



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

ISSN 1830-0790

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2009

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2009

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 w 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 Publikacji Unii Europejskiej, 2009

ISBN 978-92-9168-392-5

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2009

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Luxembourg

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIAŁYM BEZCHLOROWYM



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Cais do Sodré, 1249-289 Lizbona, Portugalia
Tel. +351 211210200 • Faks +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Spis treści

Wstęp	5
Podziękowania	7
Wprowadzenie	9
Komentarz: Jak trafić do ruchomego celu? Konieczność opracowania pragmatycznej strategii działania wobec ewoluującego problemu narkotykowego	11
Rozdział 1: Polityka i prawo	
Zmiany w polityce międzynarodowej i unijnej • Strategie krajowe • Wydatki publiczne • Przepisy krajowe • Przestępczość • Badania naukowe	18
Rozdział 2: Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie	
Profilaktyka • Leczenie • Ograniczanie szkód • Reintegracja społeczna • Egzekwowanie prawa antynarkotykowego i przestępstwa przeciwko temu prawu • Ochrona zdrowia i działania społeczne w więzieniach	27
Rozdział 3: Konopie indyjskie	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnienie i schematy zażywania • Leczenie	41
Rozdział 4: Amfetaminy, ecstasy i substancje halucynogenne	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnienie i schematy zażywania • Obiekty rozrywkowe • Leczenie	54
Rozdział 5: Kokaina i crack	
Podaż i dostępność • Rozpowszechnienie i schematy zażywania • Konsekwencje zdrowotne • Problemowe zażywanie i zapotrzebowanie na leczenie • Leczenie i ograniczanie szkód	66
Rozdział 6: Zażywanie opiatów i dożylne zażywanie narkotyków	
Podaż i dostępność • Problemowe zażywanie opiatów • Dożylne zażywanie narkotyków • Leczenie	78
Rozdział 7: Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami	
Choroby zakaźne • Reagowanie na choroby zakaźne • Zgony i śmiertelność • Ograniczanie liczby zgonów	88
Rozdział 8: Nowe narkotyki i tendencje	
Działania UE dotyczące nowych narkotyków • „Spice” i powiązane kannabinoidy syntetyczne • Sklepy internetowe • Obserwacje substancji	101
Bibliografia	107



Wstęp

Niniejsze sprawozdanie przedstawia szczegółową i powstałą w odpowiednim czasie ocenę sytuacji narkotykowej w Europie. Jesteśmy wdzięczni naszym pracownikom, którzy tak ciężko nad nim pracowali. Musimy jednak przyznać, że wartość tego dokumentu jest wynikiem nie tylko naszej pracy tu, w Lizbonie, ale przede wszystkim działań w państwach członkowskich, mających na celu opracowanie solidnego i szeroko zakrojonego systemu informacyjnego. Uważamy, że oprócz wnoszenia ważnego wkładu w dojrzałą i świadomą debatę na temat problemu narkotykowego, istnienie tego systemu monitorowania doprowadzi do powstania lepszych i skuteczniejszych polityk.

Takie polityki coraz częściej są niezbędne, ponieważ wyzwania w tej dziedzinie stają się coraz bardziej złożone. Wspólnym tematem przewijającym się przez całe sprawozdanie jest dynamiczny charakter problemu narkotykowego – musimy dopilnować, aby nasza wizja dotrzymywała tempa zmieniającym się warunkom, których doświadczamy.

W tym roku EMCDDA obchodziło 15-lecie gromadzenia informacji i składania sprawozdań na temat problemu narkotykowego w Europie. Aby uświetnić to wydarzenie, zorganizowaliśmy konferencję pt. „Identifying Europe’s information needs for effective drug policy” [Określanie potrzeb informacyjnych Europy w celu skutecznej polityki antynarkotykowej]. Naukowcy, specjaliści i osoby odpowiedzialne za wyznaczanie kierunków polityki z całej Europy i spoza niej mieli okazję przybyć do Lizbony, aby pomóc nam w zaplanowaniu i ocenie istniejącej bazy wiedzy na temat narkotyków oraz w ustaleniu obecnych i przyszłych potrzeb w zakresie informacji.

Konferencja wykazała, że Europa stanowi potężne laboratorium mające na celu badanie zażywania narkotyków i związanych z nimi reakcji oraz zrozumienie tego problemu, a obecnie daje nam znaczące możliwości wspólnej nauki i wymiany wiedzy. Nigdzie indziej nie istnieje tak duża grupa krajów różnych pod względem kulturowym, które wykazują wspólną determinację, żeby poprawić swoje rozumienie tego złożonego problemu społecznego i usprawnić reakcje w tym zakresie. Można to zauważyć w rozwoju poprzecznego systemu monitorowania narkotyków, który obejmuje 30 krajów o łącznej liczbie ludności przekraczającej pół miliarda. Można to również dostrzec w strategii antynarkotykowej i planie działania UE – narzędziach zaprojektowanych na celu dostarczania dostępnych informacji i opracowania na ich podstawie praktycznych, zbiorowych działań. Obecnie jest to szczególnie ważne, ponieważ nasze państwa członkowskie stanęły przed trudnymi wyborami w zakresie priorytetów finansowania i coraz bardziej skupiają się na konieczności osiągnięcia maksymalnych korzyści z dotychczasowych inwestycji. Jesteśmy przekonani, że nasze obecne sprawozdanie będzie stanowiło wkład w ten proces. Ponadto zobowiązujemy się, że ustalanie skutecznych

praktyk w dziedzinie narkotyków stanie się coraz ważniejszym elementem przyszłych działań EMCDDA.

Podczas konferencji określono również szereg ważnych kwestii, które odzwierciedlone są w analizach przedstawionych w niniejszym sprawozdaniu. Nasze systemy informacyjne muszą lepiej funkcjonować pod względem identyfikowania, śledzenia i zgłaszania nowych tendencji. Nasza sprawozdawczość powinna jednak pozostać dokładna i uzasadniona, nie może ona także wywoływać paniki. Zwrócono również uwagę na potrzebę połączenia w naszych analizach kwestii dotyczących podaży i popytu. W tegorocznym sprawozdaniu poświęciliśmy większą uwagę analizie wskaźników dotyczących podaży oraz rynku narkotykowego. Analizy te są dość ostrożne, ponieważ jak dotąd nie podjęto wystarczających działań w zakresie poprawy jakości, wiarygodności i porównywalności europejskich zbiorów danych na ten temat. Jest to obecnie powszechnie dostrzegany problem. Aby go rozwiązać, zobowiązaliśmy się do współpracy z naszymi partnerami krajowymi i europejskimi.

Jeden z wniosków z tegorocznego sprawozdania jest taki, że ocena sytuacji narkotykowej w Europie wymaga jednoczesnego zrozumienia cech krajowych, specyfiki subregionalnej oraz – w coraz większym stopniu – powszechnych tendencji europejskich, a nawet globalnych. Musimy w przyszłości lepiej opisywać te złożone relacje, ponieważ pomoże to nam nie tylko w zrozumieniu czynników, które mogą sprzyjać rozwojowi problemów narkotykowych bądź powstrzymać go, ale również posłużyć do opracowania odpowiednich działań interwencyjnych.

Na koniec należy zauważyć, że Unia Europejska i Organizacja Narodów Zjednoczonych prawie jednocześnie wznowiły swoje dokumenty w zakresie polityki antynarkotykowej – pod koniec 2008 r. i na początku 2009 r. Nowy plan działania UE w zakresie narkotyków oraz nowa deklaracja polityczna i plan działania ONZ stanowią odzwierciedlenie międzynarodowego zaangażowania w kwestię ograniczania zażywania narkotyków oraz szkód, które mogą one wyrządzić. Osiągnięcie tych celów jest dużym wyzwaniem, które będzie możliwe jedynie, jeśli zaplanowane działania zostaną powszechnie wdrożone. Monitorowanie i ocena są kluczowymi elementami tego procesu, ponieważ umożliwiają nam utrzymanie polityk na odpowiednim kursie i śledzenie postępu.

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 (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), Europejskiej Agencji Leków (European Medicines Agency – EMEA) i Europolowi;
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości, Biuru Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, projektowi ESPAD oraz Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i innych Używkach (CAN);
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej i Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

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, państwach kandydujących oraz przy Komisji Europejskiej. Krajowe punkty kontaktowe, za których działalność odpowiadają rządy poszczególnych państw, są organami władz krajowych przekazującymi EMCDDA informacje o narkotykach.

Dane kontaktowe krajowych punktów kontaktowych zamieszczono na stronie:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Wprowadzenie

Niniejsze sprawozdanie roczne sporządzono na podstawie sprawozdań krajowych udostępnionych EMCDDA przez państwa członkowskie UE, państwa kandydujące – Chorwację i Turcję – oraz Norwegię. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2007 r. (lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane). 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.

Ceny detaliczne narkotyków zgłoszone do EMCDDA odzwierciedlają ceny płacone przez osobę zażywającą narkotyki. Doniesienia na temat czystości lub siły działania narkotyków napływające z większości krajów opierają się na próbkach wszystkich skonfiskowanych narkotyków i na ogół nie jest możliwe powiązanie zgłoszonych danych z konkretnym poziomem rynku narkotykowego. W przypadku czystości lub siły działania oraz cen detalicznych wszystkie analizy opierają się na zgłoszonych wartościach średnich lub modalnych, a w razie ich braku – na medianie.

Doniesienia na temat rozpowszechnienia zażywania narkotyków oparte na badaniach populacji ogólnej przeważnie odnoszą się do populacji krajowej w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat. Do krajów stosujących odmienne – wyższe bądź niższe – granice wiekowe należą: Bułgaria (od 18 do 60 lat), Republika Czeska (18 lat), Dania (16 lat), Niemcy (18 lat), Węgry (od 18 do 59 lat), Malta (18 lat), Szwecja (16 lat) i Zjednoczone Królestwo (od 16 do 59 lat). Dane dotyczące rozpowszechnienia w Zjednoczonym Królestwie odnoszą się do Anglii i Walii.

W doniesieniach na temat zapotrzebowania na leczenie termin „nowi pacjenci” odnosi się do osób, które rozpoczęły leczenie po raz pierwszy w życiu, natomiast termin „wszyscy pacjenci” dotyczy wszystkich osób podejmujących leczenie. Dane nie uwzględniają pacjentów kontynuujących leczenie na początku danego roku. Jeżeli liczba zgłoszeń na leczenie z powodu głównego narkotyku jest podana jako proporcja, w mianowniku występuje liczba przypadków, w których znany jest narkotyk główny.

Analiza tendencji jest oparta tylko na tych krajach, które dostarczają danych wystarczających do określenia zmian w danym okresie. Dane dotyczące 2006 r. mogą zastępować brakujące liczby za 2007 r. w analizie kształtowania się danych dotyczących rynku narkotykowego; w przypadku analizy pozostałych tendencji można interpolować brakujące dane. Tendencje cenowe uwzględniają inflację na poziomie krajowym.

Informacje na temat dostępności i stosowania różnych działań interwencyjnych w Europie oparte są na ogół na ocenach ekspertów krajowych, które zebrano, stosując kwestionariusz ustrukturyzowany.

Termin „zgłoszenia” w odniesieniu do naruszeń prawa antynarkotykowego może w różnych krajach dotyczyć różnych pojęć.

Sprawozdanie roczne w 23 językach znajduje się w witrynie internetowej, skąd można je pobrać:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>.

Biuletyn statystyczny za 2009 r. (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) zawiera pełny zestaw tabel źródłowych, na których oparta jest analiza statystyczna. Ponadto w wersji elektronicznej zawarto dodatkowe informacje o zastosowanej metodologii oraz około 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

Charakterystyki danych krajowych (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) przedstawiają graficzne podsumowanie kluczowych aspektów sytuacji w zakresie narkotyków w poszczególnych krajach.

Sprawozdania krajowe opracowane przez krajowe punkty kontaktowe w sieci Reitox zawierają szczegółowy opis i analizę problemu narkotyków w poszczególnych krajach. Zamieszczono je w witrynie internetowej EMCDDA: (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Komentarz

Jak trafić do ruchomego celu? Konieczność opracowania pragmatycznej strategii działania wobec ewoluującego problemu narkotykowego

Konsensus polityczny pozwala na bardziej ukierunkowany plan działania w zakresie narkotyków

Niniejsze sprawozdanie obejmuje ważny okres dla polityki antynarkotykowej, zarówno w Europie, jak i poza nią. W Unii Europejskiej dokonano oceny planu działania w zakresie narkotyków na lata 2005–2008 (piątego z kolei od 1990 r.) oraz zaprojektowano i wprowadzono kolejny plan – na lata 2009–2012. Chociaż często poświęca się uwagę różnicom istniejącym między państwami członkowskimi w zakresie ich polityki antynarkotykowej, z historycznego punktu widzenia niezwykle jest wyraźne porozumienie widoczne w dyskusjach na szczeblu europejskim. Państwa członkowskie wciąż mają różne perspektywy polityczne, co w pewnym stopniu odzwierciedla odmienne realia krajowe, niemniej jednak w wielu dziedzinach dyskusja wydaje się w coraz większym stopniu dojrzała i ukierunkowana na osiągnięcie porozumienia. Umożliwiło to powstanie nowego planu działania UE, który można scharakteryzować jako pragmatyczny, konkretny i precyzyjnie ukierunkowany. Podejście to odzwierciedla zwłaszcza poświęcenie uwagi konkretnym dziedzinom praktyki, np. zapobieganiu zgonom związanym z narkotykami, działaniom w więzieniach oraz poprawie jakości leczenia i innych interwencji.

Dyskusje prowadzące do przyjęcia nowej deklaracji politycznej i planu działań ONZ w zakresie zwalczania globalnego problemu narkotykowego wywołały na całym świecie znaczne zainteresowanie społeczeństw i specjalistów; dyskusje te rozpoczęły się po przeglądzie celów określonych w 1998 r. na nadzwyczajnej sesji Zgromadzenia Ogólnego NZ (UNGASS). W debacie tej Europa zdecydowanie wypowiedziała się za zrównoważonymi, naukowo uzasadnionymi i humanitarnymi politykami antynarkotykowymi. Pomogło to zapewnić zachowanie kluczowych, postępowych elementów z oryginalnych dokumentów UNGASS z 1998 r. w ostatecznej wersji porozumienia. Mimo że czasami dyskusje w ramach ONZ były gorące i niekiedy odzwierciedlały głęboko zakorzenione stanowiska polityczne i ideologiczne, widoczne były także oznaki, że popularność zyskuje bardziej pragmatyczne i przemyślane

podejście do definicji skutecznego działania. Na przykład w USA złagodniono podejście do wydawania sterylnego sprzętu do iniekcji, aby zmniejszyć zagrożenie zakażeniami przenoszonymi przez krew; wynika to z wyraźnego udowodnienia skuteczności takiego podejścia. Ogólnie rzecz biorąc, w ostatnich oświadczeniach politycznych USA wydaje się zbliżać do modelu europejskiego. Sesja UNGASS pokazała również wyraźną zgodność co do konieczności skutecznego, globalnego monitorowania narkotyków, szczególnie ze względu na ciągłe narastanie problemu w krajach rozwijających się i znajdujących się w okresie przejściowym. Skrytykowano mechanizm sprawozdawczości opracowany w celu dokonania oceny wdrożenia planów działania UNGASS; na skutek upadku tego mechanizmu ważne obszary działań, zwłaszcza dotyczące zmniejszania popytu, znajdują się jednak poza zakresem istniejących globalnych ram sprawozdawczości. Kwestia ta prawdopodobnie będzie ważnym tematem nadchodzącej sesji Komisji ds. Środków Odurzających.

Praktyki organów ścigania a różne cele strategiczne

W obecnym sprawozdaniu rocznym przypisuje się bardzo duże znaczenie egzekwowaniu prawa antynarkotykowego – kwestia, na której się skupiono, to wyroki i inne działania podejmowane wobec osób oskarżonych o przestępstwa narkotykowe. Liczba naruszeń przepisów prawnych dotyczących narkotyków w Europie ciągle rośnie. I mimo że trudno jest interpretować te dane, powodują one powstanie pytań o to, na ile praktyki organów ścigania zgodne są z celami strategicznymi w tym zakresie.

Ogólnie rzecz biorąc, kierunek debaty politycznej w Europie uległ przesunięciu – priorytetowo traktuje się zakazy nakierowane raczej na podaż narkotyków niż na ich używanie. Odzwierciedleniem tego podejścia jest zwiększenie kar za przestępstwa związane z podażą narkotyków lub wprowadzenie minimalnych wymiarów kar w niektórych krajach. Trudno jest ocenić, na ile taka zmiana kierunku działań z użytkowników na dostawców narkotyków przekłada się na praktyki związane z porządkiem publicznym. Zaledwie w kilku krajach przestępstwa związane z podażą narkotyków są liczniejsze niż

przestępstwa związane z ich posiadaniem. Generalnie liczba przestępstw związanych z podażą narkotyków zwiększyła się, ale jeszcze bardziej wzrosła liczba przestępstw związanych z ich posiadaniem. Sytuacja związana z przestępstwami dotyczącymi podaży narkotyków w Europie zróżnicowała się, przy czym połowa krajów odnotowuje zmniejszenie ich liczby w perspektywie średniookresowej.

Szczegółowa analiza danych dotyczących wyroków za przestępstwa związane z narkotykami popełniane w Europie, dołączona do niniejszego sprawozdania, pokazuje, co dzieje się z osobami łamiącymi przepisy dotyczące narkotyków. Za przestępstwa związane z podażą narkotyków skazuje się zasadniczo na pozbawienie wolności, przy czym zazwyczaj są to krótsze okresy z zakresu kar przewidzianych – średnio najwyżej trzy lata. Może to po prostu odzwierciedlać fakt, że ukarani znajdują się na końcu łańcucha dostaw, że są to na przykład dilerzy uliczni lub uzależnieni, którzy sprzedają narkotyki, żeby zarobić na swój nałóg. Taki wniosek ma implikacje dla tworzonego wytycznych w sprawie minimalnych wyroków, jeśli ich celem ma być powstrzymanie osób z przeszłością kryminalną od angażowania się w podaż narkotyków.

W większości państw rzadko stosuje się karę pozbawienia wolności za używanie lub posiadanie narkotyków. Mimo wszystko pewna liczba osób sądzonych skazywana jest na pozbawienie wolności bez zawieszenia, zazwyczaj ze względu na dodatkowe okoliczności obciążające. Oznacza to, że coraz większa liczba osób używających narkotyków wchodzi w kontakt z systemem karno-sądowym, otrzymując kary niewielkie lub kary administracyjne. Abstrahując od potencjalnego skutku odstraszającego tego typu działań, wywołują one pytanie, w jaki zakresie taki kontakt z poszczególnymi grupami osób używających narkotyków oznacza utraconą możliwość podjęcia innych działań zmniejszających podaż narkotyków. Niektóre państwa zaczęły stosować innowacyjne podejście w tej kwestii, ale zasadniczo takie działania są ciągle rzadkością.

Jako że osoby oskarżone o przestępstwa związane z narkotykami stanowią bardzo zróżnicowaną grupę, ocena potrzeb jest kluczową kwestią przy planowaniu usług w tym zakresie. Usługi takie to szerokie kontinuum, od prewencji, edukacji i zmniejszania szkód poprzez szybkie interwencje aż po kierowanie osób zatrzymanych na specjalistyczne leczenie odwykowe i do służb socjalnych. Stworzenie realistycznego modelu zapewniającego odpowiednie drogi kierowania osób używających narkotyków będzie wyzwaniem organizacyjnym. Portugalia podeszła do tego zagadnienia nieco inaczej. Używanie narkotyków nie podlega już sankcjom prawnym, a osoby, przy których

znaleziono narkotyki, kierowane są bezpośrednio do oceny potrzeb przez specjalną komisję, zwaną „komisją odwołującą od nadużywania narkotyków”. Komisja może nakładać grzywny, ale sankcje nie są głównym celem jej działalności. Taki system działa już od ośmiu lat; początkowe obawy, że podejście takie doprowadzi do zwiększenia turystyki narkotykowej lub wzrostu poziomów używania narkotyków, nie znajdują potwierdzenia w dostępnych danych.

Leczenie i interwencje zdrowotne: od uniwersalnych rozwiązań do zestawów specjalistycznych środków

Pomoc dla osób używających narkotyków w Europie dywersyfikuje się i często świadczona jest jako część zintegrowanego pakietu świadczeń. Można to zobaczyć zarówno w teorii, jak i w praktyce. Przykładowo, zmniejszanie szkód i interwencje lecznicze są coraz ściślej powiązane i często oferowane przez te same podmioty. Pomimo powszechnego zrozumienia dla wagi strategii ponownego włączenia do społeczeństwa, obszar ten jest ciągle słabo rozwinięty, a osoby używające narkotyków mają nadal poważne trudności ze znalezieniem pracy czy mieszkania oraz rozwijaniem zainteresowań niezwiązanych z narkotykami.

Mimo że w podejściu do osób używających narkotyków nastąpił w Europie postęp, jest on nierównomierny – zarówno pod względem treści, jak i zasięgu geograficznego. Największe pozytywne zmiany odnotowano w dziedzinie leczenia substytucyjnego – leczona populacja liczy obecnie w regionie 650 000 osób i ciągle rośnie. Jednakże zaledwie niewielki procent tej liczby dotyczy Europy Wschodniej, co oznacza, że istnieje potrzeba rozszerzenia zakresu tych usług w niektórych krajach. Doświadczenia wielu krajów pokazały, że do zwiększenia dostępu do tego rodzaju leczenia przyczynia się znacznie zaangażowanie w taką działalność lekarzy rodzinnych. Opcja opieki dzielonej ze specjalistycznymi ośrodkami nie tylko stanowi wsparcie dla lekarzy ogólnych, ale również zapewnia wysoki poziom takiej opieki.

