszych tygodniach po opuszczeniu więzienia lub przerwaniu leczenia osoby wcześniej zażywające opiaty są narażone na zwiększone ryzyko przedawkowania, jeśli powrócą do nałogu, ponieważ ich uprzednio nabyta tolerancja na działanie substancji jest ograniczona. Istotnym środkiem ograniczania szkód jest zatem informowanie osób opuszczających takie placówki o ryzyku, jakie stwarza powrócenie do zażywania narkotyków, oraz omówienie z nimi strategii ograniczania tego ryzyka. Istotną rolę może odgrywać dalsza opieka w formie pomocy społecznej oraz usług terapeutycznych, zwłaszcza wobec osób opuszczających więzienie.

Inne metody zapobiegania przedawkowaniu obejmują uczenie osób zażywających narkotyki przyjmowania pozycji bezpiecznej oraz sposobów reagowania w nagłych sytuacjach, jak również współpracy z policją, obsługą karetek oraz samymi uzależnionymi celem nakłonienia ich do wzywania służb ratownictwa medycznego we wczesnym stadium przedawkowania. Wyniki badań sugerują, że jednoczesne zażywanie innych narkotyków oraz zwłaszcza alkoholu i leków uspokajających może zwiększać ryzyko śmiertelnego przedawkowania opiatów, a zatem jest to

istotna kwestia i powinny ją uwzględniać świadczone usługi. W niektórych pracach doświadczalnych analizowano możliwość dostarczania osobom zażywającym narkotyki antagonistów opiatów. Przykładem jest tutaj szkocki program pilotażowy polegający na rozprowadzaniu naloksonu wśród osób zażywających, ich rodzin i przyjaciół. Takie podejście nie rozpowszechniło się jak dotąd w Europie, ale może stwarzać pewne możliwości. Coraz częściej – lecz nie powszechnie – stosowaną metodą jest udostępnianie antagonistów opiatów w karetkach, placówkach leczniczych lub innych obiektach, gdzie mogą wystąpić przypadki przedawkowania narkotyków. Z uwagi na skuteczność tych substancji – pod warunkiem ich szybkiego podania – istnieje wyraźna potrzeba oceny dostępności tego rodzaju działań w ramach oceny środków zapobiegania przedawkowaniu.

Metodą wzbudzającą pewne kontrowersje jest zapewnianie pomieszczeń do zażywania narkotyków, umożliwiające osobom wstrzykującym narkotyki jednoczesne korzystanie z usług medycznych, a także innych usług. Organizowanie takich pomieszczeń skrytykował INCB w najnowszych sprawozdaniach rocznych, jednak niektóre państwa członkowskie UE uznały je za użyteczny element reagowania na niektóre formy wysoce problemowego zażywania narkotyków. Argumentem za organizowaniem takich pomieszczeń jest stworzenie dzięki temu możliwości: zapewnienia środka zapobiegania przedawkowaniu, ograniczenia innych zagrożeń związanych ze wstrzykiwaniem substancji, rozpowszechniania informacji oraz kierowania pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej, na leczenie oraz do placówek świadczących inne usługi antynarkotykowe. Wspomniane pomieszczenia są często postrzegane jako sposób ograniczenia zachowań uciążliwych dla społeczeństwa, powodowanych przez zażywanie narkotyków. Obecnie w UE i Norwegii istnieje ponad 70 tego typu pomieszczeń: około 40 w Niderlandach, 25 w Niemczech, 6 w Hiszpanii oraz po 1 w Luksemburgu i Norwegii.

W ramach inicjatyw mających na celu ograniczenie liczby zgonów związanych z narkotykami wykorzystywane są w całej Europie techniki informacyjne, edukacyjne i komunikacyjne. Kilka krajów odnotowuje rozpowszechnianie specjalnie opracowanych materiałów informacyjnych wśród osób zażywających narkotyki, ich rówieśników i rodzin oraz policjantów. Jednak oprócz kursów pierwszej pomocy dla personelu jednostek antynarkotykowych lub dla osób przyjmujących narkotyki, coraz bardziej powszechna staje się ocena ryzyka przedawkowania oraz poradnictwo w zakresie zarządzania ryzykiem; wspominają o tym na przykład sprawozdania z Rumunii, Niderlandów i Malty. W 2005 r. w Szkocji uruchomiono plan działania w celu ograniczenia liczby zgonów związanych z narkotykami. Obejmował on: wydanie płyty DVD uświadamiającej zagrożenia wiążące się z przedawkowaniem, przeprowadzenie nowych badań na temat czynników opóźniających wzywanie pomocy oraz stworzenie krajowego forum do analizy tendencji i identyfikowania dziedzin, w których konieczne są dalsze działania.