Mimo, że w większości krajów teoretycznie można kontynuować lub rozpocząć leczenie substytucyjne w więzieniu, w praktyce jest to często trudne. Ze względu na liczbę osób używających narkotyków, przebywających w więzieniach w Europie, zachodzi pilna potrzeba rozszerzenia możliwości otrzymywania w nich wszystkich rodzajów leczenia i usług. Fakt ten uwzględniony jest w unijnym planie działań, ale w większości krajów pozostaje obecnie obszarem zaniedbanym.

W odniesieniu do narkotyków innych niż opioidy dostępność usług i zrozumienie istoty efektywnej opieki jest w Europie

znacznie mniejsze. Problemowi temu poświęca się jednakże coraz więcej uwagi, co skutkuje rosnącą liczbą europejskich projektów badawczych oraz programów pilotażowych zajmujących się potrzebami osób używających stymulantów i konopi indyjskich. Dodatkowo najnowsze odkrycia neurologii nie tylko zwiększyły nasze zrozumienie biologicznych mechanizmów uzależnień, ale także zaczynają umożliwiać wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań. Przykładem jest tu szczepionka kokainowa, badana obecnie na szeroką skalę w Europie. Wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań umożliwiają również nowe osiągnięcia technologii informatycznej, takie jak programy leczenia oparte na Internecie i wykorzystaniu wiadomości tekstowych.

Nowe dowody na to, że Europa wchodzi w okres spadku używania konopi indyjskich

Popularność używania konopi indyjskich gwałtownie wzrosła w latach 90. XX w., do tego stopnia, że obecnie blisko jedna czwarta wszystkich dorosłych Europejczyków zgłasza przynajmniej jednokrotne użycie tego narkotyku. Później

sytuacja zaczęła się stabilizować, a najnowsze dane silnie przemawiają za analizą przedstawioną w sprawozdaniu z zeszłego roku, dotyczącą ogólnego spadku używania tego narkotyku. Szczególne zainteresowanie budzą najnowsze wyniki Europejskiego projektu badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD), które dostarczają informacji na temat tendencji czasowych w używaniu narkotyków przez uczniów. Schematy obecne w tej grupie prawdopodobnie przenikną także do starszych grup wiekowych. Co ciekawe: tak jak w przeszłości w tendencji zwyżkowej w używaniu konopi indyjskich można było zauważyć różne schematy czasowe, schemat ten obecnie wydaje się powtarzać, ale na odwrót. Na przykład Zjednoczone Królestwo, które było jednym z pierwszych krajów odnotowujących wysoki wskaźnik używania tego narkotyku, jest także jednym z pierwszych państw, które informują o spadku w tym zakresie. Schemat ten jest obecnie widoczny w większości innych państw zachodnioeuropejskich. We wschodniej Europie w większości krajów wskaźniki używania do niedawna wciąż rosły. Jednakże nawet w tych państwach widoczne są oznaki stabilizacji w grupie ludzi młodych,

Krótkie zestawienie danych szacunkowych dotyczących używania narkotyków w Europie

Przedstawione tu dane szacunkowe odnoszą się do populacji dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) i oparte są na najnowszych dostępnych danych. Kompletne dane i informacje dotyczące metodologii znajdują się w towarzyszącym biuletynie statystycznym.

Konopie indyjskie

Przynajmniej jednokrotne użycie: co najmniej 74 mln (22% dorosłych Europejczyków).

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 22,5 mln dorosłych Europejczyków, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz.

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: około 12 mln Europejczyków.

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólna rozpiętość: od 0,4 do 14,6%.

Kokaina

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 13 mln osób (3,9% dorosłych Europejczyków).

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

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: około 1,5 mln osób.

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólna rozpiętość: od 0,0 do 3,1%.

Ecstasy

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 10 mln osób (3,1% dorosłych Europejczyków).

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 2,5 mln, czyli jedna czwarta osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz.

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: poniżej 1 mln osób.

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólna rozpiętość: od 0,1 do 3,5%.

Amfetaminy

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 12 mln osób (3,5% dorosłych Europejczyków).

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 2 mln, czyli jedna szóstą osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz.

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: poniżej 1 mln osób.

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
ogólna rozpiętość: od 0,0 do 1,3%.

Opioidy

Problemowe używanie opioidów: szacowane na od 1,2 do 1,5 mln Europejczyków.

Zgony spowodowane przez narkotyki stanowiły 4% wszystkich zgonów Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat, przy czym około trzy czwarte tych przypadków związanych było z opioidami.

W ponad 50% przypadków są głównym narkotykiem będącym przyczyną zgłaszania się na leczenie.

Około 650 tys. osób używających opioidów zostało poddanych leczeniu substytucyjnemu w 2007 r.

a jeśli powtarza się tu schemat widoczny w innych krajach, to można się spodziewać późniejszego spadku.

Ważne jest oczywiście zrozumienie czynników wpływających na popularność narkotyków takich jak konopie indyjskie. Należy jednakże zachować ostrożność przy wyciąganiu jakichkolwiek prostych wniosków o przyczynach. Polityka na szczeblu krajowym i UE mogła w pewnym stopniu wpłynąć na te tendencje, ale spadek używania jest widoczny również w USA i Australii, co sugeruje, że prawdopodobnie istotne są szersze czynniki społeczno-kulturowe. Na tle Europy wyróżnia się mała grupa krajów, głównie na północy lub południu Europy, w których od pewnego czasu wskaźnik używania konopi utrzymuje się na niskim i stabilnym poziomie. Zrozumienie czynników ochronnych działających w tych krajach również byłoby bardzo interesujące, ale i w tym wypadku analiza musi w pełni uwzględnić czynniki kulturowe, społeczne i historyczne, a także wpływ polityki antynarkotykowych i społecznych.

W przeciwieństwie do danych na temat ogólnych wskaźników używania, najnowsza analiza schematów problemowego używania konopi indyjskich w Europie jest bardziej zróżnicowana i mniej obiecująca. Problem w tym, że obecnie nie posiadamy dobrych metod pomiaru uzależnienia lub problemowego używania i – chociaż w tym zakresie czynione są pewne postępy – musimy polegać na bardziej pośrednich pomiarach. Po kilkuletnim okresie stałego wzrostu liczba nowych zgłoszeń na leczenie z powodu używania konopi indyjskich może się obecnie stabilizować. Nie wiadomo jednak, do jakiego stopnia odzwierciedla to schematy używania czy możliwości w zakresie usług leczenia. Obecnie najlepszy behawioralny wskaźnik problemowego używania konopi indyjskich otrzymuje się ekstrapolując szacunkowe dane na temat liczby osób używających tego narkotyku codziennie. Tendencje w codziennym używaniu są trudne do ocenienia, ale dostępne dane nie wskazują na żaden ogólny spadek. EMCDDA szacuje, że od 2 do 5% młodych osób dorosłych używa konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie, przy czym w przypadku młodych mężczyzn wskaźniki używania są wyższe. Osoby te stanowią dużą grupę ryzyka, co zwraca uwagę na konieczność lepszego zrozumienia potrzeb tej grupy w zakresie usług.

Heroina i kokaina: brak wyraźnych oznak zmniejszania się skali problemu

Praktycznie nic nie wskazuje na poprawę sytuacji w zakresie używania heroiny i kokainy – dwóch kluczowych substancji dla problemu narkotykowego w Europie. Problem przy stworzeniu jakiegokolwiek spójnego obrazu sytuacji

dodatkowo sprawiają trudności z zestawieniem danych pochodzących z różnych źródeł. Trudność ta jest szczególnie widoczna w przypadku kokainy, gdzie zanotowano spadek szacowanej produkcji, przejętych w Europie ilości narkotyku (według najnowszych danych), jak i czystości narkotyku na poziomie sprzedaży ulicznej w większości państw. W Zjednoczonym Królestwie, które jest dużym rynkiem kokainowym, zaobserwowano niedawno poważny spadek pod względem czystości narkotyku. Dane te sugerować mogą spadek dostępności kokainy, jednakże inne informacje podważają takie wnioski. Ilość przejętego narkotyku ciągle wzrasta, ceny spadają i pojawiają się sugestie o zmianach w trasach handlu w stronę Europy Wschodniej, co może wstrzymać skuteczność przejmowania narkotyku. Używanie kokainy dotyczy w Europie przede wszystkim krajów zachodnich, gdzie trend jest zasadniczo stabilny lub rosnący, istnieją jednakże dowody na stałe rozprzestrzenianie się narkotyku do innych krajów. Zwiększa się również zapotrzebowanie na leczenie związane z kokainą. Na podstawie dostępnych danych można wyciągnąć wniosek, że obecne poziomy spożycia pozostają wysokie i nie zmniejszają się na określonych obszarach, jak również, że rosną one ciągle w innych miejscach; istnieją jednakże dane wskazujące, że dostawcy mają trudności w sprostaniu popytowi na niektórych większych rynkach. Interesujące będzie obserwowanie, czy przyszłość przyniesie bardziej konkretne dowody zmniejszenia się dostępności narkotyku po ostatnich informacjach na temat spadków w światowej produkcji kokainy.

Heroina wciąż stanowi przyczynę największej zachorowalności i śmiertelności wiążącej się z używaniem narkotyków w Unii Europejskiej. Od drugiej połowy lat 90. XX w. obserwuje się ogólny spadek w poziomie używania narkotyków, jednakże w chwili obecnej obraz ten nie jest zbyt jasny, a niektóre obszary budzą poważne zaniepokojenie. Po spadkach na rynku od 2002 r. rośnie zapotrzebowanie na leczenie, przy czym znaczna liczba krajów odnotowuje obecnie zwiększenie liczby i proporcji potrzeb związanych z leczeniem w odniesieniu do opioidów. Dane na temat zgonów spowodowanych przez narkotyki, które to zgony wiążą się przede wszystkim z używaniem opioidów, również nie wskazują na powrót do tendencji spadkowej, obserwowanej do 2004 r. Wzrost odnotowano także w liczbie przestępstw związanych z narkotykami oraz zajęć narkotyków. Co niepokojące, kilka krajów odnotowało problemy heroinowe u młodych ludzi, co sugeruje, że narkotyk ten rozprzestrzenia się na nowe populacje. Generalnie rozczarowuje fakt, że nie utrzymała się tendencja spadkowa w odniesieniu do problemów związanych z heroiną. I mimo, że nie widać oznak powrotu do niegdyśjszej epidemii używania heroiny, problemy

zdrowotne i społeczne wynikające z używania tego narkotyku są poważne. Dane wskazujące, że sytuacja ta się pogarsza, szczególnie w sytuacji nasilającego się w Europie kryzysu gospodarczego, stanowią powód do poważnego zaniepokojenia.

Używanie wielu narkotyków oraz towarzyszący narkotikom problem alkoholowy – elementy charakteryzujące obecnie europejską problematykę narkotykową

Prewencja narkotykowa od dawna opiera się na założeniu, że problemami z używaniem substancji psychoaktywnych należy zajmować się całościowo, w kontekście stylu życia i świadomych wyborów. Z kolei zajmowanie się używaniem narkotyków oznacza zazwyczaj zajmowanie się konkretną substancją. Trudno nie dojść do wniosku, że takie jednowymiarowe podejście jest coraz bardziej nieprzydatne, jeśli chce się zrozumieć zmienny charakter schematów używania substancji psychoaktywnych w Europie. Osoby używające narkotyków praktycznie nigdy nie ograniczają się do jednej substancji. Dziś w Europie schematy używania wielu narkotyków to norma, a jednoczesne stosowanie połączeń różnych substancji wywołuje lub komplikuje problemy, z którymi się mierzymy. Powoduje to potrzebę stworzenia podejścia bardziej wszechstronnego, zintegrowanego i skierowanego na wiele substancji jednocześnie, co umożliwi lepsze zrozumienie sytuacji i pozwoli na podjęcie i ocenę odpowiednich działań. Odnosi się to również do rynku narkotyków. Działania mające zmniejszyć podaż jednego narkotyku są zupełnie bezwartościowe, jeśli otwierają po prostu możliwość używania substytutu, który może być jeszcze bardziej szkodliwy.

Do tegorocznego sprawozdania dołączono dokument na temat używania wielu narkotyków, który pokazuje wpływ takiego zachowania na różne grupy użytkowników. Wnioski są niepokojące. Wśród młodzieży używanie wielu substancji może zwiększyć ryzyko wystąpienia poważnych problemów i prowadzi często do powstania chronicznego uzależnienia od narkotyków w późniejszym okresie życia. W przypadku pozostałych dorosłych regularnie przyjmujących narkotyki używanie wielu jednocześnie wiąże się z ryzykiem przedawkowania, utrudnia leczenie i często jest powiązane z przemocą i łamaniem prawa. Zwiększa się również wybór narkotyków dostępnych użytkownikom w Europie. W niniejszym sprawozdaniu zwraca się uwagę na rosnącą ilość zasadniczo niekontrolowanych substancji, które trafiają na rynek konopi indyjskich, innowacje w produkcji narkotyków syntetycznych i coraz większą skalę nadużyć leków. Dodatkowo zwrócono uwagę, że istotnym czynnikiem w europejskiej problematyce substancji psychoaktywnych

jest równoczesne spożywanie alkoholu. Również i to zjawisko można zaobserwować w każdej grupie wiekowej. Ostatnie dane dotyczące dzieci w wieku szkolnym wskazują, że istnieją silne powiązania pomiędzy nadużywaniem alkoholu a używaniem narkotyków. Nadużywanie alkoholu występuje często jednocześnie z rekreacyjnym używaniem narkotyków, co zwiększa ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji w przypadku młodych ludzi. W populacjach osób regularnie używających narkotyków nadużywanie alkoholu jest zjawiskiem tak powszechnym, że często w ogóle się o nim nie wspomina, a potrzeba zajęcia się zagadnieniem dodatkowego uzależnienia od alkoholu staje się coraz istotniejsza dla ośrodków leczenia narkotykowego. Problemy z alkoholem mogą mieć szczególnie wpływ na osoby uzależnione od opioidów, ponieważ mogą mieć one już uszkodzoną wątrobę wskutek żółtaczki, co powoduje zwiększenie ryzyka przedawkowania.

Innowacje i dostępność prekursorów: czynniki mające rosnący wpływ na rynek narkotyków syntetycznych

EMCDDA obserwuje rosnącą złożoność i niestabilność dostępności i użycia narkotyków syntetycznych w Europie. Nielegalny rynek i jego dostawcy wykazują się wysokim poziomem innowacyjności procesów produkcji, nowych produktów i możliwości rynkowych, wykazują również umiejętność szybkiego adaptowania się do środków kontroli. Dodatkowym niepokojącym czynnikiem jest rosnący stopień zaawansowania możliwości wprowadzania na rynek „legalnych alternatyw” substancji nielegalnych.

Przykładem niestabilności rynku mogą być niedawne zmiany w dostępności ekstazy. Do 2007 r. większość tabletek ekstazy badanych w Europie zawierała 3,4-metylenodioksymetamfetaminę (MDMA) lub inną substancję podobną do ekstazy. Jednakże wstępne dane z systemu wczesnego ostrzegania z początku 2009 r. sugerują, że sytuacja ta prawdopodobnie ulega zmianie w kilku państwach członkowskich, między innymi w Danii i Niemczech. W niemal połowie tabletek badanych w tych krajach nie znaleziono MDMA ani jej odpowiedników. Tabletki zawierały raczej 1-(3-chlorofenyl) piperazynę (mCPP), samą lub w połączeniu z inną substancją psychoaktywną. Mimo że mCPP nie jest wymieniona w konwencjach ONZ, w kilku państwach członkowskich podlega ona kontrolom. Przyczyny takiej zmiany na rynku nie są całkowicie jasne, ale możliwym wyjaśnieniem są braki MDP2P (PMK), głównego prekursora MDMA. Nie można jeszcze stwierdzić, czy zmiana ta jest tymczasowa, czy też może wskazuje na bardziej znaczący trend na rynku ekstazy. Unijny system wczesnego ostrzegania monitoruje mCPP od 2005 r., zaś EMCDDA

i Europol pilnie śledzą zmiany w tym obszarze i przygotowują w 2010 r. sprawozdanie na temat sytuacji na tym rynku.

Zmiany na rynku ecstasy mogą wskazywać, że coraz skuteczniejsze są wysiłki mające na celu zapobieganie obchodzeniu prekursorów, a działania te mogą również mieć znaczący wpływ na dostępność i używanie innych substancji. Przykładowo, pewne oznaki wskazują, że w części Europy północnej amfetaminę zastępuje metamfetamina. Tutaj również znaczenie mają czynniki rynkowe i prekursorzy – miejsca produkcji metamfetaminy są obecnie prawdopodobnie zlokalizowane na Litwie, której położenie geograficzne umożliwia sprowadzanie prekursorów, w tym wypadku fenyloacetonu (BMK), spoza Unii Europejskiej. Sytuacja w państwach skandynawskich jest dodatkowym niepokojącym czynnikiem w kontekście możliwości rozprzestrzenienia się używania metamfetaminy poza Republiką Czeską. W Republice Czeskiej problemy z metamfetaminą występują od dawna, ale produkuje się ją tam zazwyczaj na niewielką skalę, do użytku osobistego lub miejscowego. Kilka państw Europy Środkowej również informuje obecnie o przypadkach używania metamfetaminy, zaś Europol podaje, że w innych częściach Europy doszło do wykrycia i zniszczenia kilku dużych miejsc produkcji tego narkotyku. Istnieją również dowody, że użycie metamfetaminy wzrasta szybko w krajach graniczących z Unią Europejską. Do tej pory narkotyk ten nie wszedł jeszcze znacząco w użycie na głównych rynkach w Europie Zachodniej, gdzie dominuje ciągle użycie kokainy i amfetaminy. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę stosunkowo łatwość produkcji metamfetaminy i znaczący negatywny jej wpływ na zdrowie publiczne, nie można pozwolić sobie na spokojną bezczynność. Tempo, w jakim problem może urosnąć, dobrze ilustruje Słowacja, która stanowi przedmiot niedawno przeprowadzonego badania przypadku – kraju, gdzie używanie metamfetaminy gwałtownie wzrosło.

Internet i marketing – czy „spice” to przedsmak tego, co ma nadejść?

Niewiele dziedzin współczesnego życia nie uległo przekształceniom na skutek postępu w technologiach informatycznych. Internet jest obecnie nie tylko nieograniczonym źródłem informacji, ale również głównym wirtualnym rynkiem wymiany dóbr i usług. Nie jest więc rzeczą zaskakującą, że ten środek przekazu ma obecnie wpływ na dziedzinę narkotyków. W tym roku EMCDDA rozpoczęło pierwszy przegląd internetowych metod leczenia. Wydaje się, że metody oparte na Internecie mają znaczny potencjał w przypadku niektórych form interwencji profilaktycznych, leczniczych i ograniczających szkody. Mniej pozytywnym faktem są trudności w uregulowaniu tego

wirtualnego i globalnego zjawiska oraz możliwości wykorzystania Internetu do promowania używania substancji psychoaktywnych. Do obaw związanych z internetowym obrotem alkoholem i lekami dochodzą obawy wywołane pojawieniem się szeregu tzw. legalnych alternatyw dla kontrolowanych substancji psychoaktywnych.

Obecnie EMCDDA regularnie monitoruje substancje psychoaktywne oferowane przez internetowe punkty sprzedaży detalicznej. Rynek ten rozrósł się w ciągu ostatnich kilku lat i obejmuje teraz duży wybór produktów pochodzenia roślinnego, zwłaszcza mieszanek ziołowych, a także produkty zawierające składniki syntetyczne. Nowe substancje pojawiające się na rynku internetowym mogą być bardzo różne – od narkotyków tradycyjnie stosowanych w pewnych częściach świata po eksperymentalne substancje chemiczne, syntezowane w laboratoriach i nietestowane na ludziach. Do innych innowacji należy rozwój odrębnych marek i stosowanie atrakcyjnych opakowań. Znaczącym tego przykładem są mieszanki ziołowe sprzedawane pod nazwą „spice”.

Wykryto wiele marek „spice”, przy czym miały one różne opakowania i różne składniki. Jednakże analiza sądowa na ogół nie była w stanie wykryć określonych na etykietach substancji pochodzenia roślinnego; w niektórych próbkach wykryto natomiast syntetyczne kannabinoidy, które dodano do mieszanek. Substancje te nie znajdowały się na liście składników, a więc były używane nieświadomie. Wykryte kannabinoidy to stosunkowo mało znane związki chemiczne – niektóre są niezwykle silne, a niewiele wiadomo na temat ich działania na ludzi.

Próba obejścia kontroli narkotyków poprzez sprzedaż nieuregulowanych substancji nie jest zjawiskiem nowym. Nowością jest szeroki zakres obecnie wykorzystywanych substancji, agresywny marketing celowo nieprawidłowo oznakowanych produktów, coraz większe wykorzystanie Internetu oraz szybkość reakcji rynku na środki kontrolne. „Spice” może również stanowić ostrzeżenie przed problemami, które nadejdą. Zdolność wysokiej klasy chemików, często znajdujących się poza jurysdykcją europejską, do taniego przeprowadzania syntezy organicznej, potencjalnie daje dostęp do znacznej liczby substancji psychoaktywnych, przez co może pojawić się cała nowa grupa chemiczna, składająca się z wielu analogów, trudnych do wykrycia i stwarzających znaczne utrudnienia w odniesieniu do polityk kontrolnych opartych na poszczególnych związkach chemicznych. Ponadto, ponieważ niektóre z tych substancji mogą mieć legalne zastosowanie lub być sprzedawane w rzekomo legalnym celu, mogą one podlegać zarówno przepisom dotyczącym kontroli narkotyków, jak i dotyczącym handlu.



Rozdział 1

Polityka i prawo

Wprowadzenie

W zeszłym roku opracowano dwa nowe europejskie i międzynarodowe dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej. W grudniu 2008 r. Unia Europejska przedstawiła nowy plan działania w zakresie narkotyków (2009–2012), a następnie, kilka miesięcy później, ONZ ogłosiła nową deklarację polityczną i plan przeciwdziałania światowemu problemowi narkotykowemu. W niniejszym rozdziale zawarto omówienie treści nowych dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej i roli organizacji reprezentujących społeczeństwo obywatelskie zaangażowanych w ich tworzenie.

Międzynarodowe debaty polityczne obejmowały dyskusje na temat handlu narkotykami. W niniejszym dokumencie przedstawiono najnowsze osiągnięcia w dziedzinie prawa dotyczące minimalnych kar za handel narkotykami w Europie. Kwestią kluczową dla debaty politycznej było ograniczanie szkód. Status prawny dwóch ważnych działań interwencyjnych w tym obszarze, tj. wymiana igieł i strzykawek oraz leczenie substytucyjne, także został omówiony w niniejszym rozdziale.

Pozostałymi zagadnieniami są: ostatnio przyjęte krajowe antynarkotykowe strategie i plany działania oraz ich ocena, a także nowe dane i tendencje w zakresie wydatków publicznych związanych z problemem narkotykowym oraz rozwój badań nad narkotykami w Europie.

Zmiany w polityce międzynarodowej i unijnej

Nowa deklaracja polityczna i plan działania ONZ

Nowa deklaracja polityczna i plan działania ONZ ⁽¹⁾ zostały przyjęte na posiedzeniu politycznym wysokiego szczebla w trakcie tegorocznej sesji Komisji ONZ ds. Środków Odurzających (CND). Był to rezultat trwających rok rozważań, podjętych w ramach przeglądu postępów poczynionych w okresie 10 lat w zakresie realizacji zadań i celów wytyczonych w 1998 r. w trakcie dwudziestej sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych (UNGASS), poświęconej światowemu problemowi narkotyków.

Unia Europejska wraz z państwami członkowskimi odegrały wiodącą rolę w przeglądzie UNGASS. Stanowisko Europy wobec polityki antynarkotykowej ONZ, która ma być wynikiem tego przeglądu, zostało wyrażone we wspólnym stanowisku sporządzonym przez Radę Unii Europejskiej. Dokument ten podkreśla znaczenie zdrowia publicznego jako najważniejszej zasady w międzynarodowym systemie kontroli narkotyków, a także potrzebę spójności w dziedzinie narkotyków pomiędzy ciałami ONZ w całym systemie (w tym INCD, UNODC, UNAIDS, WHO). Wzywa także do włączenia zbioru kluczowych elementów i priorytetów do nowej deklaracji politycznej ONZ. Wśród nich wymieniono

Światowy rynek nielegalnych narkotyków

W 2009 r. w Wiedniu podczas sesji Komisji ds. Środków Odurzających ⁽¹⁾ przedstawiono wyniki nowych badań finansowanych przez Komisję Europejską, dotyczących światowego rynku nielegalnych narkotyków. Wyniki te wykazują, że w latach 1998–2007 światowy problem narkotykowy nie uległ zmniejszeniu. W niektórych państwach nastąpił spadek, lecz w innych sytuacja pogorszyła się – czasami znacznie.

Wyniki tych badań wskazują na to, że rynki nielegalnych narkotyków nie są pionowo zintegrowane ani zdominowane przez głównych handlarzy lub kartele. Chociaż szacuje się, że wartość sprzedaży nielegalnych narkotyków przekracza 100 mld euro, ogromna większość osób zajmujących się handlem narkotykami osiąga umiarkowane dochody. Kilka osób zbiło ogromne fortuny, ale stanowią one jedynie małą część ogólnych dochodów.

Badania informują także o konwergencji krajowych polityk antynarkotykowych; coraz większy nacisk kładzie się na ograniczanie popytu, a ograniczanie szkód spotyka się z powszechniejszą aprobatą. Zaostrzono zasady polityki wobec sprzedawców i handlarzy.

W badaniu oceniono, że wprowadzenie zakazów dotyczących narkotyków spowodowało znaczne niezamierzone szkody, z których wiele można było przewidzieć (np. geograficzne przesunięcie produkcji i handlu).

⁽¹⁾ Komisja Europejska, „Report on global illicit drug markets, 2009” (sprawozdanie dostępne pod adresem: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

⁽¹⁾ Deklaracja polityczna i plan działania w zakresie współpracy międzynarodowej na rzecz zintegrowanej i zrównoważonej strategii zwalczania światowego problemu narkotykowego.

potrzebę szeroko zakrojonej, zintegrowanej i zrównoważonej polityki antynarkotykowej, przy czym większy nacisk położono na zmniejszanie popytu na narkotyki i ograniczanie szkód. UE zaleca, aby poszanowanie dla międzynarodowych konwencji praw człowieka, w tym prawa do ochrony zdrowia, stały się kluczowym elementem nowej polityki antynarkotykowej, a także by rozwój polityk antynarkotykowych oparty był na dowodach naukowych. Ponadto UE argumentuje, że aby zwalczać produkcję narkotyków, nie należy uzależniać wsparcia dla alternatywnego rozwoju od zmniejszenia ilości nielegalnych upraw.

Nowy dokument ONZ ma treść podobną do oryginalnej deklaracji i planów działania UNGASS, przyjętych w 1998 r. Zawiera on wiele elementów zaproponowanych przez Unię Europejską, które można znaleźć w planie działania. W planie tym analizowane są problemy obecnej polityki antynarkotykowej i wymienione działania, do wdrożenia których w ciągu następnych 10 lat zobowiązały się państwa członkowskie ONZ. Wśród kluczowych działań i celów w kierunku ograniczania popytu na narkotyki znajdują się: lepsze poszanowanie praw człowieka, zwiększenie dostępności usług i lepsze kierowanie działań do grup podatnych na zagrożenia. Wezwano także do lepszego zrównoważenia polityk antynarkotykowych, nacisku na zmniejszenie popytu na narkotyki oraz wdrożenia interwencji opartych na dowodach, jak również mechanizmów monitorowania i gwarancji jakości. Jednakże dokument ONZ nie uznaje jednoznacznie znaczenia ograniczania szkód, chociaż podejście to jest w Europie realizowane pod nadzorem naukowym.

Plan działania UE w zakresie narkotyków

We wrześniu 2008 r. Komisja Europejska opublikowała ostateczną ocenę planu działania w zakresie narkotyków na lata 2005–2008 ⁽²⁾. W dokumencie oceniono wdrożenie działań i realizację zadań określonych w tym planie. Zbadano także wpływ planu działania na krajowe polityki antynarkotykowe państw członkowskich UE i rozważono aktualne tendencje w europejskiej sytuacji narkotykowej.

W ocenie zauważono, że choć nie wszystkie działania zostały w pełni wprowadzone i nie każdy cel osiągnięty, postęp poczyniono niemal we wszystkich obszarach planu działania. Ponadto fakt, że większość dokumentów dotyczących krajowych polityk antynarkotykowych zawiera cele, które są odzwierciedleniem celów zapisanych w planie działania UE, jest dowodem na wzrost konwergencji pomiędzy państwami europejskimi

w obszarze polityki antynarkotykowej. Zaobserwowano także względną stabilizację europejskiej sytuacji

Plan działania UE w zakresie narkotyków (lata 2009–2012): nowe elementy

W nowym planie działania UE w zakresie narkotyków dodatkową uwagę poświęcono udziałowi społeczeństwa obywatelskiego w polityce antynarkotykowej. Poprzez utworzenie „Europejskiej kampanii w sprawie narkotyków” plan działania ma na celu zachęcenie europejskiego społeczeństwa obywatelskiego do udziału w debacie i działaniach związanych z problemami narkotykowymi. Plan działania wzywa również państwa członkowskie do współdziałania ze społeczeństwem obywatelskim na wszystkich stosownych szczeblach polityki antynarkotykowej.

Skupienie się na jakości interwencji w obszarach profilaktyki, leczenia, ograniczania szkód i rehabilitacji wzmacniane jest poprzez działania wymagające opracowania i wymiany wytycznych, dobrych praktyk i norm jakości, a także stworzenia minimalnych standardów UE w zakresie jakości lub poziomów odniesienia w tych obszarach. Więzienia również zasługują na dodatkową uwagę, jeśli chodzi o ograniczanie popytu na narkotyki, a kraje członkowskie wzywane są do: zapewnienia osobom zażywającym narkotyki w więzieniu usług opieki zdrowotnej odpowiadających istniejącym poza więzieniem, wdrażania opieki po zwolnieniu z więzienia oraz ogólnej poprawy monitorowania problemów związanych z narkotykami i usług leczenia odwykowego w tym otoczeniu.

Większość działań związanych z ograniczaniem podaży ma na celu poprawę współpracy organów ścigania i sądownictwa między państwami członkowskimi, często z wykorzystaniem organów, projektów i narzędzi UE. Zmniejszenie handlu prekursorami narkotyków wewnątrz Europy i przez jej terytorium jest przedmiotem siedmiu różnych działań o szerokim zakresie operacyjnym.

W dziedzinie współpracy międzynarodowej kładzie się większy nacisk na rozwój rozwiązań alternatywnych, przy czym istnieją trzy działania wymagające intensywniejszego wsparcia finansowego i politycznego takich programów. W odniesieniu do zewnętrznych umów i programów zabiega się również o lepsze odzwierciedlenie zrównoważonego podejścia do zmniejszania popytu i podaży.

Nowe działania w zakresie informacji, badań naukowych i oceny wymaga opracowania kluczowych wskaźników i strategii gromadzenia danych o przestępstwach związanych z narkotykami, nielegalnych upraw, rynków narkotyków i interwencji zmniejszających podaż. Kładzie się również większy nacisk na wzmacnianie badań naukowych na temat narkotyków i tworzenie oceny polityki antynarkotykowej, zarówno na poziomie krajowym, jak i unijnym.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

narkotykowej w ostatnich latach, jednak wpływu planu działania UE na tę tendencję nie można określić.

Ogólnie rzecz biorąc, pomijając niektóre niedociągnięcia operacyjne, uznano, że plan działania UE w zakresie narkotyków stanowił wartość dodaną w trzech różnych obszarach: w zakresie zobowiązania państw członkowskich i instytucji UE do osiągnięcia wspólnych celów; przedstawienia ram koordynacji i opracowania spójnego podejścia do problematyki narkotykowej; a także jako model polityki na szczeblu międzynarodowym.

W końcowej ocenie planu działania w zakresie narkotyków poinformowano o tworzeniu następnego takiego dokumentu, planu działania w zakresie narkotyków UE (2009–2012), który został zaakceptowany przez Radę Europejską w grudniu 2008 r. ⁽³⁾. Ten plan działania w zakresie narkotyków, piąty w kolejności od 1990 r., jest drugim opartym na obecnej strategii UE w zakresie narkotyków (2005–2012). Jego zasadniczym celem jest znaczące zmniejszenie rozpowszechnienia zażywania narkotyków przez ludność oraz ograniczenie społecznych i zdrowotnych szkód spowodowanych zażywaniem i handlem nielegalnymi narkotykami.

Nowy plan działania UE określa pięć kluczowych priorytetów, które odzwierciedlają obszary jego działania: poprawa w zakresie koordynacji, współpracy i poszerzania wiedzy społeczeństwa, zmniejszenie popytu na narkotyki; ograniczenie podaży; poprawa współpracy międzynarodowej; a także poprawienie zrozumienia problemu. Nowy plan jest w stosunku do poprzedniego bardziej skupiony na określonych zagadnieniach, przy czym obejmuje on około dwa razy mniejszą liczbę celów (24), a także mniej działań (72). Zawiera on także cele i działania, których nie ujęto w poprzednim planie ⁽⁴⁾. W 2012 r. zewnętrzny niezależny ekspert przeprowadzi końcową ocenę obecnego planu działania i strategii, a później nastąpi okres podsumowań w celu przygotowania kolejnych dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej UE.

Spółeczeństwo obywatelskie i tworzenie polityki antynarkotykowej

Udział organizacji pozarządowych we wstępnych dyskusjach na temat nowych dokumentów polityki antynarkotykowej UE i ONZ stanowi ważny krok we włączaniu społeczeństwa obywatelskiego do tego obszaru polityki. W maju 2008 r. na Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. Narkotyków przy Komisji Europejskiej debatowano nad pierwszymi wnioskami z oceny planu

działania UE w zakresie narkotyków (na lata 2005–2008) oraz omawiano potrzeby i możliwą treść kolejnego planu działania (Komisja Europejska, 2008a). Obecnie na forum 26 organizacji pozarządowych zaproponowało, żeby zasady zdrowia publicznego i praw człowieka stały się osią polityki antynarkotykowej UE. Organizacje te podkreśliły także konieczność zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji. Wezwały również do zwrócenia większej uwagi na: grupy zagrożone, zażywanie więcej niż jednego narkotyku, zagadnienia zdrowia psychicznego, sytuację w więzieniach i zapobieganie zgonom związanym z narkotykami. Wśród priorytetów działań określonych przez forum znajdują się: lepsza koordynacja działań między rządami a społeczeństwem obywatelskim, opracowanie norm jakości w ograniczaniu popytu na narkotyki, udoskonalenie mechanizmów gromadzenia danych oraz wsparcie dla alternatywnego rozwoju w krajach trzecich.

Wkład organizacji pozarządowych w postępowanie w osiąganiu celów określonych podczas UNGASS w 1998 r. został poddany ocenie przez Wiedeński Komitet NGO ds. Narkotyków, przy finansowym wsparciu ze strony Komisji Europejskiej i niektórych państw członkowskich UE. Proces kształtowania sprawozdania „Poza rok 2008” oparty był na dziewięciu regionalnych konsultacjach, których podsumowaniem było forum w lipcu 2008 r. w Wiedniu. W końcowej deklaracji i trzy rezolucjach przyjętych na forum zwrócono uwagę na wiele działań organizacji pozarządowych i ich rosnącą rolę w polityce antynarkotykowej ⁽⁵⁾. Organizacje pozarządowe wezwały rządy i organizacje międzynarodowe do regularnego konsultowania się z nimi i udzielenia większego wsparcia. Pośród tych licznych i różnorodnych apeli pod adresem państw członkowskich i organizacji międzynarodowych wyróżnić można kilka tematów, w tym: rozległa i zrównoważona polityka antynarkotykowa oparta na prawach człowieka, zdrowiu publicznym i dowodach naukowych; zwiększenie możliwości w zakresie nadzoru i oceny; rozwój i rozpowszechnienie najlepszych praktyk oraz w szczególności wytycznych ONZ dotyczących skutecznego leczenia; dostępność i właściwe stosowanie środków odurzających jako leków przeciwbólowych; alternatywne kary i rozporządzenia dotyczące przestępstw związanych z narkotykami; a także poszanowanie praw człowieka w przypadku więźniów, którzy są uzależnieni od narkotyków lub przebywają w areszcie w związku z przestępstwami związanymi z narkotykami.

⁽³⁾ Dz.U. C 326 z 20.12.2008, str. 7.

⁽⁴⁾ Zob. „Plan działania UE w zakresie narkotyków (lata 2009-2012): nowe elementy”, str. 19.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

Krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania

Nowe osiągnięcia

Strategie antynarkotykowe i plany działania są obecnie istotnymi instrumentami krajowych polityk antynarkotykowych w Europie. Wszystkie 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA, z wyjątkiem jednego, przyjęły takie dokumenty i je okresowo uzupełniają.

W 2008 r. nowe dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej ⁽⁶⁾ zostały przyjęte przez Grecję, Francję oraz Zjednoczone Królestwo. Grecja przyjęła plan działania (na lata 2008–2012), aby uzupełnić już istniejącą strategię antynarkotykową. Wśród celów nowego planu znajduje się lepszy dostęp do leczenia uzależnienia od narkotyków. Nowy francuski plan działania (na lata 2008–2011) obejmuje nielegalne narkotyki, alkohol i wyroby tytoniowe. Kluczowym priorytetem tego planu jest odwołanie młodych ludzi od rozpoczynania zażywania narkotyków poprzez podkreślenie zakazu zażywania narkotyków i informowanie młodzieży oraz rodziców o zagrożeniach związanych z narkotykami. Nowa strategia antynarkotykowa (na lata 2008–2018) oraz związany z nią plan działania (na lata 2008–2011), przyjęte przez Zjednoczone Królestwo, mają na celu ograniczenie podaży nielegalnych narkotyków i popytu na nie, poświęcając jednocześnie szczególną uwagę ochronie rodzin i wzmocnieniu społeczności.

Dziesięć kolejnych państw członkowskich UE posiadało dokumenty dotyczące krajowej polityki antynarkotykowej, które wygasły w 2008 r. Hiszpania przyjęła nową strategię antynarkotykową w lutym 2009 r. W pierwszej połowie 2009 r. także osiem innych państw (Bułgaria, Irlandia, Włochy, Litwa, Cypr, Portugalia, Rumunia, Słowacja) było w trakcie finalizowania i przyjmowania nowych strategii antynarkotykowych i planów działania. Łotwa przedłużyła swój program na lata 2005–2008, przyjmując jednoroczny program działania. W Niderlandach także planowane jest w 2009 r. zastąpienie białej księgi na temat polityki antynarkotykowej z 1995 r. kolejnym dokumentem. W kilku innych krajach z końcem roku wygaśnie przynajmniej jeden z obowiązujących dokumentów (Republika Czeska, Luksemburg, Węgry, Słowenia, Chorwacja, Turcja).

Ocena

Okolo dwóch trzecich krajów europejskich zgłosiło prace nad ciągłym lub corocznym przeglądem wdrażania działań określonych w dokumentach dotyczących krajowych polityk antynarkotykowych. W większości przypadków

sprawozdania z postępu prac oparte są na danych zebranych przez usługodawców oraz ministerstwa zaangażowane w politykę antynarkotykową, a następnie przedkładane rządowi lub parlamentowi. Tym samym większość krajów rozpoczęła już wdrażanie działania 70. w ramach planu działań UE w zakresie narkotyków (na lata 2009–2012), które wzywa państwa członkowskie UE do regularnej lub ciągłej oceny i dopracowania ich krajowych polityk antynarkotykowych.

Podobne oceny mogą zostać sporządzone w odniesieniu do końcowej oceny krajowych strategii narkotykowych i planów działania, przy czym ponad 20 krajów zgłasza przygotowywanie lub gotowość takich podsumowań. W niektórych przypadkach raport końcowy jest podsumowaniem rocznych przeglądów dotyczących wdrażania, w innych jest to próba głębszej analizy procesu wdrażania, skuteczności polityki lub jej skutków. Spośród krajów, które stosują bardziej wyczerpujące podejście do oceny, dwa (Luksemburg i Cypr) postanowiły współpracować z niezależnymi ekspertami spoza kraju.

Oceny polityki antynarkotykowej napotykają znaczne trudności w próbach powiązania rezultatów strategii antynarkotykowych lub planów działania ze zmianami w sytuacji narkotykowej. Trudności te obejmują m.in.: problemy z oceną oddziaływania dużych zbiorów działań, a także ograniczone zrozumienie wpływu kluczowych elementów kontekstowych, takich jak rynki narkotykowe lub tendencje w zażywaniu narkotyków i stylów życia wśród młodych ludzi. Niemniej jednak niektóre państwa europejskie podejmują próby ustalenia powiązań pomiędzy strategiami antynarkotykowymi lub planami działania, a wskaźnikami dotyczącymi sytuacji narkotykowej. Powinno to w przyszłości stanowić częstszą praktykę, ponieważ plan działania UE w zakresie narkotyków (na lata 2009–2012) wymaga opracowania instrumentów mierzących skuteczność i oddziaływanie polityk antynarkotykowych. EMCDDA również opracowuje wytyczne, które mają pomóc państwom członkowskim w ocenie i interpretacji rezultatów wdrażania dokumentów z zakresu polityki antynarkotykowej.

Wydatki publiczne

Szczegółowe, wiarygodne informacje na temat wydatków publicznych związanych z narkotykami są potrzebne osobom odpowiedzialnym za wyznaczanie kierunków polityki w tej dziedzinie do oceny faktycznego przydziału zasobów w tym obszarze, a także relacji kosztów i korzyści związanych z polityką antynarkotykową. Z tego względu oszacowanie w kategoriach gospodarczych

⁽⁶⁾ Termin „krajowy dokument w sprawie polityki antynarkotykowej” oznacza dowolny oficjalny dokument zatwierdzony przez rząd, w którym określa się ogólne zasady i specjalne działania lub cele w dziedzinie narkotyków i który jest oficjalnie przedstawiony jako strategia, plan działania, program lub inny dokument polityczny dotyczący narkotyków.

zasobów uruchomionych przez państwo w reakcji na problem zażywania nielegalnych narkotyków jest zasadniczym krokiem w kierunku zrozumienia szerszego wpływu zażywania narkotyków.

Szacowanie wydatków publicznych opiera się na budżetach rządowych i dokumentacji księgowej. Jednak oszacowanie całkowitych wydatków ponoszonych w związku z wdrażaniem krajowej polityki antynarkotykowej jest trudne, ponieważ wiąże się ze zgromadzeniem danych dotyczących działalności na różnych szczeblach administracji (np. lokalnym, regionalnym, krajowym), które mogą być finansowane w ramach różnych pozycji budżetowych i często nie są określone jako bezpośrednio związane z narkotykami.

Łączne wydatki publiczne związane z działaniami antynarkotykowymi w Europie w 2005 r. oszacowano na 34 mld euro (EMCDA, 2008a). Ze względu na zbyt małą ilość otrzymanych danych przedstawienie aktualnych szacunków jest niemożliwe. Na trudności w gromadzeniu informacji w tym obszarze wskazuje fakt, że spośród 23 krajów zgłaszających dane za 2007 r. tylko Republika Czeska była w stanie przedstawić podział wydatków na wszystkich szczeblach administracji rządowej. Większość krajów była w stanie przekazać dane o wydatkach w administracji centralnej, a siedem zgłosiło również wydatki poniesione przez regionalne i lokalne szczeble administracji (Belgia, Dania, Estonia, Austria, Finlandia, Chorwacja) lub przez fundusze opieki społecznej (Niemcy).