Bibliografia

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. i in. (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils”, *Social science and medicine* 58, str. 1767–1780.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. i in. (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population”, *Substance use misuse* 41, str. 1861–1879.
- Binnie, I., Kinver, A. i Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation”, Scottish Executive, Edynburg (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. i in. (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science”, *Addictive behaviours* 25, str. 955–964.
- Bühler, A. i Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs”, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, t. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kolonia.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. i Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londyn.
- Cho, H., Hallfors, D.D. i Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth”, *Journal of abnormal child psychology* 33, str. 363–374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Wiedeń.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Wiedeń.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. i Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. i Van Laar, M. (w druku), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004”, *The DASIS Report*, Wyd. 27.
- Dishion, T.J. i Dodge, K.A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change”, *Journal of abnormal child psychology* 33, str. 395–400.
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic”, Technical report, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2005), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No. 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion”, doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs”, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), „Public opinion in the European Union”, *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, nr 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, European Commission, Luksemburg.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005” (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. i in. (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination”, *Prevention science* 6, str. 151–175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. i Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings”, *Addiction* 102, str. 406–412.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor’s national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use”, Technical report, Government Accountability Office, Waszyngton, DC.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londyn.
- Gossop, M., Marsden, J. i Stewart, D. (2001), „NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake”, National Addiction Centre, Londyn.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. i in. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Genewa.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns”, Briefing 7, Health Development Agency, Londyn (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations: International Narcotics Control Board, Nowy Jork.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, Nowy Jork.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, Nowy Jork.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy”, *Drugs: education, prevention and policy* 13, str. 389–391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K. i in. (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lizbona (nieopublikowany).
- Kouvonen, P., Skretting, A. i Rosenqvist, P. (red.) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. i Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors”, *Drug and alcohol dependence* 84, str. 167–174.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. i Younoszai, T.M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use” *Journal of drug education* 35, str. 233–253.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues” (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. i Wijngaart van de, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation”, *Journal of advanced nursing* 57, str. 422–431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. i in. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, Londyn.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season,” report for the Afghan drugs interdepartmental unit of the United Kingdom Government.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. i in. (2006), ‘Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction’, *Journal of substance abuse treatment* 31, str. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. i Torrens, M. (2005), „Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento”, opublikowany w: Miranda, J.J.F. and Melich, M.T. (redaktorzy), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, str. 111–121.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A. i Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom”, *Addiction* 100, str. 1140–1149.
- Nabben, T., Benschop, A. i Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., i Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, Londyn.
- Parkin, S. i McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches”, *Drugs: education, prevention and policy* 7, str. 293–310.
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures”, *Addiction* 101, str. 315–322.
- Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights”, in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, str. 117–124.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) i (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. i in. (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002”, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, str. 343–348.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. i in. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement”, *European addiction research* 12, str. 121–127.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. i in. (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study”, *Addictive behaviours* 29, str. 743–752.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edynburg.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. i in. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. i Hellwich, W.K. (2006) „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen” *Sucht* 52, str. 7–43.
- Sprawozdanie krajowe Reitox (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=435>).
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. i in. (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project”, *Addiction* 101, str. 813–823.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. i in. (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales”, *British journal of general practice* 55, str. 444–451.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. i Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)”, dokument nieopublikowany, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Zjednoczone Królestwo.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services”, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londyn.
- WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006”, 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities”, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren, P. i Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden”, *Journal of analytical toxicology* 28, str. 67–70.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Sprawozdanie roczne 2007: stan problemu narkotykowego w Europie

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich

2007 – 91 str. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-299-7

Jak otrzymać publikacje UE?

Płatne publikacje Urzędu Publikacji są dostępne w EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu>.

Ze strony tej można złożyć zamówienie na publikacje w dowolnym biurze sprzedaży.

Pełną listę sprzedawców naszych publikacji na całym świecie można uzyskać, wysyłając faks pod numer (352) 2929 42758.

Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Centrum, ustanowione w 1993 r. i mające siedzibę w Lizbonie, jest głównym źródłem obszernych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA gromadzi, analizuje i rozpowszechnia obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Czyniąc to, dostarcza swoim odbiorcom oparte na dowodach obraz zjawiska narkomanii na szczeblu europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są głównym źródłem informacji przeznaczonych dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów oraz badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów i masowego odbiorcy.

Sprawozdanie roczne ważną przeglądną zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA, jest to publikacją źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.