Wydatki przypisane bezpośrednio i pośrednio

Wydatki bezpośrednio przypisane są to planowane wydatki publiczne związane z problemem narkotykowym i ponoszone przez rząd danego państwa. Odzwierciedlają one dobrowolne zaangażowanie państwa w zakresie narkotyków i mogą być prześledzone w szczegółowej analizie budżetów publicznych. Spośród 23 krajów, które przedstawiły dane za 2007 r., 16 zgłosiło jedynie wydatki bezpośrednio przypisane. W wielu przypadkach (np. Estonii, Francji, Polski, Rumunii) większość przedstawionych wydatków bezpośrednio przypisanych poniesiono w związku z wdrożeniem dokumentów dotyczących krajowej polityki antynarkotykowej.

Nie wszystkie wydatki związane z problemem narkotykowym zostały określone jako takie w budżetach krajowych. W większości krajów wydatki w ramach pewnych działań antynarkotykowych są ujęte w innych programach i interwencjach (np. budżecie ogólnym na działalność policji lub interwencjach dotyczących zarówno

legalnych, jak i nielegalnych substancji). W tych przypadkach „wydatki przypisane pośrednio” muszą zostać oszacowane metodą modelowania kosztów. Wyniki wcześniejszych badań pokazują, że w większości przypadków wydatki przypisane pośrednio stanowią większą część krajowych wydatków na problem narkotykowy.

Wydatki publiczne związane z narkotykami mogą zostać podzielone ze względu na klasyfikację funkcji władz rządowych i samorządowych (COFOG) (EMCDA, 2008e). Trzy kraje przedłożyły wydatki przypisane bezpośrednio, sklasyfikowane jako pierwszy poziom COFOG (Luksemburg, Finlandia, Zjednoczone Królestwo – wyłącznie dla Anglii), przy czym tylko Zjednoczone Królestwo podało dane liczbowe dotyczące „ogólnych usług publicznych”, „edukacji” oraz „ochrony socjalnej” (7). W tych trzech krajach największy odsetek całkowitych wydatków przeznaczono na kategorię „zdrowie”, a następnie na „porządek i bezpieczeństwo publiczne” (tabela 1). Natomiast w przypadku krajów, które przedstawiły dane COFOG dotyczące wydatków przypisanych pośrednio, największą kwotę przeznaczono na „porządek i bezpieczeństwo publiczne”, a na „zdrowie” – drugą co do wielkości. Jest to zgodne z wynikami poprzednich sprawozdań (zob. EMCDA, 2008e), które wskazują na to, że chociaż większa część wydatków przypisanych bezpośrednio może zostać przeznaczona na interwencje w kategorii „zdrowie”, to działania z zakresu „porządek i bezpieczeństwo publiczne” otrzymują przeważającą część wydatków publicznych na działania antynarkotykowe.

Tendencje

W przypadku większości krajów, dla których dostępne są spójne dane, wydatki przypisane bezpośrednio – według stałych cen – w 2007 r. wzrosły w stosunku do 2005 r. Wzrost wyniósł od 14 do 23% (Republika Czeska, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Chorwacja), a nawet do 72% (Cypr, Finlandia). W Zjednoczonym Królestwie wydatki przypisane bezpośrednio pozostały w tym okresie na stałym poziomie.

Przepisy krajowe

Zrównoważone podejście Unii Europejskiej do polityki antynarkotykowej przykładą jednakową wagę do zmniejszenia zarówno popytu, jak i podaży narkotyków. Badania przepisów krajowych przyjętych w ciągu ostatnich 10 lat wykazały, że państwa członkowskie UE aktywnie tworzyły prawodawstwo zgodnie ze swoimi zobowiązaniami politycznymi. Kraje ustalały ramy prawne

(7) Klasyfikacja COFOG składa się z trzech poziomów. Na pierwszym poziomie wydatki rządowe podzielone są na 10 funkcji.

Tabela 1: Wydatki publiczne bezpośrednio lub pośrednio przypisane narkomanii w 2007 r. w państwach członkowskich UE stosujących sprawozdawczość wg COFOG (klasyfikacja funkcji władz rządowych i samorządowych)

Kategoria COFOG	Luksemburg mln EUR (w %)		Finlandia ⁽¹⁾ mln EUR (w %)		Zjednoczone Królestwo mln EUR (w %)
	bezpośrednio przypisane	pośrednio przypisane ⁽²⁾	bezpośrednio przypisane	pośrednio przypisane	bezpośrednio przypisane
Ogólne usługi publiczne	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Porządek i bezpieczeństwo publiczne	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Zdrowie	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Szkolnictwo	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Ochrona socjalna	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Dane z 2006 r.
⁽²⁾ Szczegółowe informacje na temat procedur modelowania zastosowanych w celu otrzymania szacunkowych wartości wydatków pośrednio przypisanych udzielone przez Luksemburg.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2008).

dla konkretnych działań mających za cel ograniczanie szkód, zwiększając jednocześnie kary za handel narkotykami. W połowie tego okresu dwa instrumenty UE przyspieszyły te procesy. W 2003 r. Rada Unii Europejskiej wydała zalecenie w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków. Zalecenie to wzywało do przyjęcia pewnych działań, w tym zapewnienia właściwego leczenia substytucyjnego oraz dostępu do rozprowadzania i wymiany środków do iniekcji ⁽⁸⁾. Drugim instrumentem jest decyzja ramowa Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r., która wzywała do surowszego karania za handel nielegalnymi narkotykami. W tym rozdziale opisane zostaną tendencje występujące w ciągu ostatnich dziesięciu lat w kwestii regulacji działań ograniczających szkody oraz kar wobec handlarzy narkotykami. Wykazane zostanie, że działalność w tych dziedzinach na szczeblu krajowym jest odzwierciedleniem porozumień na szczeblu UE, choć niektóre państwa skorzystały z ich prawa do wykroczenia poza minimalne normy wyznaczone przez owe porozumienia.

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów

Od 1998 r. 18 krajów zgłosiło około 45 dokumentów prawnych dotyczących ustanowienia lub zmiany ram prawnych dla programów leczenia substytucyjnego. Niektóre z tych dokumentów poświęcono ustanowieniu lub szczegółowej regulacji programów w: Irlandii (1998), Polsce (1999), Niemczech (2000), Republice Czeskiej

i Portugalii (2001), Grecji i Luksemburgu (2002), w Belgii i we Francji (2004), na Łotwie (2005), w Austrii oraz na Litwie (2007).

Chociaż przyjęte przez kraje europejskie przepisy i regulacje objęły wiele różnych aspektów substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów, do 2004 r. odnotowano w nich tendencję do definiowania substancji dozwolonych. W tym okresie około jedna czwarta dokumentów dopuszczała lub regulowała użycie substancji takich jak metadon i buprenorfina, natomiast jedna trzecia dokumentów zgłoszonych od 2002 r. definiowała lub ułatwiała dostęp do programów. Możliwość przepisywania substancji wykorzystywanych do leczenia substytucyjnego z powodu opiatów jest czasami ograniczona prawnie do lekarzy w ośrodkach leczniczych, chociaż przepisywanie przez pozostałych lekarzy jest także często dozwolone ⁽⁹⁾. Ustawodawstwo wskazuje na ogół placówki uprawnione do wydawania leków; zwykle są to apteki lub ośrodki lecznicze, choć w niektórych państwach mogą je wydawać także lekarze.

Programy wymiany igieł i strzykawek

Programy wymiany igieł i strzykawek mogą działać na szczeblu lokalnym, regionalnym lub krajowym, czasem w oparciu o specjalne krajowe ramy prawne zezwalające na prowadzenie działalności, ale najczęściej bez nich. Przepisy zgłoszone w Europie we wczesnych latach ostatniej dekady miały na celu przede wszystkim zapewnienie podstawy prawnej dla tych interwencji

⁽⁸⁾ Zalecenie Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. (Dz.U. L 165 z 3.7.2003, s. 31).

⁽⁹⁾ Zob. wykres 11, str. 85.

(Słowenia w 1999 r., Polska w 2001 r., Finlandia w 2003 r.) oraz zdefiniowanie lub ułatwienie dostępu do programu wymiany igieł i strzykawek (Belgia i Francja w 1998 r., Finlandia w 2003 r.). Tematyka przepisów szybko skoncentrowała się na regulacji tych programów. Belgia (2000), Portugalia (2001) i Luksemburg (2003) przyjęły specjalne szczegółowe przepisy lub rozporządzenia regulujące kto może wprowadzać takie programy oraz czy dozwolone jest stosowanie automatycznych dystrybutorów. W Portugalii te ramy prawne rozszerzono w 2007 r., aby wprowadzić programy wymiany igieł i strzykawek w więzieniach.

Niektóre kraje przyjęły przepisy dotyczące obaw co do możliwej sprzeczności programów wymiany igieł i strzykawek z przepisami mającymi na celu karanie „ułatwiania” lub „zachęcania” do zażywania narkotyków. W Belgii i Niemczech kwestię tę ujęto w klauzuli prawnej, która wyraźnie wyłącza pewne programy spod takich zarzutów, jednak mogą zostać wprowadzone ograniczenia co do liczby wydawanych strzykawek. W kilku krajach policja otrzymała wytyczne dotyczące stosownych praktyk organów ścigania w pobliżu placówek wydawania igieł i strzykawek. Policyjne konfiskaty sterylnych igieł i strzykawek są na ogół rzadkie w Unii Europejskiej.

Kary za handel narkotykami

W ciągu ostatnich dziesięciu lat państwa członkowskie UE pojedynczo i wspólnie wskazywały, że przestępstwa związane z handlem narkotykami powinny być karane surowiej, nawet jeżeli same przestępstwa są różnie definiowane w prawie blisko 30 krajach. Przestępstwa dotyczące „handlu” mogą obejmować: produkcję lub uprawę, import i eksport, transport, oferowanie, sprzedaż lub posiadanie z zamiarem rozprowadzania lub dostarczania, a także pojęcie działania „w celu osiągnięcia zysku” lub „na zasadzie komercyjnej”.

W latach 1999–2004 sześć krajów przyjęło przepisy zwiększające kary za pewne przestępstwa związane z handlem narkotykami. W 1999 r. Irlandia stworzyła nową kategorię przestępstwa posiadania dużej ilości narkotyków (o wartości przekraczającej 12,7 tys. euro) z domniemanym zamiarem dostarczania, za które grozi kara minimum dziesięciu lat więzienia. W 2000 r. Zjednoczone Królestwo wprowadziło minimalną karę siedmiu lat więzienia w przypadku trzeciego wyroku skazującego za handel narkotykami klasy A, a w 2001 r. Grecja zaostriżyła ustawodawstwo dotyczące kar dla handlarzy narkotyków, ograniczając ich prawa do zwolnienia warunkowego. Zmiany wprowadzone

w 2002 i 2004 r. w estońskim kodeksie karnym zwiększyły minimalne kary dla handlarzy niewielkimi ilościami – z 3 do 5 lat, a dla handlarzy dużymi ilościami – z 5 do 10 lat. W Danii kary za handel zwiększono z 6 do 10 lat, a w przypadku handlu dużymi ilościami szczególnie niebezpiecznych substancji – z 10 do 16 lat. Również w 2004 r. Litwa zwiększyła kary za podstawowe przestępstwa związane z handlem narkotykami z maksymalnie 2 lat do przedziału od 2 do 8 lat, a za duże ilości z przedziału od 2 do 8 lat na 8 do 10 lat.

W październiku 2004 r. decyzja ramowa Rady 2004/757/WSiSW ustaliła minimum w kwestii przepisów dotyczących czynów przestępczych i kar za handel narkotykami. Od tego czasu kolejne cztery kraje przyjęły przepisy dostosowujące kary za podstawowe przestępstwa związane z handlem narkotykami do tej decyzji. W 2006 r. Niderlandy zwiększyły maksymalną karę za handel dużymi ilościami narkotyków z 4 do 6 lat, natomiast Polska zwiększyła kary za posiadanie dużych ilości i dostarczanie narkotyków nieletnim z maksimum 5 do 8 lat, ustalając także minimalny okres kary na 6 miesięcy. Na Słowacji podstawowa kara za handel narkotykami została zwiększona z przedziału od 2 do 8 lat na 4 do 10 lat, przy czym maksymalna kara za duże ilości wzrosła z 10 do 15, a nawet do 20 lat. W Austrii maksymalna kara za dostarczanie substancji odurzających lub uprawę niektórych roślin o właściwościach odurzających została w 2007 r. zwiększona z 6 do 12 miesięcy więzienia. Kary za poważniejsze przestępstwa nie uległy zmianie, chociaż zmieniono definicję dużej ilości – z 25- do 15-krotności ilości progowej.

Europejska baza aktów prawnych na temat narkotyków

Europejska baza aktów prawnych na temat narkotyków (ELDD) to internetowa baza danych EMCDDA gromadząca informacje o prawodawstwie związanym z narkotykami w państwach członkowskich oraz Norwegii. ELDD dostarcza tekstów prawnych w ich oryginalnych formatach, profile praw antynarkotykowych w każdym kraju i szczegółowe sprawozdania na konkretne tematy. Zapewnia również – w przeglądach tematycznych – streszczenia pozycji prawnych dotyczących wybranych tematów, w tym handlu nielegalnymi narkotykami, leczenia substytucyjnego oraz programów wymiany igieł i strzykawek (1).

(1) Przeglądy tematyczne ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>.

Badania naukowe związane z narkotykami

Prowadzone w każdym europejskim kraju badania naukowe nad narkotykami zostały zgłoszone w „Wybranych zagadnieniach” opublikowanych przez EMCDDA w 2008 r. ⁽¹⁰⁾. W tym roku analizowane są odniesienia do krajowych badań naukowych w ostatnich sprawozdaniach sieci Reitox, aby umożliwić wgląd w badania przeprowadzone w krajach europejskich. W niniejszym rozdziale omówiono także dokument na temat badań naukowych dotyczących narkotyków w UE, który w tym roku opublikowała Komisja Europejska.

Projekty badawcze w krajach członkowskich

Kraje europejskie zgłosiły ponad 350 projektów badawczych zrealizowanych lub opublikowanych w latach 2007–2008 w ostatnich sprawozdaniach krajowych sieci Reitox. Zjednoczone Królestwo przedstawiło największą liczbę projektów badawczych – ponad 80. W następnej kolejności były Niemcy i Niderlandy – ponad 30 projektów, a następnie Republika Czeska, Irlandia i Finlandia – ponad 20.

Badania dotyczące sytuacji narkotykowej stanowią obecnie ponad jedną trzecią wszystkich prowadzonych badań, przy czym kolejna trzecia część skupia się na rozpowszechnieniu, częstości i schematach zażywania narkotyków. Jedna piąta badań dotyczy skutków zażywania narkotyków. Znacznie mniej uwagi poświęca się w badaniach następującym zagadnieniom: czynnikom warunkującym, czynnikom ryzyka i czynnikom chroniącym, mechanizmom i działaniu narkotyków, a także kwestiom metodologicznym.

Wyniki tej analizy, chociaż ograniczone pod względem zakresu, stanowią wsparcie dla zawartego w nowym planie działania UE wezwania do zwiększenia wysiłków

badawczych w tych priorytetowych obszarach, które nie są należycie reprezentowane, a w szczególności podaży narkotyków.

Analiza badań naukowych związanych z narkotykami w Unii Europejskiej

Jak wynika z badania przeprowadzonego dla Komisji Europejskiej pt. „Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union” [Analiza porównawcza badań na temat nielegalnych narkotyków w Unii Europejskiej], podaż narkotyków również znajduje się wśród zagadnień niewystarczająco obecnych w aktualnych badaniach naukowych. W raporcie odnotowano także inne zagadnienia niewystarczająco obecne w badaniach, takie jak: profilaktyka, ramy prawne i zakazy, natomiast badania naukowe nad zagadnieniami epidemiologicznymi były bardziej powszechne ⁽¹¹⁾. Badanie wykazało, że mimo istnienia w państwach członkowskich rozległej wiedzy, należy dążyć do sporządzania porównań danych pomiędzy krajami oraz większego nagłośnienia badań naukowych.

Wykazano, że uczestnictwo w europejskich działaniach badawczych znacznie się różni w zależności od kraju, przy czym duża część współpracy międzynarodowej odbywa się na płaszczyźnie nieformalnej. Jednak badanie podkreśla, że powiązane z problemem narkotykowym badania naukowe mogą zostać ułatwione przez europejskie i międzynarodowe sieci badawcze. Potencjał badawczy, ogólna jakość i dostępności funduszy są w UE znacznie zróżnicowane, dlatego w dużej mierze konieczne jest budowanie potencjału oraz objęcie finansowaniem szerszego zakresu dziedzin polityki powiązanych z planem działań UE w zakresie narkotyków.

⁽¹⁰⁾ Więcej informacji na temat unijnych i krajowych badań naukowych dotyczących narkotyków znajduje się na stronie <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>.

⁽¹¹⁾ Zob. http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm.

Rozdział 2

Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie

Wprowadzenie

Niniejszy rozdział stanowi przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie, w miarę możliwości przedstawiając tendencje, osiągnięcia i zagadnienia dotyczące jakości. W pierwszej kolejności dokonano przeglądu środków zapobiegawczych, a następnie interwencji w dziedzinie leczenia, ograniczania szkód i reintegracji społecznej. Środki te tworzą łącznie kompleksowy system ograniczania popytu na narkotyki. Można je traktować jako wzajemnie uzupełniające się – są one czasami stosowane łącznie i przez te same placówki. W coraz większym stopniu dzieje się tak w przypadku np. leczenia i środków z zakresu ograniczania szkód.

Reakcje opracowane w ramach wdrażania prawa antynarkotykowego są również omówione w innej części, która zawiera najnowsze dane na temat naruszeń prawa antynarkotykowego. Na końcu rozdziału zamieszczono przegląd dostępnych danych na temat potrzeb osób zażywających narkotyki przebywających w więzieniach oraz obecne sposoby postępowania z nimi w tym szczególnym środowisku.

Profilaktyka

Profilaktykę antynarkotykową można dzielić na różne poziomy lub strategie, od skierowanych do całości społeczeństwa (profilaktyka środowiskowa) do koncentrujących się na osobach zagrożonych (profilaktyka zalecana), natomiast najlepiej byłoby, gdyby one ze sobą nie rywalizowały, ale uzupełniały się. W poniższym przeglądzie skupiono się na ostatnich osiągnięciach oraz najnowszych zgłoszonych wynikach badań grup kontrolnych w dziedzinie profilaktyki.

Profilaktyka powszechna

Profilaktyka powszechna zajmuje się całymi populacjami. Ma ona na celu powstrzymanie lub opóźnienie rozpoczynania zażywania narkotyków oraz pojawienia się problemów związanych z narkotykami, poprzez udzielanie młodym ludziom informacji i rozwijanie u nich

umiejętności koniecznych do uniknięcia rozpoczęcia zażywania narkotyków. Stosowane w Europie środki zapobiegawcze są obecnie po raz pierwszy systematycznie monitorowane przez większość państw członkowskich. Najnowsze sprawozdanie potwierdza, że we wszystkich tych państwach interwencje mające na celu przekazywanie informacji o narkotykach, np. jednorazowe wykłady, stanowią główne podejście w ramach profilaktyki powszechnej w szkołach i społecznościach. Dostępne dowody nie potwierdzają jednak skuteczności tego rodzaju interwencji. Interwencje oparte na lepszych podstawach naukowych, takie jak programy profilaktyczne oparte na znormalizowanych protokołach, zgłaszane są jednak w dodatkowych krajach (Republika Czeska, Cypr, Austria, Polska, Słowenia, Słowacja).

Badanie EU-Dap (www.eudap.net) dotyczy ograniczonej liczby programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności realizowanych w Europie. Badanie to obejmuje 7000 uczniów w wieku od 12 do 14 lat w siedmiu krajach europejskich i ocenia dany program w oparciu o wszechstronny wpływ społeczny, który łączy rozwijanie umiejętności życiowych z kształceniem normatywnym i zdobywaniem wiedzy o substancjach. Po dwóch latach program został uznany za skuteczny w zmniejszeniu poziomu częstego upijania się i zażywania pochodnych konopi indyjskich.

Wyniki EU-Dap zależne są od płci, przy czym zasadniczo skuteczność programu stwierdzono wyłącznie w przypadku chłopców. Nie zostało jednoznacznie stwierdzone, czy wynika to z mniejszego zagrożenia w przypadku dziewcząt, czy też nie zareagowały na program. Zależność efektu od płci pojawiła się także w Danii w badaniach z grupą kontrolną dotyczących programu rozwijającego umiejętności życiowe. Wśród dziewcząt program miał największy wpływ w kategoriach przemocy rówieśniczej, spożycia alkoholu w ostatnim tygodniu i w ostatnim miesiącu, natomiast wśród chłopców odnotowano najsilniejszy efekt w zakresie spożywania więcej niż pięciu drinków przy jednej okazji oraz próbowania konopi indyjskich.

W badaniach z grupą kontrolną w Pradze porównywano program społecznościowy, który obejmował element edukacyjny, kontakt bezpośrednie, zdobywanie umiejętności życiowych i programy przeznaczone dla rodziców, ze standardowym „programem profilaktycznym minimum” w szkołach (Miovský i in., 2007). Skuteczność programu społecznościowego była większa pod względem ograniczenia spożycia alkoholu i zmiany stosunku do zażywania substancji wśród uczniów w wieku od 13 do 15 lat, szczególnie wśród niektórych zagrożonych grup dzieci, w tym pochodzących z rodzin niepełnych. Z tego względu zasugerowano, że program ten może zostać użyty w profilaktyce wybiórczej.

Profilaktyka wybiórcza i zalecana

Zarówno profilaktyka wybiórcza, jak i zalecana uznają, że problem zażywania narkotyków jest skoncentrowany w grupach zagrożonych lub na jednostkach z ograniczonymi możliwościami społecznymi i osobistymi (EMCDDA, 2008c). Profilaktyka wybiórcza funkcjonuje w odniesieniu do specyficznych grup, rodzin i całych środowisk, w których jest bardziej prawdopodobne, że z uwagi na luźne więzi społeczne i znikome zasoby ludzie zaczną zażywać narkotyki lub wchodzić w uzależnienia. Podstawa naukowa dla tego podejścia zostało przedstawione w nowej części strony internetowej EMCDDA: portalu najlepszych praktyk ⁽¹²⁾. Profilaktyka zalecana ma doprowadzić do wskazania jednostek z zaburzeniami zachowania lub problemami psychicznymi, w przypadku których można podejrzewać, iż w późniejszym okresie życia będą zażywać substancje, oraz ma umożliwić objęcie właśnie tych osób specjalnymi działaniami interwencyjnymi.

Nowe informacje na temat profilaktyki wybiórczej skupionej na grupach etnicznych zgłosiły Belgia i Luksemburg. W przypadku młodych przestępców protokoły systematycznych interwencji po kontakcie z systemem wymiaru sprawiedliwości istnieją jedynie w Austrii, Niemczech, Katalonii (Hiszpanii) i Luksemburgu, natomiast inne kraje zgłosiły zwykłe lub jednostkowe interwencje. Od 2008 r. FRED ⁽¹³⁾, protokół systematycznych interwencji wobec młodych przestępców, jest wdrażany w dziesięciu państwach członkowskich przy wsparciu UE. Nowa ocena programu FRED w 140 niemieckich placówkach wykazała zmniejszenie ilości przypadków ponownego naruszenia prawa i zażywania narkotyków wśród uczestników programu.

W przypadku profilaktyki zalecanej nowe projekty zgłosiły jedynie Niemcy, Niderlandy, Słowacja i Szwecja. Tego typu projekty są nadal bardzo rzadkie w Europie mimo

informacji na temat ich skuteczności (EMCDDA, 2009b). Do obecnych przykładów projektów z dziedziny profilaktyki zalecanej włączono Szkolenie Rodzicielskie – model Oregon, wdrażane w Niderlandach i Norwegii wśród rodziców dzieci w wieku od 4 do 12 lat z destruktywnymi zaburzeniami behawioralnymi. Podobnie metoda „Komet för föräldrar”, wykorzystywana przez niemal 30% szwedzkich władz miejskich, skierowana jest do rodziców dzieci wykazujących uzewnętrznione problemy behawioralne wraz z trudnościami

Kampanie medialne dotyczące konkretnych substancji

W Europie opracowano kampanie medialne dotyczące konkretnych substancji – zażywania konopi indyjskich (Dania, Irlandia, Francja, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo) oraz, ostatnio, zażywania kokainy (Irlandia, Hiszpania, Zjednoczone Królestwo).

Prawie wszystkie te kampanie ostrzegają przed niebezpieczeństwami związanymi z zażywaniem danego narkotyku, zaś niektóre z nich wykorzystują taktykę szoku. Jedynie dwie kampanie stosują odmienne podejście. Brytyjsko-kolumbijska kampania „Shared responsibility” (Wspólna odpowiedzialność) dotyczy odpowiedzialności osób zażywających narkotyki za szkody środowiskowe i społeczne związane z produkcją kokainy. Holenderska kampania dotycząca konopi indyjskich w 2006 r. zorientowana była na przekonania normatywne i – zamiast ostrzeżeń i obrazów zażywania narkotyków – przedstawiała prawdziwe historie z życia młodych ludzi stawianych za wzór do naśladowania. Jej ocena wykazała, że negatywne normy społeczne przeciwko zażywaniu konopi indyjskich zostały wzmocnione oraz że nie wystąpiły skutki negatywne, jeśli chodzi o chęć zażycia ani przekonania normatywne (Wammes i in., 2007).

Kampanie medialne nagłaśniające niebezpieczeństwa związane z zażywaniem narkotyków rzadko są oceniane pod względem zmian w zachowaniu, nastawieniu czy intencji zażycia narkotyku. Oprócz tego istnieją obawy co do ich niskiej skuteczności i możliwej szkodliwości. Na przykład dokładna ocena wyniku amerykańskiej kampanii dotyczącej konopi indyjskich wykazała brak ogólnych rezultatów. Istnieją jednak dowody na to, że kampania miała niezamierzony skutek odmienny od oczekiwanego, w związku z którym osoby wcześniej niezainteresowane narkotykiem wykazały chęć zażycia go (Hornik i in., 2008). Podobne problemy zgłoszono w związku z oceną szkockiej kampanii dotyczącej kokainy „Know the score” (EMCDDA, 2007a).

Podejmowanie decyzji przez młodych ludzi to skomplikowany proces, na który w dużej mierze wpływają interakcje z grupą rówieśników i postrzeganie norm społecznych. Jak na razie przekaz mediów nie wydaje się odpowiadać skutecznie na tę złożoność.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

w nawiązywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami. Badanie losowo wybranych grup kontrolnych z udziałem 159 rodzin wykazało znaczną poprawę umiejętności rodzicielskich wśród rodziców biorących udział w badaniu, a także zmniejszenie problemów behawioralnych wśród ich dzieci.

Leczenie

W 2007 r. około 400 000 osób zażywających narkotyki rozpoczęło leczenie uzależnienia od tych substancji⁽¹⁴⁾. Mniej niż połowa z nich rozpoczynała leczenie po raz pierwszy. Ogólnie rzecz biorąc, znaczna większość zgłoszeń na leczenie (86%) miała miejsce w placówkach pozaszpitalnych. Ten odsetek w ostatnich latach rósł z kilku powodów, w tym ze względu na zwiększenie dostępności i zróżnicowania specjalistycznego leczenia pozaszpitalnego.

Najczęściej stosowanymi metodami stosowanymi w leczeniu problemów narkotykowych w Europie są interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów i detoksykacja. Interwencje psychospołeczne zapewniają wsparcie osobom zażywającym narkotyki, które podjęły próbę przezwyciężenia problemów z narkotykami. Interwencje te obejmują: doradztwo, rozwijanie motywacji, terapię poznawczo-behawioralną, zarządzanie przypadkiem, terapię grupową i rodzinną oraz zapobieganie nawrotowi uzależnienia. Interwencje psychospołeczne kształtują podstawę dla opartego na społeczności leczenia pozaszpitalnego i w placówkach lecznictwa zamkniętego, a także zazwyczaj są uzupełnieniem dla leczenia substytucyjnego z powodu uzależnienia od opiatów. Detoksykacja, czyli odtrucie z narkotyków, jest krótką, nadzorowaną medycznie interwencją, mającą na celu zlikwidowanie objawów głodu narkotycznego związanego z długotrwałym zażywaniem narkotyków. Zazwyczaj jest prowadzona w placówkach lecznictwa zamkniętego. Na względne zróżnicowanie metod leczenia w każdym z krajów wpływa kilka czynników, w tym organizacja krajowego systemu opieki zdrowotnej.

Leczenie pozaszpitalne

W przeszłości leczenie uzależnienia od narkotyków odbywało się w ośrodkach zamkniętych, a większość pacjentów stanowili uzależnieni od heroiny. Ta sytuacja uległa zmianie w latach 80. i 90. wraz z szybkim rozwojem leczenia pozaszpitalnego, ostatnio również ze

względu na wzrost liczby osób zażywających kokainę i konopie indyjskie, które zabiegają o leczenie.

Dodatkowo rozpowszechniły się problemy związane z legalnymi lub przepisywanymi narkotykami.

W 2007 r. opiaty, głównie heroina, nadal stanowiły główny narkotyk zgłaszany przez osoby rozpoczynające leczenie w placówkach pozaszpitalnych. Opiaty zgłaszało 54% pacjentów, a w dalszej kolejności zgłaszano konopie indyjskie (21%) i kokainę (18%). Niektóre kraje zgłaszają wzrost odsetka pacjentów rozpoczynających leczenie wskutek problemów z narkotykami innymi niż opiaty, szczególnie wśród pacjentów poddających się leczeniu po raz pierwszy (zob. rozdziały 3 i 5).

Osoby zażywające narkotyki i rozpoczynające leczenie w warunkach pozaszpitalnych to głównie młodzi mężczyźni, przy czym średnia wieku wynosi 31 lat, a liczba mężczyzn jest niemal czterokrotnie wyższa niż liczba kobiet (3,7:1). Profil wiekowy i płciowy pacjentów różni się w zależności od narkotyku deklarowanego jako główny. Pacjenci leczeni z powodu konopi indyjskich są średnio znacznie młodszy (25 lat) od pacjentów leczonych z powodu opiatów (32 lata) i kokainy (33 lata). Niezależnie od rodzaju głównego narkotyku średni wiek pacjentów poddających się leczeniu po raz pierwszy jest o około dwa lata niższy niż średnia wieku ogółu pacjentów. Wyższy niż przeciętnie stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet występuje wśród pacjentów uzależnionych od kokainy (5,1:1) i konopi indyjskich (5,5:1)⁽¹⁵⁾.

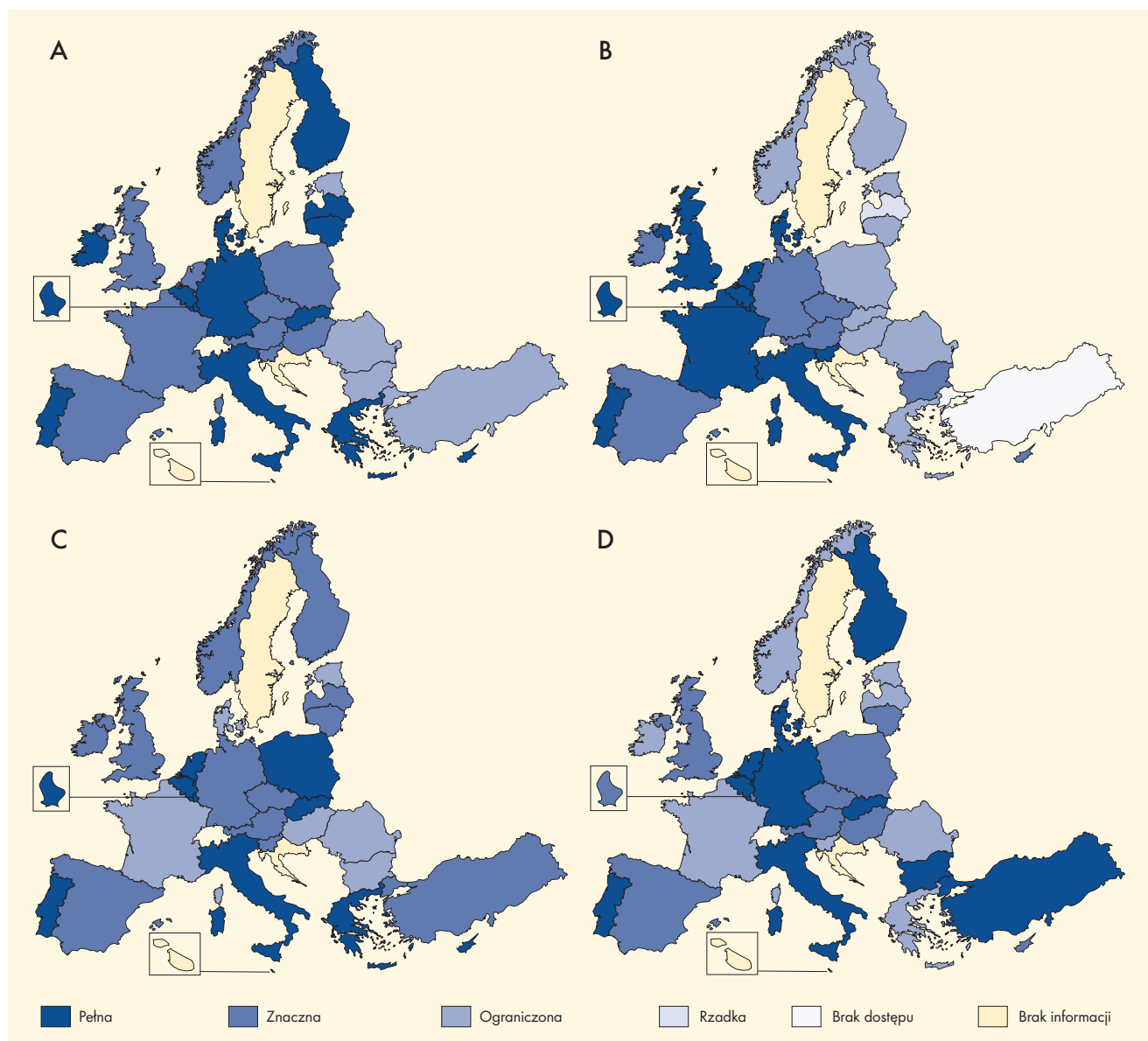
Najczęstszy tryb kierowania pacjentów na leczenie pozaszpitalne to zgłoszenie z własnej woli, występujące w przypadku około jednej trzeciej wszystkich pacjentów. Mniej więcej jedną czwartą na leczenie skierował system wymiaru sprawiedliwości, a pozostali zostali skierowani przez służby opieki społecznej i zdrowotnej lub drogami nieformalnymi, w tym przez rodzinę lub przyjaciół. Kierowanie na leczenie przez szpitale i inne placówki lecznicze występuje rzadko, z wyjątkiem Finlandii, gdzie odsetek takich przypadków szacuje się na 25%. Innym wyjątkiem są Węgry, gdzie odsetek pacjentów skierowanych przez system wymiaru sprawiedliwości wynosi ponad 70%⁽¹⁶⁾. Warto odnotować, że węgierski kodeks karny przewiduje „odstąpienie od kary za posiadanie niewielkiej ilości narkotyku, w przypadku gdy osoba uzależniona wykaże wolę przejścia leczenia odwykowego”.

⁽¹⁴⁾ Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie na podstawie danych z 23 państw w przypadku ośrodków leczenia pozaszpitalnego i obejmujących ponad 70% jednostek w większości krajów oraz danych z 20 państw w przypadku ośrodków leczenia szpitalnego i obejmujących ponad 50% jednostek w większości krajów.

⁽¹⁵⁾ Zob. tabele TDI-10 i TDI-21 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁶⁾ Zob. tabela TDI-16 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Wykres 1: Dostępność metod leczenia w odniesieniu do potrzeb, oszacowana przez ekspertów krajowych: leczenie (A) psychospołeczne pozaszpitalne, (B) substytucyjne, (C) psychospołeczne szpitalne, (D) detoksykacja



Uwaga: Dostępność definiuje się jako szacunkowy odsetek osób zażywających narkotyki i potrzebujących leczenia, które mogą to leczenie otrzymać: prawie wszystkie osoby (pełna dostępność); większość osób, ale nie prawie wszystkie (znaczna); wiele osób, ale nie większość (ograniczona); niewiele osób (rzadka); brak dostępu. Informacje zebrano za pomocą kwestionariusza ustrukturyzowanego.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Pozaszpitalna terapia psychospołeczna jest w większości zapewniana przez instytucje publiczne (16 krajów) lub przez organizacje pozarządowe (10 krajów). Według ekspertów krajowych ten rodzaj leczenia jest dostępny dla większości osób zabiegających o nie w 10 krajach, a dla niemal każdego w kolejnych 13 państwach. Jednakże w czterech krajach (Bułgaria, Estonia, Rumunia, Turcja) pozaszpitalna terapia psychospołeczna jest dostępna dla mniej niż połowy osób aktywnie o nią zabiegających (zob. wykres 1A). Te wskaźniki mogą ukrywać znaczne

zróżnicowanie w danym kraju oraz różnice w dostępności specjalistycznych programów leczenia dla osób zażywających kokainę lub konopie indyjskie.

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów

Leczenie substytucyjne w połączeniu z opieką psychospołeczną stanowi w Europie dominującą metodę leczenia osób zażywających opiaty. Zazwyczaj jest ono realizowane w formie leczenia pozaszpitalnego, niemniej

jednak w niektórych krajach jest także dostępne w placówkach lecznictwa zamkniętego. Na przykład w Austrii 65% pacjentów poddających się długotrwałemu leczeniu w placówkach lecznictwa zamkniętego ma przepisaną morfinę o powolnym uwalnianiu. Leczenie substytucyjne jest także w coraz większym stopniu zapewniane w więzieniach ⁽¹⁷⁾.

Od wprowadzenia w 2007 r. na Cyprze leczenia dużymi dawkami buprenorfiny leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów jest obecnie dostępne we wszystkich państwach członkowskich UE, a także w Chorwacji i Norwegii ⁽¹⁸⁾. W Turcji leczenie substytucyjne nie zostało jeszcze wprowadzone, chociaż jest dopuszczalne na podstawie rozporządzenia z 2004 r. w sprawie ośrodków leczniczych. W 16 krajach wyspecjalizowane publiczne placówki pozaszpitalne są głównymi dostawcami usług w zakresie leczenia substytucyjnego. Jednak lekarze medycyny rodzinnej prowadzący samodzielną praktykę, często w ramach zawartych z ośrodkami specjalistycznymi ustaleń dotyczących wspólnej opieki, odgrywają coraz większą rolę w zapewnieniu tego typu leczenia, a w niektórych krajach stanowią główną grupę prowadzącą tego rodzaju leczenie (belgijski region Walonii, Republika Czeska, Niemcy, Francja, Luksemburg, Austria, Norwegia) (zob. rozdział 6).

Szacuje się, że w 2007 r. w Europie około 650 000 osób zażywających opiaty otrzymało pomoc w postaci leczenia substytucyjnego ⁽¹⁹⁾. Według ekspertów krajowych ten rodzaj terapii jest dostępny dla niemal wszystkich osób zażywających opiaty w 9 krajach, a dla większości uzależnionych – w kolejnych 7 państwach. Inaczej jest w 10 krajach (Estonia, Grecja, Łotwa, Litwa, Węgry, Polska, Rumunia, Słowacja, Finlandia, Norwegia), gdzie leczenie substytucyjne jest według szacunków dostępne dla mniejszości osób zażywających opiaty. Dane na temat dostępności leczenia substytucyjnego wskazują na istnienie regionalnej przepaści – niższy poziom dostępności zgłaszany jest w krajach wschodniej i północnej Europy (wykres 1B).

Leczenie w placówkach lecznictwa zamkniętego

Leczenie w placówkach stacjonarnych lub lecznictwa zamkniętego wymaga od pacjenta pozostania tam na okres od kilku tygodni do kilku miesięcy. Programy te zasadniczo przyjmują politykę leczenia niefarmakologicznego (oprócz leczenia substytucyjnego), skupiając się na umożliwieniu pacjentowi powstrzymania się od zażywania narkotyków. Pacjenci mają zapewnione

zakwaterowanie i indywidualnie zorganizowaną terapię psychospołeczną, a także biorą udział w działaniach mających na celu przywrócenie tych osób do społeczeństwa. W tym kontekście często stosowane jest podejście związane ze wspólnotą terapeutyczną. Lecznictwo zamknięte osób uzależnionych od narkotyków jest także prowadzone w szpitalach psychiatrycznych, zwłaszcza w przypadku pacjentów, u których stwierdzono współwystępowanie zaburzeń psychicznych.

W 2007 r. około 40 000 osób, tj. około jednej dziesiątej wszystkich osób zażywających narkotyki, które rozpoczęły leczenie, zgłosiło się na leczenie w placówkach zamkniętych. Ponad połowa z nich wymienia opiaty jako główny narkotyk (56%), a z pozostałych osób większość wskazuje jako podstawowy narkotyk konopie indyjskie (14%), środki pobudzające inne niż kokaina (14%) oraz kokainę (7%).

Średnia wieku osób zażywających narkotyki rozpoczynających leczenie w warunkach szpitalnych wynosi 30 lat, przy czym pacjenci uzależnieni od opiatów i kokainy są przeciętnie starsi (31 lat) od tych, którzy podejmują terapię w związku ze środkami pobudzającymi innymi niż kokaina (28 lat) i konopiami indyjskimi (26 lat). Większość pacjentów w placówkach lecznictwa zamkniętego to mężczyźni, a stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 3,6:1. Ta proporcja jest niższa wśród osób zażywających jako główny narkotyk środki pobudzające inne niż kokaina (2,2:1), a wyższa wśród osób zażywających kokainę (5,1:1) i konopie indyjskie (8:1). W większości krajów, w których istniała możliwość porównania, odsetek pacjentów bezrobotnych i pozbawionych stałego miejsca zamieszkania jest wyższy wśród osób rozpoczynających leczenie w ośrodkach zamkniętych niż wśród pacjentów leczonych w warunkach pozaszpitalnych ⁽²⁰⁾.

Terapię szpitalną zapewniają przede wszystkim organizacje pozarządowe (12 krajów) oraz instytucje publiczne (11 krajów). W Danii i Luksemburgu rolę tę odgrywają instytucje prywatne, a w 10 innych krajach są też drugimi najważniejszymi dostawcami usług leczenia odwykowego. Eksperti krajowi szacują, że terapia psychospołeczna w placówkach lecznictwa zamkniętego jest dostępna dla większości osób zabiegających o nią w 12 krajach i dla niemal wszystkich w kolejnych 9. Natomiast w 6 krajach (Bułgaria, Dania, Estonia, Francja, Węgry, Rumunia) ten rodzaj terapii był dostępny dla mniej niż połowy osób, które aktywnie się o nią ubiegały (zob. wykres 1C).

⁽¹⁷⁾ Zob. „Pomoc dla osób zażywających narkotyki w więzieniach”, str. 38.

⁽¹⁸⁾ Zob. tabele HSR-1 i HSR-2 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁹⁾ Zob. tabela HSR-3 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽²⁰⁾ Zob. tabele TDI-10, TDI-13, TDI-15 i TDI-21 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Detoksykacja

Detoksykacja jest najczęściej warunkiem wstępnym rozpoczęcia długoterminowej terapii stacjonarnej opartej na abstynencji. Zazwyczaj, choć nie zawsze, jest to interwencja oparta na leczeniu zamkniętym, przeprowadzana w szpitalach, specjalistycznych ośrodkach leczenia lub placówkach stacjonarnych wyposażonych w oddział medyczny lub psychiatryczny.

W 21 krajach detoksykację prowadzą głównie instytucje publiczne. Organizacje pozarządowe są natomiast największymi dostawcami tej usługi w Belgii (Flandrii) i Niemczech, natomiast sektor prywatny przeważa w Luksemburgu i Bułgarii. Eksperti krajowi szacują, że detoksykacja jest dostępna dla większości osób zabiegających o nią w 9 krajach i dla niemal wszystkich w kolejnych 10. W 8 krajach (Estonia, Irlandia, Grecja, Francja, Łotwa, Rumunia, Słowenia, Norwegia) detoksykacja była dostępna dla mniej niż połowy osób, które aktywnie o nią zabiegały (zob. wykres 1D).

Zapewnienie jakości usług

Osoby odpowiedzialne za planowanie działań w zakresie zdrowia oraz podejmowanie decyzji politycznych w Europie w coraz większym stopniu poszukują mechanizmów zapewniających wysoką jakość w leczeniu uzależnienia od narkotyków. Mają także tendencję do priorytetowego traktowania interwencji „opartych na dowodach”, jeżeli chodzi o zapewnienie leczenia i podział środków.

Wytyczne stają się ważnym narzędziem w zapewnieniu jakości leczenia uzależnienia od narkotyków. Wytyczne dotyczące leczenia zawierają zalecenia oparte na dowodach naukowych, opiniach ekspertów, preferencjach osób korzystających z usług i krajowych systemach opieki zdrowotnej. Mają one na celu pomóc w wyborze i stosowaniu właściwych interwencji w zakresie leczenia uzależnień. W 20 z 27 państw objętych raportem krajowe wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od narkotyków są przygotowywane przez upoważnione instytucje.

Istniejące wytyczne obejmują przede wszystkim leczenie farmakologiczne uzależnienia od narkotyków. Krajowe wytyczne dotyczące leczenia substytucyjnego zostały zgłoszone przez 18 krajów, a wytyczne dotyczące detoksykacji przez 11 krajów. Jednakże około jedna trzecia z tych krajów nie zgłosiła przestrzegania wytycznych przez jednostki lecznicze jako warunku dla działania lub otrzymania funduszy.

Krajowe wytyczne w zakresie terapii psychospołecznej i reintegracji społecznej są mniej powszechne.

Tylko 7 państw członkowskich (Bułgaria, Republika Czeska, Niemcy, Dania, Niemcy, Słowenia, Zjednoczone Królestwo) zgłosiło dostępność wytycznych dotyczących interwencji psychospołecznych, a 5 (Republika Czeska, Niemcy, Portugalia, Słowenia, Zjednoczone Królestwo) – reintegracji społecznej. Brak krajowych wytycznych prawdopodobnie wynika z ograniczonej ilości dostępnych danych dowodowych, co z kolei wskazuje na konieczność przeprowadzenia w tej dziedzinie większej liczby wielostronnych badań losowo wybranych grup kontrolnych.

Ciągły trening personelu stanowi ważny czynnik w zapewnianiu wysokiej jakości dostarczanych usług. Szkolenia opracowane specjalnie dla personelu leczącego uzależnienia, a także niektóre formy ustawicznych szkoleń w zakresie leczenia uzależnienia od narkotyków, przeznaczone dla lekarzy medycyny, są w Unii Europejskiej powszechne. Większość krajów zapewnia podobne możliwości w zakresie szkoleń dostępnych dla pozostałych pracowników wyspecjalizowanych,

Portal najlepszych praktyk: nowy moduł dotyczący leczenia

Po wprowadzeniu w 2008 r. modułów dotyczących powszechnych i wybiórczych działań zapobiegawczych EMCDDA uruchomiło na swoim portalu najlepszych praktyk nowy moduł poświęcony leczeniu uzależnień. Zawiera on syntezę wniosków dotyczących skuteczności leczenia farmakologicznego i psychospołecznego uzależnień od opiatów, środków pobudzających i konopi indyjskich, opracowaną na podstawie najnowszych analiz. Prace nad portalem ułatwiło finansowane przez Komisję Europejską badanie nad jakością leczenia i wymianą najlepszych praktyk (Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, 2008b).

Moduł dotyczący leczenia przedstawia wyniki badań porównujących skuteczność różnego rodzaju interwencji. Skuteczność jest w najlepszym przypadku określana poprzez wykonywanie prób kontrolnych lub losowych prób kontrolnych, gdzie interwencje porównuje się z określonymi wskaźnikami. Większość bazy dowodowej w tym zakresie pochodzi z badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych. Badania w Europie stają się coraz powszechniejsze; są wśród nich przełomowe prace nad nowymi środkami przeznaczonymi do substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów.

Nowy moduł zawiera również: linki do innych źródeł informacji, ocenione interwencje, glosariusz i krótkie omówienie luk w obecnej bazie dowodowej. W przyszłości portal będzie rozszerzany o kolejne tematy.

Portal najlepszych praktyk EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

w tym pielęgniarek, pracowników opieki społecznej i psychologów.

Regularne oceny wyników wszystkich rodzajów leczenia uzależnienia od narkotyków zostały zgłoszone przez zaledwie kilka krajów. Pięć państw członkowskich oceniło leczenie substytucyjne i detoksykację, a tylko Dania, Niemcy i Zjednoczone Królestwo regularnie oceniają wyniki leczenia przy pomocy interwencji psychospołecznych. Niektóre kraje zgłosiły również pojedyncze lub nieregularne oceny wyników leczenia.

Ograniczanie szkód

Profilaktyka i ograniczanie szkód związanych z zażywaniem narkotyków to cel w zakresie zdrowia publicznego wszystkich państw członkowskich oraz strategii antynarkotykowej UE (Komisja Europejska, 2007). Główne działania interwencyjne w tej dziedzinie to leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów oraz programy wymiany igieł i strzykawek; działania te ukierunkowane są na zgony spowodowane przedawkowaniem i na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych. Jak wynika z otrzymanych informacji, środki te są dostępne we wszystkich krajach z wyjątkiem Turcji. Pomimo istnienia znacznych różnic w zakresie i poziomie dostępu do świadczeń (zob. rozdziały 6 i 8) w Europie panuje ogólna tendencja polegająca na rozszerzaniu i konsolidacji środków ograniczających szkody.

Większość krajów zapewnia różne świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej i socjalnej, w tym: indywidualną ocenę ryzyka i poradnictwo indywidualne, szkolenia w zakresie bezpieczniejszego zażywania narkotyków, przeprowadzanie badań i poradnictwo w zakresie chorób zakaźnych, szczepienie i leczenie wirusowego zapalenia wątroby. Usługi te są często zapewniane przez jednostki „niskoprogowe” (łatwo dostępne). Działania dotyczące ograniczania szkód przestały skupiać się na epidemii HIV/AIDS, rozszerzając swój zakres na zdrowie i potrzeby społeczne osób problemowo zażywających narkotyki, a zwłaszcza społecznie wykluczonych.

W ostatnich latach można także zaobserwować proces profesjonalizacji, a także zwiększenie kontroli w celu zapewnienia wysokich standardów jakości. Na przykład w latach 2006–2007 służby działające na rzecz ograniczania szkód w Anglii były kontrolowane pod kątem określenia dziedzin wymagających poprawy. Jakość może być także zapewniana poprzez skrupulatne przestrzeganie określonych standardów w umowach o finansowanie, co zostało zgłoszone przez Republikę Czeską i Estonię.

Odpowiedzialność za zapewnienie jakości spoczywa na instytucjach rządowych w 14 krajach, chociaż w krajach o systemie federacyjnym zarządzaniem w tym zakresie mogą zajmować się agencje na szczeblach subkrajowych. Wytyczne mogą być poparte wynikami badań naukowych dotyczącymi efektywności pod względem kosztów, co ma miejsce w przypadku wytycznych dotyczących programów wymiany igieł i strzykawek w Zjednoczonym Królestwie (NICE, 2009). Zaangażowanie pacjenta oraz opinie personelu także mogą być wykorzystywane w procesie rozwijania i poprawy jakości usług. Mechanizmy służące rozpowszechnianiu najlepszych praktyk i wyników nowych badań naukowych wśród specjalistów obejmują krajowe platformy wiedzy, np. „resultaten scoren” (punktacja) w Niderlandach, oraz międzynarodowe wydarzenia poszerzające wiedzę, na przykład na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C ⁽²¹⁾. Protokół zbierania danych dla specjalistów niskoprogowych jednostek ograniczania szkód został opracowany przez Europejską Sieć Włączenia Społecznego i Zdrowia we współpracy z EMCDDA (Hedrich i in., 2008a) w ramach projektów finansowanych przez UE na rzecz opracowania i wdrożenia europejskich wskaźników zdrowotnych.

Reintegracja społeczna

Reintegracja społeczna jest uznawana za niezbędny składnik wszechstronnych strategii antynarkotykowych. Może być wdrażana na każdym etapie zażywania narkotyków i w różnych warunkach. Obejmuje ona: budowanie umiejętności, doskonalenie umiejętności społecznych, stosowanie środków ułatwiających i promujących zatrudnienie oraz pomagających w uzyskaniu mieszkania lub poprawy warunków mieszkaniowych. W praktyce programy reintegracji mogą oferować: poradnictwo zawodowe, praktyki zawodowe i pomoc w sprawach mieszkaniowych. Działania podejmowane w więzieniach, które mają wpływ na nawrót uzależnienia i ponowne naruszenie prawa, w ramach przygotowań do wyjścia więźniów na wolność mogą pomagać osadzonym w nawiązaniu kontaktu ze służbami zajmującymi się mieszkaniem komunalnym i pomocą społeczną (Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, 2009a). Zasadniczo wyniki społecznej reintegracji często zależą od efektywnej współpracy pomiędzy instytucjami ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Bezdomność, a także niestabilizowana sytuacja mieszkaniowa, należą do najpoważniejszych form społecznego wykluczenia, z którymi stykają się osoby zażywające narkotyki i które dotyczyły około 10% osób

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

zażywających narkotyki rozpoczynających leczenie w 2007 r. ⁽²²⁾. Ta liczba może być znacznie wyższa w przypadku niektórych grup osób zażywających narkotyki.

Wszystkie państwa członkowskie zgłosiły dostępność programów zakwaterowania osób uzależnionych od narkotyków. Informacje na temat stopnia realizacji potrzeb osób zażywających narkotyki w zakresie zakwaterowania istnieją, ale są niedostateczne. Na przykład na Słowacji ze względu na ograniczone środki finansowe możliwości służb rehabilitacyjnych pod względem zapewnienia zakwaterowania często są zbyt małe w stosunku do potrzeb.

Wsparcie w zakresie zakwaterowania zgłosiła pewna liczba krajów (np. Republika Czeska, Niemcy, Irlandia, Niderlandy, Finlandia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo). Programy czasowego zamieszkania zazwyczaj zapewniają pensjonat socjalny lub małe umeblowane mieszkania wynajmowane na krótki okres. Często zakwaterowanie zapewnia się przy wypisywaniu z leczenia w placówce stacjonarnej, co ma na celu umożliwienie pacjentom niezależnego życia. Na przykład w Irlandii osoby zażywające narkotyki są zobowiązane do płacenia czynszu i wykonywania usług w zakresie sprzątnięcia, a pracownicy opieki pomagają im w kwestii najmu i w uzyskaniu dostępu do edukacji, szkolenia lub zatrudnienia.

Ponieważ 45% osób zażywających narkotyki i rozpoczynających leczenie ma w najlepszym wypadku wykształcenie podstawowe, a około 40% to osoby bezrobotne ⁽²³⁾, pomoc osobom zażywającym narkotyki w znalezieniu zatrudnienia i szkoleniu zawodowym jest kluczowym elementem reintegracji społecznej. Programy w tym zakresie zostały zgłoszone przez wszystkie państwa członkowskie. Na Węgrzech, Litwie, w Republice Czeskiej, Słowenii i na Słowacji w procesie przywrócenia osób zażywających narkotyki na rynek pracy korzysta się z projektów finansowanych w ramach inicjatywy UE przeciw dyskryminacji na rynku pracy (EQUAL). Większość tych projektów pomaga pacjentom leczonym z uzależnienia od narkotyków, których sytuacja jest ustabilizowana, w znalezieniu stażów zgodnych z ich umiejętnościami. Wartość takiego podejścia potwierdzają rezultaty szkockich badań, które wykazały, że osoby wychodzące z uzależnienia od narkotyków, które otrzymały pomoc związaną z zatrudnieniem, miały trzy razy większą szansę na znalezienie płatnej pracy (McIntosh i in., 2008).

Egzekwowanie i naruszenia prawa antynarkotykowego

W egzekwowanie prawa antynarkotykowego zaangażowane są rozmaite organy z różnych ministerstw (np. policja, wymiar sprawiedliwości, opieka zdrowotna). W praktyce określenie „egzekwowanie prawa antynarkotykowego” jest zazwyczaj kojarzone z zestawem działań wdrażanych przez policję i pokrewne instytucje (np. organy celne) w celu egzekwowania prawa związanego z zażywaniem narkotyków i rynkiem narkotykowym. Obejmuje ono m.in. zażywanie i posiadanie narkotyków, handel narkotykami i ich produkcja, a także zmiana zastosowania środków chemicznych i pranie pieniędzy.

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego to główny element reakcji Europy na problem narkotykowy i otrzymuje dużą, a prawdopodobnie największą, część środków przeznaczonych na działania związane z narkotykami. Niedawna próba porównania przydziału wydatków publicznych związanych z narkotykami w Europie wykazała, że wydatki rządowe na związane z narkotykami „porządek publiczny i bezpieczeństwo publiczne” (siły policyjne, sądy i więzienia) średnio mogą być trzy razy wyższe od wydatków na problemy zdrowotne powiązane z zażywaniem narkotyków. Policja otrzymuje zwykle znaczną część pieniędzy przeznaczonych na „porządek publiczny i bezpieczeństwo” (EMCDDA, 2008e).

Rodzaj i intensywność wysiłków w zakresie egzekwowania prawa antynarkotykowego mogą się różnić w zależności od przepisów krajowych i ich stosowania, a także od zasobów i priorytetów danych instytucji, które obejmują także ogólne organy ścigania oraz jednostki wyspecjalizowane (oddziały antynarkotykowe).

W przeciwieństwie do niektórych pozostałych obszarów działań organów ścigania, gdzie funkcjonariusze policji zwykle reagują na łamanie prawa, często zgłaszane przez obywateli, większość pracy na rzecz egzekwowania prawa antynarkotykowego można określić jako proaktywną, jako że wykonywana jest głównie z inicjatywy instytucji zajmujących się egzekwowaniem prawa antynarkotykowego. Dzieje się tak dlatego, że wiele przestępstw związanych z narkotykami można określić jako „przestępstwo dokonane za obopólną zgodą”, gdzie zgadzające się na to osoby potajemnie uczestniczą w bezprawnym działaniu, którego policja pozostanie nieświadoma, chyba że odkryje je

⁽²²⁾ Zob. tabela TDI-15 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽²³⁾ Zob. tabele TDI-12 i TDI-13 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

przypadkiem (np. w trakcie patrolu pieszego) lub poprzez aktywne wykrywanie.

W rezultacie egzekwowanie prawa antynarkotykowego wymaga dużego zakresu działań, które często polegają na zbieraniu, przetwarzaniu i udostępnianiu informacji za pomocą środków ludzkich i elektronicznych, w tym skomputeryzowanych baz danych i dedykowanych sieci komunikacyjnych. Jest tak szczególnie w przypadku działań mających na celu zmniejszenie podaży narkotyków ⁽²⁴⁾, gdzie organy ścigania odgrywają kluczową rolę. Działania te obejmują kontaktowanie się z informatorami, przeprowadzanie tajnych operacji, oraz nadzór elektroniczny, w tym przechwytywanie komunikacji.

Kontrolowane dostawy narkotyków i operacje mające na celu zakłócenie lub eliminację punktów sprzedaży narkotyków to niektóre z taktyk operacyjnych stosowanych przez organy ścigania w Europie. Przeszukiwanie ludzi i pojazdów w miejscach strategicznych – takich jak porty, lotniska i granice lądowe – i w ich pobliżu to bardziej typowa taktyka, z którą związane są też inne cele, np. kontrola imigracji.

Organy ścigania, przede wszystkim organy celne, są w wielu krajach odpowiedzialne za egzekwowanie przepisów związanych z chemikaliami podlegającymi kontroli. Obejmuje to przetwarzanie wniosków importowych i eksportowych, jak również identyfikację i badanie podejrzanych transakcji. Likwidowanie laboratoriów produkujących nielegalne narkotyki może stanowić kolejne zadanie dla organów ścigania w krajach, gdzie wytwarzane są narkotyki syntetyczne.

Naruszenia prawa antynarkotykowego

Wstępne raporty na temat naruszeń prawa antynarkotykowego – głównie sporządzone przez policję – są jedynymi danymi dotyczącymi przestępstw związanych z narkotykami stale dostępnymi w Europie ⁽²⁵⁾. Raporty odnoszą się zwykle do naruszeń prawa takich jak produkcja narkotyków, rozprowadzanie i handel, a także zażywanie narkotyków i posiadanie na własny użytek.

Dane dotyczące naruszeń prawa antynarkotykowego postrzegać można jako pośrednie wskaźniki zażywania i handlu narkotykami lub jako bezpośrednie wskaźniki aktywności organów ścigania. Jednakże obejmują one tylko te działania związane z narkotykami, które przykuły uwagę organów ścigania. Mogą też odzwierciedlać

krajowe różnice w przepisach, priorytetach i zasobach. Ponadto krajowe systemy informowania mogą się różnić, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk raportowania i rejestrowania. Z tych powodów porównywanie sytuacji w krajach UE jest utrudnione, a bardziej właściwe jest podejście polegające na porównywaniu tendencji, a nie danych liczbowych.

Na podstawie danych dostarczonych przez 21 państw członkowskich i reprezentujących 85% populacji Unii Europejskiej w wieku od 15 do 64 lat, wzrost liczby zgłoszonych naruszeń praw antynarkotykowych między 2002 a 2007 r. szacuje się na 29%. Dane te ujawniają tendencje zwykłe we wszystkich krajach przekazujących dane, oprócz Bułgarii, Republiki Czeskiej, Grecji, Luksemburga, Węgier i Słowenii, w których tendencje były stabilne lub zaobserwowano w nich ogólny spadek przez ten okres ⁽²⁶⁾.

Przestępstwa związane z zażywaniem i podażą

Nie doszło do większych zmian w proporcji naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z zażywaniem i naruszeń związanych z podażą (sprzedaż uliczna, handel narkotykami, produkcja) w porównaniu do danych z poprzednich lat. W większości krajów europejskich naruszenia prawa związane z zażywaniem i posiadaniem narkotyków na własny użytek wciąż stanowią większość naruszeń prawa antynarkotykowego, osiągając nawet 91% (Hiszpania) w 2007 r. ⁽²⁷⁾ Natomiast naruszenia prawa związane z podażą dominują w Republice Czeskiej (87%) i Niderlandach (69%) (wykres 2). W Republice Czeskiej posiadanie małych ilości narkotyków bez zamiaru dostawy karane jest ostrzeżeniem lub grzywną, podczas gdy w Niderlandach naruszenia prawa związane z zażywaniem narkotyków zwykle nie są ścigane ⁽²⁸⁾.

Między 2002 a 2007 r. liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z zażywaniem wzrosła w większości krajów podających dane, przy czym tylko Bułgaria, Grecja, Niderlandy i Słowenia zgłosiły spadek w tym okresie ⁽²⁹⁾. W sumie w latach 2002–2007 liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z zażywaniem wzrosła w Unii Europejskiej średnio o 32%.

W latach 2002–2007 zwiększała się liczba przestępstw związanych z podażą narkotyków, lecz w znacznie wolniejszym tempie – w Unii Europejskiej wzrost ten wyniósł średnio 14%. W tym okresie osiem krajów zgłosiło

⁽²⁴⁾ Definicja ograniczania podaży narkotyków – zob. pole na str. 28 Sprawozdania rocznego EMCDDA 2008.

⁽²⁵⁾ Omówienie zależności między narkotykami i przestępczością – zob. EMCDDA (2007b).

⁽²⁶⁾ Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-1 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽²⁷⁾ Zob. tabela DLO-2 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽²⁸⁾ Zob. charakterystyki danych krajowych dla Republiki Czeskiej i Niderlandów na stronie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-4 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

EMCDDA 2009 – Wybrane zagadnienia dotyczące statystyk wyroków skazujących

EMCDDA opublikowało w 2009 r. wybrane zagadnienia dotyczące statystyk wyroków skazujących, w których bada wyniki spraw sądowych dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w krajach europejskich. Raport analizuje dostępne statystyki krajowe pochodzące z policji, prokuratur i sądów oraz bada je według rodzaju przestępstwa (posiadanie, handel) i rodzaju wyniku (grzywna, pozbawienie wolności, leczenie). Kluczowym pytaniem, którego dotyczy to opracowanie, jest: Jaki jest najbardziej prawdopodobny skutek zatrzymania za posiadanie lub rozprowadzanie narkotyków w każdym kraju?

Te wybrane zagadnienia są dostępne w wersji drukowanej i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

ogólny spadek liczby przestępstw związanych z podażą, a osiem kolejnych zgłosiło jej wzrost ⁽³⁰⁾.

Tendencje dotyczące poszczególnych narkotyków

Pochodne konopi indyjskich nadal są nielegalnym narkotykiem najczęściej związanym ze zgłaszanymi naruszeniami prawa antynarkotykowego w Europie ⁽³¹⁾. W większości państw europejskich naruszenia prawa związane z pochodnymi konopi indyjskich stanowiły od 55 do 85% zgłoszonych naruszeń prawa antynarkotykowego w 2007 r. Naruszenia prawa związane z innymi narkotykami przewyższają liczebnie te związane z konopiami indyjskimi jedynie w dwóch krajach: na Litwie heroina (26%) i w Republice Czeskiej metamfetamina (59%). Na Łotwie naruszenia prawa antynarkotykowego rozkładają się równomiernie pomiędzy konopie indyjskie, heroinę i ecstasy.

W latach 2002–2007 liczba naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z konopiami indyjskimi wzrosła lub utrzymywała się na stałym poziomie w większości krajów przekazujących dane, dając w efekcie ogólny szacunkowy wzrost w wysokości 23% na poziomie Unii Europejskiej. Tendencje spadkowe zgłosiły Bułgaria, Republika Czeska i Słowenia ⁽³²⁾.

Liczba przestępstw związanych z kokainą wzrosła w latach 2002–2007 we wszystkich krajach zgłaszających z wyjątkiem Bułgarii i Niemiec. W Unii Europejskiej liczba naruszeń prawa związanych z kokainą zwiększyła się w tym samym czasie o około 59% ⁽³³⁾.

Wydaje się, że tendencja zniżkowa co do liczby naruszeń prawa związanych z heroiną w Unii Europejskiej, którą odnotowano w poprzednich sprawozdaniach, zatrzymała się, a w latach 2002–2007 zaobserwowano wzrost ich liczby o około 7%. Krajowe tendencje były jednak zróżnicowane, a tendencja zwyżkowa wynika głównie ze zwiększenia liczby tych przestępstw w ciągu ostatnich dwóch lat w Belgii, Grecji, Hiszpanii, Francji i Portugalii oraz stabilizacji w Niemczech i Austrii ⁽³⁴⁾.

Liczba naruszeń prawa związanych z amfetaminami zgłaszanych w Unii Europejskiej nadal wykazuje tendencję zwyżkową, a wzrost pomiędzy 2002 i 2007 r. szacowany jest na 59%. Natomiast liczba naruszeń prawa związanych z ecstasą zmniejszyła się tym samym czasie o około 22% ⁽³⁵⁾.

Ochrona zdrowia i działania społeczne w więzieniach

Obecnie w Unii Europejskiej w więzieniach znajduje się ponad 600 000 osób ⁽³⁶⁾, czyli średnio około 120 więźniów na 100 000 ludności. Odsetek krajowej populacji więźniów wynosi od 65 do 320 osób na 100 000 ludności, przy czym większość państw członkowskich z środkowej i wschodniej Europy podaje dane przekraczające średnią. Niemniej jednak zarówno wskaźniki krajowe, jak i średnia w UE pozostają znacznie niższe niż odnotowane w Federacji Rosyjskiej (629) i w Stanach Zjednoczonych (756) ⁽³⁷⁾.

W większości państw UE odsetek więźniów skazanych za naruszenia prawa narkotykowego kształtuje się na poziomie od 10 do 30% populacji więźniów. Nie wiadomo, jaki odsetek pozostałych więźniów skazano za przestępstwa przeciwko mieniu, których celem było zdobycie środków na narkotyki, lub inne przestępstwa związane z narkotykami. Mimo że ogólne liczby są niskie, w ciągu ostatnich lat w niektórych państwach członkowskich ze środkowej i wschodniej Europy wzrósł odsetek osób, które naruszyły prawo narkotykowe, w populacji skazanych więźniów.

⁽³⁰⁾ Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-5 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽³¹⁾ Zob. tabela DLO-3 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽³²⁾ Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-6 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

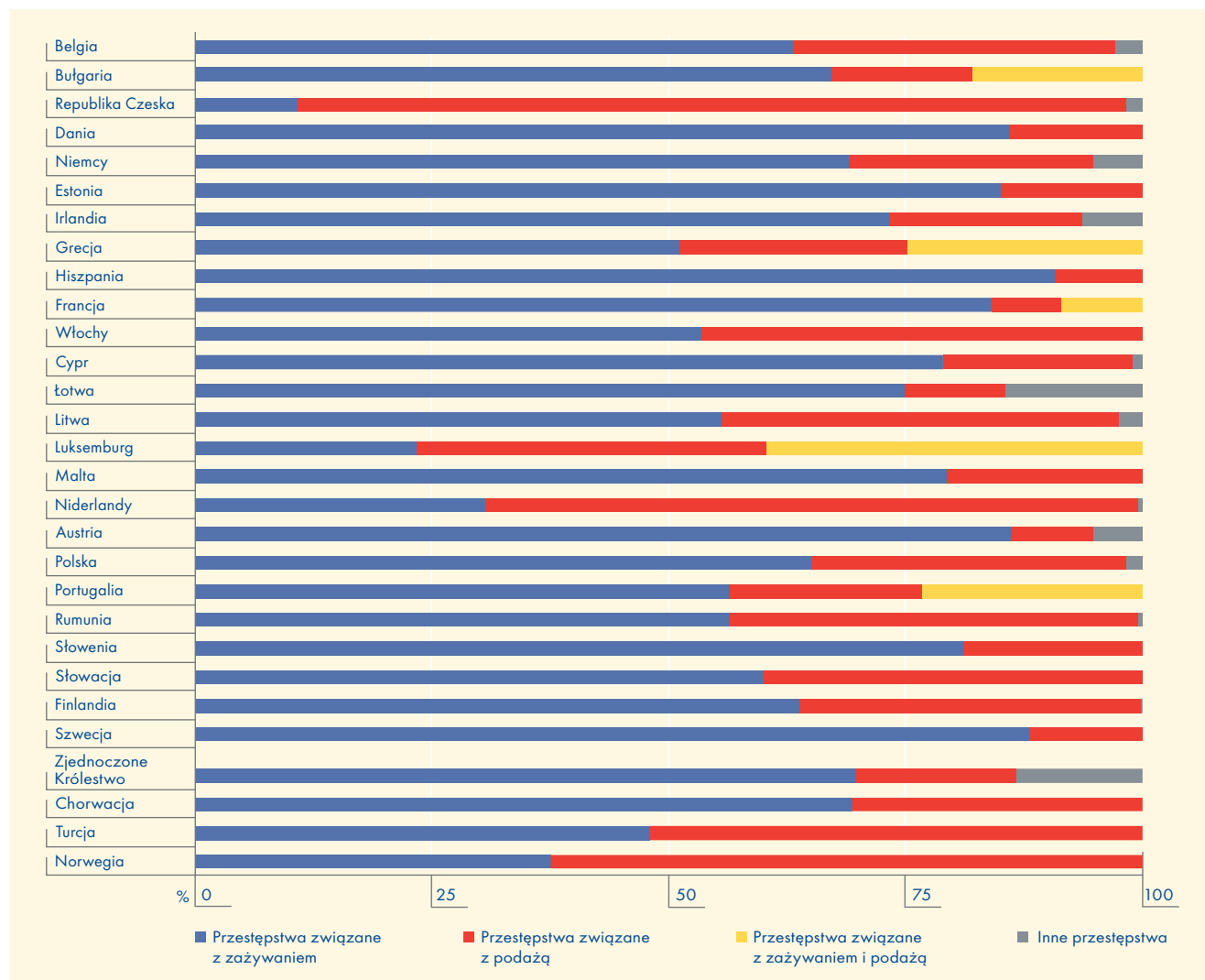
⁽³³⁾ Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-8 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽³⁴⁾ Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-7 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽³⁵⁾ Zob. wykres DLO-3 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽³⁶⁾ Dane na temat zakładów karnych w Europie dostępne są na stronie internetowej Rady Europy: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp.

⁽³⁷⁾ Źródło: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> - dane dla Federacji Rosyjskiej i Stanów Zjednoczonych.

Wykres 2: Rodzaje przestępstw na podstawie zgłoszeń naruszenia prawa antynarkotykowego w Europie

Uwaga: Więcej informacji – zob. wykres DLO-2 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Zażywanie narkotyków w populacji więźniów

Nadal brakuje standaryzacji definicji, pytań i metodologii używanych w badaniach nad zażywaniem narkotyków w więzieniach (Vandam, 2009; Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, 2008a), aczkolwiek istniejące badania wykazują, że zażywanie narkotyków nadal występuje częściej wśród więźniów niż w populacji ogólnej. Dane z kilku badań przeprowadzonych od 2002 r., głównie w Europie Zachodniej, wykazują, że od jednej trzeciej do połowy respondentów regularnie zażywało narkotyki przed pozbawieniem wolności. Badania wykazują również, że wśród więźniów mogą być skoncentrowane najbardziej szkodliwe formy zażywania narkotyków, jako że od jednej piątej do jednej trzeciej badanych zgłosiło zażywanie narkotyków dożylnie ⁽³⁸⁾.

Po uwięzieniu większość zażywających zmniejsza ilość zażywanych narkotyków lub zaprzestaje zażywania, głównie ze względu na problemy ze zdobyciem substancji. Jednak zarówno specjaliści do spraw więziennictwa, jak i osoby odpowiedzialne za wyznaczanie kierunków polityki w danym obszarze przyznają jednak, że narkotyki przenikają do większości więzień pomimo wszelkich działań podejmowanych w celu ograniczenia tych dostaw. Badania przeprowadzane od 2002 r. wykazują, że od 1 do 50% osadzonych deklaruje przynajmniej jednokrotne zażycie narkotyków w więzieniu, a 27% zażywało je regularnie ⁽³⁹⁾. Badanie przeprowadzone na 1457 więźniach z sześciu niemieckich zakładów karnych wykazało, że 22% z nich przyjmowało narkotyki dożylnie w więzieniu, podczas gdy badania w czterech innych krajach wskazują 10% lub więcej ⁽⁴⁰⁾. Osoby zażywające narkotyki dożylnie

⁽³⁸⁾ Zob. tabele DUP-105 i DUP-2 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽³⁹⁾ Zob. wykres DUP-3 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁴⁰⁾ Zob. wykres DUP-4 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

w więzieniu wydają się częściej współdzielić sprzęt do iniekcji niż osoby zażywające poza więzieniem. Rodzi to obawy o rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych wśród populacji więziennej.

Ochrona zdrowia więźniów w Europie

Więźniowie mają prawo do takiego samego poziomu opieki medycznej jak osoby żyjące w danej społeczności, a więzienna służba zdrowia powinna zapewnić leczenie problemów związanych z zażywaniem narkotyków w warunkach porównywalnych do tych oferowanych poza więzieniami (CPT, 2006; WHO, 2007). Ta ogólna zasada równorzędności obowiązuje w Unii Europejskiej na mocy zalecenia Rady z 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków ⁽⁴¹⁾, zaś nowy plan działania UE w zakresie narkotyków na lata 2009–2012 nawołuje do jej wdrożenia.

Na zapewnieniu usług opieki zdrowotnej w więzieniach ostatnio skupiają większą uwagę osoby odpowiedzialne za wyznaczanie kierunków polityki w danym obszarze i wygląda na to, że państwa członkowskie UE poprawiają poziom usług oferowanych więźniom. Na przykład kilka krajów zgłasza istnienie krajowych polityk i programów ochrony zdrowia więźniów. Wiele jednak pozostaje do zrobienia, aby zapewnić więźniom dostęp do opieki zdrowotnej o podobnym poziomie i jakości, co oferowana poza więzieniem. Oprócz tego więźniowie muszą radzić sobie z wyzwaniami związanymi ze specjalnymi potrzebami w obszarze opieki zdrowotnej osób zażywających narkotyki, takimi jak choroby zakaźne przenoszone przez krew oraz współwystępowanie problemów psychiatrycznych.

Pomoc dla osób zażywających narkotyki w więzieniach

Do usług oferowanych więźniom w Europie należą: informacje na temat narkotyków i zdrowia, badania przesiewowe w kierunku chorób zakaźnych i szczepienia oraz leczenie uzależnień od narkotyków, w tym detoksykacja, leczenie substytucyjne oraz podejście nefarmakologiczne, przygotowanie do zwolnienia z więzienia. Przykłady poszerzania zakresu usług zdrowotnych dostępnych dla więźniów to np. wprowadzenie leczenia substytucyjnego w więzieniach w Republice Czeskiej, Polsce i Szwecji, program leczenia nefarmakologicznego na Cyprze oraz rozszerzenie duńskiej „gwarancji leczenia” na więzienia (udostępnienie leczenia z uzależnienia w ciągu dwóch tygodni od momentu zgłoszenia).

Kontynuacja leczenia substytucyjnego po osadzeniu w więzieniu zatwierdzona została przez oficjalne regulacje w 26 krajach, ale nie jest wykorzystywana w pięciu z nich, podczas gdy w 21 krajach tego typu leczenie można rozpocząć w więzieniu. Według ekspertów istnieją jednak różnice, jeśli chodzi o zapewnienie tego typu interwencji. Leczenie substytucyjne dostępne jest w prawie wszystkich więzieniach w dziewięciu krajach, a w ponad połowie więzień – w kolejnych czterech państwach. W Republice Czeskiej, we Francji, w Niemczech i Zjednoczonym Królestwie szacuje się, że leczenie substytucyjne zapewniono w mniej niż połowie więzień, zaś na Węgrzech, w Polsce, Finlandii i Szwecji jedynie w kilku z nich. W dziewięciu krajach (Bułgaria, Estonia, Grecja, Cypr, Litwa, Łotwa, Słowacja, Rumunia, Turcja) tego typu leczenie nie jest dostępne w więzieniach, aczkolwiek przygotowania do wprowadzenia go trwają w Bułgarii i Rumunii, a zmiany prawne omawiane są na Łotwie.

Ograniczonej dostępności leczenia substytucyjnego w społeczeństwie zwykle towarzyszy brak lub bardzo ograniczona dostępność tego typu leczenia w więzieniach ⁽⁴²⁾. Inne bariery dla leczenia substytucyjnego w więzieniach zgłaszane przez państwa członkowskie to: brak ram regulacyjnych dla wprowadzenia go (Finlandia) oraz wymaganie opłat za leczenie (francuskojęzyczna społeczność w Belgii). Zapewnienie leczenia substytucyjnego zależy często od warunków lokalnych, a czasami jest uzależnione od inicjatywy danego lekarza więziennego.

Oceny ekspertów dotyczące dostępności i poziomu zapewnienia innych metod profilaktyki i ograniczania szkód mierzonych w więzieniach dostępne są dla 26 krajów UE, Norwegii i Turcji. Indywidualne poradnictwo dotyczące chorób zakaźnych i ocena ryzykownych zachowań związanych z zażywaniem narkotyków dostępne jest w więzieniach w 26 krajach. Przeprowadzanie badań na występowanie wirusowego zapalenia wątroby typu C po osadzeniu w więzieniu dostępne jest w 22 krajach, ale nie na Węgrzech, w Polsce i Turcji. Jednakże na Węgrzech ponad 14% więźniów przebadano przesiewowo pod kątem wirusowego zapalenia wątroby typu C w ciągu pierwszych 9 miesięcy stałej kampanii, którą rozpoczęto w 2007 r. Wśród innych interwencji, których dostępność została zgłoszona w trzynastu krajach, znajdują się: programy szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, szkolenia dla personelu więziennego dotyczące poszczególnych narkotyków oraz poradnictwo

⁽⁴¹⁾ Dz.U. L 165 z 3.7.2003, s. 31.

⁽⁴²⁾ Zob. wykres HSR-2 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

i szkolenie w zakresie bezpieczniejszego zażywania. Jednak ich zakres jest zróżnicowany.

Poziom dostępności środków zapobiegających przedawkowaniu jest podobny. Chociaż dotyczące ryzyka przedawkowania doradztwo przed zwolnieniem z więzienia dostępne jest w 18 krajach, szacuje się, że uzyskało je jedynie kilku więźniów w ciągu ostatnich 12 miesięcy w ośmiu krajach. Materiały informacyjne dotyczące zgonów i innych zagrożeń związanych

z narkotykami, opracowane specjalnie dla środowiska więziennego, dostępne są jedynie w siedmiu krajach ⁽⁴³⁾.

Możliwość wymiany igieł i strzykawek zapewniona jest w więzieniach w Niemczech, Hiszpanii, Luksemburgu, Portugalii i Rumunii, a w Zjednoczonym Królestwie (Szkocja) jest planowane. Wśród przeszkód dla skutecznego wdrożenia pewnych programów wymiany igieł i strzykawek w więzieniach zanotowano opór ze strony personelu więziennego i brak poufności.

⁽⁴³⁾ Zob. tabela HSR-7 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Rozdział 3

Konopie indyjskie

Wprowadzenie

W ostatnim dziesięcioleciu sytuacja w Europie w zakresie zażywania konopi indyjskich uległa znacznym zmianom, podobnie jak debata na temat odpowiedniego reagowania na szeroko rozpowszechnione zażywanie tego narkotyku. Na początku i w połowie lat 90. XX w. nieliczne kraje wyróżniały się dużym rozpowszechnieniem tego narkotyku, jeżeli weźmie się pod uwagę normę europejską, której poziom – według dzisiejszych standardów – był niski. W większości krajów w latach 90. XX w. i na początku XXI w. wzrosło zażywanie konopi indyjskich i w wyniku tego ukształtował się dzisiejszy mniej zróżnicowany obraz europejski, nawet jeżeli nadal istnieją istotne różnice między poszczególnymi krajami. Ponadto w ciągu ostatnich kilku lat wzrastała świadomość implikacji dla zdrowia publicznego wynikających z długotrwałego i szeroko rozpowszechnionego zażywania tego narkotyku oraz nastąpił wzrost zgłaszanego zapotrzebowania na leczenie związane z problemami powodowanymi przez konopie indyjskie. Europa przypuszczalnie wkracza teraz

w nową fazę, ponieważ dane z badań ankietowych przeprowadzonych wśród populacji ogólnej i w szkołach wskazują na ustabilizowanie sytuacji, czy wręcz na tendencję spadkową. Poziom zażywania tego narkotyku jednak pozostaje wysoki w porównaniu ze standardami historycznymi, a ustalenie skutecznego sposobu reagowania na zażywanie konopi indyjskich to nadal kluczowa kwestia europejskiej debaty na temat narkotyków.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Konopie indyjskie można uprawiać w bardzo rozmaitych środowiskach, w wielu częściach świata to roślina dziko rosnąca. Obecnie szacuje się, że jest uprawiana na obszarze 172 krajów i terytoriów (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Zestawienie wszystkich tych faktów oznacza, że opracowywanie dokładnych danych szacunkowych na

Tabela 2: Produkcja, konfiskata, cena i siła działania marihuany i żywicy konopnej

	Żywica konopna	Marihuana
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	2200–9900	13300–66100
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	1300	5600
Skonfiskowana ilość (w tonach)		
UE i Norwegia	853	70
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(859)	(96)
Liczba konfiskat		
UE i Norwegia	324 000	227 000
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(325 000)	(241 000)
Średnia cena detaliczna (euro za gram)		
Rozstęp	3–11	1–12
(Rozstęp międzykwartylowy) ⁽¹⁾	(5–9)	(4–9)
Rozstęp średniej siły działania (zawartość THC)	2–13%	1–10%

⁽¹⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych cen średnich.

Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2007 r., z wyjątkiem szacunków produkcji globalnej, które dotyczą 2008 r.

Źródło: Wartości globalne – sprawozdanie UNODC World drug report (2009), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

⁽⁴⁴⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, zob. str. 42.

temat światowej produkcji konopi indyjskich jest trudne. UNODC (2009) szacuje globalną produkcję marihuany w 2008 r. na 13 300–66 100 ton.

Uprawa konopi indyjskich w Europie jest szeroko rozpowszechniona i prawdopodobnie rośnie (Korf, 2008). W 2007 r. 19 państw europejskich wspomniało o krajowej uprawie konopi indyjskich, jednak skala zjawiska wydaje się być bardzo zróżnicowana. Niemniej jednak prawdopodobnie znaczna część konopi indyjskich zażywanych w Europie pochodzi z handlu wewnątrzregionalnego.

Marihuana w Europie pochodzi także z importu – głównie z Afryki (np. z Nigerii, Maroka, Ghany, Republiki Południowej Afryki), rzadziej z Azji Południowo-Zachodniej (Pakistan) i obu Ameryk (Jamajka) (INCB, 2009a).

Wielkość globalnej produkcji żywicy konopnej w 2008 r. oszacowano na 2200–9900 ton (UNODC, 2009), przy czym głównym producentem pozostawało Maroko. Zgodnie z przekazanymi danymi areal pod produkcję żywicy konopnej zmniejszył się w latach 2003–2005 z 134 000 do 76 400 hektarów (UNODC i rząd Maroka, 2007). Doniesiono również o produkcji żywicy w innych państwach, w tym w Afganistanie i Pakistanie (UNODC, 2009). Żywica konopna wyprodukowana w Maroku zwykle jest przemykana do Europy przez Półwysep Iberyjski i Holandię, a następnie dalej rozprowadzana do innych państw europejskich.

Konfiskaty

Szacuje się, że w 2007 r. na całym świecie skonfiskowano 5600 ton marihuany i 1300 ton żywicy konopnej, tj. o ok. 10% więcej w stosunku do roku poprzedniego. Ponownie największą ilość marihuany (66%) skonfiskowano w Ameryce Północnej, podczas gdy w Europie Zachodniej i Środkowej na najwyższym poziomie pozostawała ilość skonfiskowanej żywicy konopnej (66%) (UNODC, 2009).

Szacuje się, że w 2007 r. w Europie miało miejsce 241 000 przypadków konfiskaty marihuany, co odpowiada 96 tonom narkotyku ⁽⁴⁵⁾. W latach 2002–2007 liczba konfiskat wzrosła ponad dwukrotnie. Podczas pierwszych dwóch lat tego okresu ilość skonfiskowanej marihuany spadła o połowę, a następnie wzrosła, chociaż wciąż była dużo mniejsza w porównaniu z ilością skonfiskowaną w 2002 r., tj. 130 tonami. Największą liczbę konfiskat marihuany zgłosiło Zjednoczone Królestwo – około połowy wszystkich przypadków konfiskat w 2005 i 2006 r.

W 2007 r. konfiskatę rekordowych ilości zgłosiła Turcja (25,5 tony) i Belgia (12,8 tony).

Konfiskaty żywicy konopnej w Europie przekroczyły konfiskaty marihuany zarówno pod względem

Podaż i dostępność narkotyków – dane i źródła

Systematyczne, dostarczane w sposób rutynowy informacje opisujące rynki nielegalnych narkotyków i handlu nimi są nadal ograniczone. Szacunkowe dane na temat produkcji heroiny, kokainy i konopi indyjskich uzyskuje się na podstawie oszacowań upraw podczas prac w terenie (pobieranie prób na miejscu) oraz zdjęć lotniczych lub satelitarnych. Oszacowania zawierają pewne poważne ograniczenia, na przykład odchylenia w wielkości plonów lub trudności w monitorowaniu upraw, takich jak konopie indyjskie, które mogą być uprawiane w pomieszczeniach lub nie ograniczają się do określonych obszarów geograficznych.

Liczbę konfiskat narkotyków w danym kraju często przyjmuje się jako pośredni wskaźnik wielkości podaży, szlaków handlowych i dostępności narkotyków.. Stanowi ona bardziej bezpośredni wskaźnik dotyczący działań antynarkotykowych organów ścigania (np. ich priorytetów, zasobów i strategii), jak również odzwierciedla praktyki w zakresie raportowania oraz podatność handlarzy narkotyków na różne działania. Aby zrozumieć funkcjonowanie detalicznych rynków narkotykowych, można także analizować dane na temat czystości lub siły działania oraz cen detalicznych nielegalnych narkotyków. Dostępność tego typu danych może być jednak ograniczona i mogą rodzić się pytania o ich wiarygodność i porównywalność. Informacje wywiadowcze z organów ścigania mogą pomóc w uzyskaniu pełnego obrazu.

EMCDDA gromadzi dane krajowe na temat konfiskat, czystości i cen detalicznych narkotyków w Europie. Inne dane dotyczące podaży narkotyków pochodzą z analiz i systemów informacyjnych UNODC, których uzupełnieniem są dodatkowe informacje dostarczane przez Europol. Informacje na temat prekursorów narkotyków uzyskuje się z Komisji Europejskiej, która gromadzi dane na temat konfiskat tych substancji w UE, oraz z INCB, który zajmuje się inicjatywami międzynarodowymi mającymi na celu zapobieganie przedstawiom w niniejszym sprawozdaniu należy interpretować z ostrożnością, mimo że reprezentują one najlepsze przybliżenia z możliwych.

Ze względu na to, że w wielu częściach świata wciąż brak jest zaawansowanych systemów informacyjnych związanych z podażą narkotyków, dane i oszacowania przedstawione w niniejszym sprawozdaniu należy interpretować z ostrożnością, mimo że reprezentują one najlepsze przybliżenia z możliwych.

⁽⁴⁵⁾ Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabelach od SZR-1 do SZR-6 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

liczby przypadków, jak i ilości narkotyku ⁽⁴⁶⁾. W 2007 r. dokonano około 325 000 konfiskat żywicy konopnej, przechwytyjąc 859 ton narkotyku, czyli blisko ośmiokrotnie więcej niż marihuany. W latach 2002–2007 liczba konfiskat żywicy konopnej rosła, aczkolwiek ilości przechwycone w tym okresie były zmienne. Hiszpania zgłosiła ponad połowę wszystkich przypadków konfiskat żywicy konopnej i około dwóch trzecich całkowitej ilości narkotyku przechwyconego w 2007 r. Rekordowe ilości żywicy konopnej skonfiskowano w Belgii (59 ton), Portugalii (43 tony) i Turcji (6 ton).

Od 2002 r. liczba konfiskat roślin konopi indyjskich stale rosła, osiągając w 2007 r. w przybliżeniu 15 000 przypadków. Skonfiskowane ilości zgłaszane są jako liczba roślin lub szacunkowa waga. Skonfiskowano 2,4 mln roślin – w ciągu ostatnich dwóch lat wartość ta była stosunkowo stabilna, przy czym w 2002 r. wynosiła 1,5 mln. W tym okresie waga skonfiskowanych roślin znacznie wzrosła, osiągając w 2007 r. 27 ton, z czego 25 ton zgłosiła Hiszpania.

Siła działania i cena

Siła działania produktów otrzymanych z konopi indyjskich określana jest na podstawie zawartości delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), czyli głównego składnika czynnego. Siła działania konopi indyjskich różni się znacznie w zależności od kraju i w obrębie jednego kraju, jak również w różnych produktach otrzymanych z konopi indyjskich. Informacje na temat siły działania konopi indyjskich są oparte głównie na analizach sądowych próbek skonfiskowanych konopi. Stopień, w jakim analizowane próbki stanowią odzwierciedlenie całego rynku, jest niejasny, więc dane na temat siły działania należy interpretować z pewną ostrożnością. W 2007 r. zgłoszona krajowa średnia zawartość THC w próbkach żywicy konopnej wahała się od 2,9 do 13,3%. W przypadku marihuany – z wyjątkiem domowych upraw sinsemilli („nederwiet”) w Niderlandach – wskaźnik ten wahał się od 1,2 do 10,2%. W latach 2002–2007 zgłoszona średnia siła działania żywicy i marihuany pozostawała stabilna lub zmniejszyła się w większości z 16 krajów europejskich, dla których możliwe było przeprowadzenie analiz. Jednakże w Portugalii i Luksemburgu odnotowano tendencję wzrostową w średniej zawartości THC w żywicy konopnej. Wzrost siły działania marihuany odnotowano w pięciu innych krajach. Dane dotyczące siły działania lokalnie produkowanej marihuany w okresie kilku lat są dostępne wyłącznie w odniesieniu do Niderlandów, gdzie ostatnio

odnotowano spadek średniej siły działania nederwiet z najwyższej notowanej wielkości 20,3% w 2004 r. do 16,0% w 2006 r., przy czym w 2007 r. siła działania utrzymywała się na tym poziomie ⁽⁴⁷⁾.

W 2007 r. średnia cena detaliczna żywicy konopnej wahała się od 3 do 11 euro za gram w 18 krajach, które przekazały informacje, przy czym połowa z nich podała ceny rzędu od 5 do 9 euro za gram. Średnia cena detaliczna marihuany wahała się od 1 do 12 euro za gram w 17 krajach, które dostarczyły dane, przy czym około połowa z nich podała ceny w granicach od 4 do 9 euro. W przypadku 11 krajów, które podały dane za okres 2002–2007, średnia cena detaliczna żywicy konopnej (po uwzględnieniu inflacji) spadła. Dane dotyczące cen marihuany wskazują na bardziej stabilną sytuację w tym okresie.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania

Zażywanie konopi indyjskich w populacji ogólnej

Według ostrożnych szacunków około 74 mln Europejczyków przynajmniej jeden raz zażyło konopie indyjskie (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia), czyli średnio więcej niż co piąta osoba w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat (zestawienie danych – zob. tabela 3). Istnieją znaczne różnice między krajami – wielkości krajowe wahały się w granicach od 1,5 do 38,6%. W większości krajów dane szacunkowe wynoszą w granicach od 10 do 30%.

Wiele krajów zgłasza stosunkowo wysoki poziom rozpowszechnienia, jeżeli chodzi o zażywanie konopi indyjskich w ostatnim roku i ostatnim miesiącu. Szacuje się, że 22,5 mln Europejczyków zażywało ten narkotyk w ostatnim roku, co stanowi średnio 6,8% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat. Szacunkowe dane dotyczące wskaźnika zażycia w ostatnim miesiącu uwzględniają osoby zażywające ten narkotyk częściej, choć niekoniecznie intensywnie. Szacuje się, że około 12 mln Europejczyków zażyło ten narkotyk w poprzednim miesiącu, co stanowi średnio około 3,6% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat.

Zażywanie konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych

Zażywanie konopi indyjskich dotyczy głównie grupy osób młodych (od 15 do 34 lat), przy czym najwyższy poziom zażywania w zeszłym roku zgłaszany jest w przypadku osób w przedziale wiekowym od 15 do 24 lat. Ma to

⁽⁴⁶⁾ Ze względu na różnice w rozmiarze transportu, przebytej odległości, a także konieczności przejścia przez granice międzynarodowe w przypadku żywicy konopnej może istnieć większe ryzyko skonfiskowania niż w przypadku marihuany krajowej produkcji.

⁽⁴⁷⁾ Więcej danych na temat siły działania i cen – zob. tabele PPP-1 i PPP-5 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Tabela 3: Rozpowszechnienie zażywania konopi indyjskich w populacji ogólnej – dane podstawowe

Grupa wiekowa	Okres zażywania		
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok	ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	74 mln	22,5 mln	12 mln
Średnia europejska	22,1%	6,8%	3,6%
Przedział	1,5–38,6%	0,4–14,6%	0,1–7,2%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (1,5%) Malta (3,5%) Bułgaria (5,6%) Cypr (6,6%)	Rumunia (0,4%) Malta (0,8%) Grecja (1,7%) Bułgaria (1,9%)	Rumunia (0,1%) Malta (0,5%) Szwecja (0,6%) Litwa (0,7%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (38,6%) Włochy (31,2%) Francja (30,6%) Zjednoczone Królestwo (30,0%)	Włochy (14,6%) Hiszpania (10,1%) Republika Czeska (9,3%) Francja (8,6%)	Włochy (7,2%) Hiszpania (7,1%) Francja, Republika Czeska (4,8%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	41,5 mln	17 mln	9 mln
Średnia europejska	31,1%	12,5%	6,8%
Przedział	2,9–48,0%	0,9–20,9%	0,3–13,4%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (2,9%) Malta (4,8%) Cypr (9,9%) Grecja (10,8%)	Rumunia (0,9%) Malta (1,9%) Grecja (3,2%) Cypr (3,4%)	Rumunia (0,3%) Szwecja (1,3%) Grecja, Litwa (1,5%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (48,0%) Francja (43,6%) Zjednoczone Królestwo (40,1%) Republika Czeska (38,3%)	Włochy (20,9%) Republika Czeska (19,3%) Hiszpania (18,8%) Francja (16,7%)	Hiszpania (13,4%) Włochy (10,4%) Republika Czeska, Francja (9,8%)
15–24 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	19 mln	10 mln	5 mln
Średnia europejska	30,5%	15,8%	8,3%
Przedział	3,7–43,9%	1,5–28,2%	0,5–16,9%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (3,7%) Malta (4,9%) Cypr (6,9%) Grecja (9,0%)	Rumunia (1,5%) Grecja, Cypr (3,6%) Szwecja (6,0%) Portugalia (6,6%)	Rumunia (0,5%) Grecja (1,2%) Szwecja (1,6%) Cypr, Litwa (2,0%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (43,9%) Francja (42,0%) Dania (41,1%) Niemcy (39,0%)	Republika Czeska (28,2%) Hiszpania (24,1%) Włochy (22,6%) Francja (21,7%)	Hiszpania (16,9%) Republika Czeska (15,4%) Francja (12,7%) Włochy (11,5%)

Europejskie szacunki rozpowszechnienia oparte są na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln), od 15 do 34 lat (133 mln) i od 15 do 24 lat (63 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2009 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.

Badania ankietowe: ważne narzędzie poznania schematów i tendencji w zażywaniu narkotyków w Europie

Zakres zażywania narkotyków przez ogół ludności lub w środowisku szkolnym mierzy się na podstawie reprezentatywnych badań ankietowych przekazujących dane szacunkowe o odsetku jednostek, które informują o zażywaniu konkretnych narkotyków w określonych przedziałach czasowych. Badania ankietowe dostarczają również przydatnych informacji kontekstowych na temat schematów zażywania, socjodemograficznych cech osób zażywających narkotyki oraz percepcji zagrożeń i dostępności.

EMCDDA w ścisłej współpracy z ekspertami krajowymi przygotowało zestaw punktów głównych przeznaczony do stosowania w badaniach ankietowych prowadzonych wśród osób dorosłych (Europejski kwestionariusz modelowy – EMQ). Procedura ta jest już wdrożona w większości państw członkowskich UE. Nadal występują jednak różnice, jeżeli chodzi o stosowaną metodologię i rok zbierania danych, co oznacza, że niewielkie różnice – zwłaszcza pomiędzy krajami – należy interpretować z pewną ostrożnością.

Przeprowadzanie badań ankietowych jest kosztowne i niewiele krajów europejskich gromadzi informacje co roku, chociaż wiele z nich gromadzi je w odstępach od dwóch do czterech lat. Dane uwzględnione w niniejszym sprawozdaniu opierają się na wynikach najbardziej aktualnych badań w każdym kraju; w większości oznacza to okres między 2004 a 2007 rokiem.

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia (zażycie narkotyku przynajmniej raz w życiu) dotyczy najdłuższego

okresu ze wszystkich trzech standardowych ram czasowych stosowanych do celów raportowania danych uzyskanych w trakcie badań. Wskaźnik ten nie odzwierciedla aktualnej sytuacji osób dorosłych w zakresie zażywania narkotyków, ale może być przydatny w zrozumieniu schematów i częstotliwości zażywania narkotyków. W przypadku osób dorosłych standardowe przedziały wiekowe EMCDDA to od 15 do 64 lat (wszyscy dorośli) i od 15 do 34 lat (młode osoby dorosłe); nacisk kładzie się tu na zażywanie narkotyków w ostatnim roku i w ostatnim miesiącu (zażywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub ostatnich 30 dni przed przeprowadzeniem badań ankietowych) ⁽¹⁾. W przypadku uczniów wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia i wskaźnik zażywania w ostatnim roku mają podobną wielkość, ponieważ zażywanie nielegalnych narkotyków przez osoby w wieku poniżej 15 lat występuje rzadko.

W ramach europejskiego projektu dotyczącego badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD) stosowane są znormalizowane metody i instrumenty mające na celu pomiar zażywania narkotyków i spożywania alkoholu w reprezentatywnej próbie uczniów w wieku od 15 do 16 lat. Badania ESPAD przeprowadzono w roku 1995, 1999, 2003 i 2007. W 2007 r. zebrano dane z 35 państw, w tym 25 państw członkowskich UE, Norwegii i Chorwacji ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Więcej informacji znajduje się pod adresem <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>.

⁽²⁾ Streszczenie głównych wyników badań ankietowych ESPAD dostępne jest w 23 językach (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Pełną wersję sprawozdania można znaleźć na stronie internetowej ESPAD (<http://www.espad.org>).

miejsce prawie we wszystkich krajach europejskich z wyjątkiem Portugalii ⁽⁴⁸⁾.

Dane wynikające z badania populacji wskazują, że przeciętnie 31,1% wszystkich młodych osób dorosłych w Europie (od 15 do 34 lat) zażyło konopie indyjskie przynajmniej jeden raz, podczas gdy 12,5% zażyło ten narkotyk w ostatnim roku, a 6,8% – w ostatnim miesiącu. Szacuje się, że nawet wyższy odsetek Europejczyków w grupie wiekowej od 15 do 24 lat zażył konopie indyjskie w ostatnim roku (15,9%) lub w ostatnim miesiącu (8,3%). Krajowe szacunki rozpowszechnienia konopii indyjskich różnią się znacznie pod każdym względem w zależności od kraju, przy czym kraje znajdujące się w górnych granicach tej skali zgłaszały wielkości dziesięciokrotnie przewyższające dane z krajów o najniższym stopniu rozpowszechnienia tych narkotyków.

Zażywanie konopii indyjskich jest na ogół większe wśród mężczyzn niż wśród kobiet (zob. – EMCDDA, 2006a), chociaż zaobserwowano znaczne różnice w zależności od kraju. Na przykład wśród osób zgłaszających

zażywanie konopii indyjskich w ostatnim roku stosunek mężczyzn do kobiet wahał się od 6,4:1 (w Portugalii) do 1,4:1 (w Austrii).

Zażywanie konopii indyjskich wśród uczniów

Badania ESPAD ⁽⁴⁹⁾ podają porównywalne dane na temat spożycia alkoholu i narkotyków w Europie wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat (Hibell i in., 2009). W 2007 r. badania te przeprowadzono w 25 państwach członkowskich UE, a także w Norwegii i Chorwacji. Niektóre państwa (np. Hiszpania, Szwecja i Zjednoczone Królestwo) przeprowadzają w szkołach własne krajowe badania ankietowe, które dostarczają danych, w tym na temat zażywania konopii indyjskich, porównywalnych z badaniami ankietowymi ESPAD i HBSC (badania nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w wieku szkolnym).

Dane z badań ESPAD z 2007 r. wykazują, że najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopii indyjskich wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat występuje w Republice Czeskiej (45%) ⁽⁵⁰⁾, natomiast

⁽⁴⁸⁾ Zob. wykres GPS-1 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁴⁹⁾ Zob. pole na temat badań ankietowych populacji.

⁽⁵⁰⁾ Zob. wykres EYE-1 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Estonia, Francja, Niderlandy, Słowacja i Zjednoczone Królestwo zgłosiły wskaźniki zażycia na poziomie od 26 do 32%. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich w przedziale od 13 do 25% zgłosiło 15 państw. Najniższe wskaźniki (mniej niż 10%) zgłosiły: Grecja, Cypr, Rumunia, Finlandia, Szwecja i Norwegia. Ogólnie rzecz biorąc, zróżnicowanie wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich wśród uczniów w zależności od płci jest małe.

W Europie najwyższy wskaźnik zażywania konopi indyjskich w ostatnim miesiącu wśród osób w wieku od 15 do 16 lat zgłosiły Hiszpania (20%) i Republika Czeska (18%)⁽⁵¹⁾.

Porównania międzynarodowe

Liczby europejskie można porównać z danymi dotyczącymi innych części świata. Na przykład w Stanach Zjednoczonych autorzy krajowych badań dotyczących zdrowia i zażywania narkotyków (Samhsa, 2007) ocenili wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich na 49% w grupie młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat, przeliczone przez EMCDDA), a wskaźnik zażycia tego narkotyku w ostatnim roku –

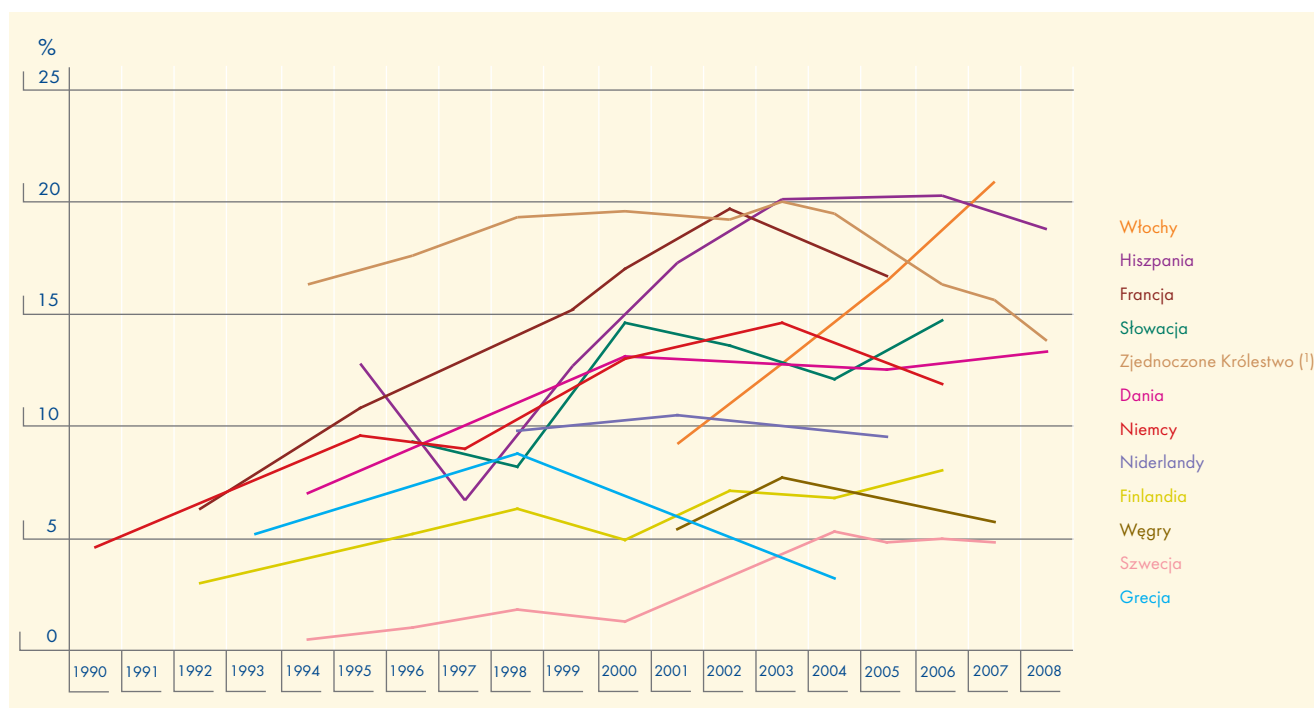
na 21%. W tej samej grupie wiekowej w Kanadzie (2004) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich wynosił 58%, a analogiczny wskaźnik dotyczący zażycia tego narkotyku w ostatnim roku – 28%, podczas gdy w Australii (2007) liczby te wynosiły odpowiednio 47 i 16%. Wszystkie te wielkości kształtują się znacznie powyżej odpowiadających im średnich europejskich, które wynoszą odpowiednio 31,1 i 12,5%.

W przypadku uczniów jedynie Hiszpania i Republika Czeska zgłaszają wskaźniki przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich na poziomie porównywalnym z wartościami odnotowywanymi w Stanach Zjednoczonych i Australii.

Tendencje w zażywaniu konopi indyjskich

Dane pochodzące z badań krajowych zgłoszone do EMCDDA pokazują, że w latach 90. nastąpił znaczny wzrost zażywania konopi indyjskich prawie we wszystkich krajach UE, szczególnie widoczny wśród młodzieży (wykres 3) i uczniów. Do przełomu wieków w większości państw europejskich znaczny odsetek ludzi młodych zażywał narkotyki w danym czasie lub w przeszłości, na co wskazuje fakt, iż w latach 1998–2003 wskaźnik

Wykres 3: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia konopi indyjskich w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



⁽¹⁾ Anglia i Walia.

Uwaga: Więcej informacji – zob. wykres GPS-4 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe ReitoX (2008), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

⁽⁵¹⁾ Zob. wykres EYE-1 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich w grupie wiekowej od 15 do 34 lat wzrósł do około 30% w siedmiu krajach, a w dwóch innych przekroczył 40%. Odpowiedni wskaźnik zażywania w ostatnim roku w tej grupie wiekowej wyniósł od 15 do 20% w siedmiu państwach, a wskaźnik zażywania w ostatnim miesiącu – od 8 do 15% w sześciu państwach.

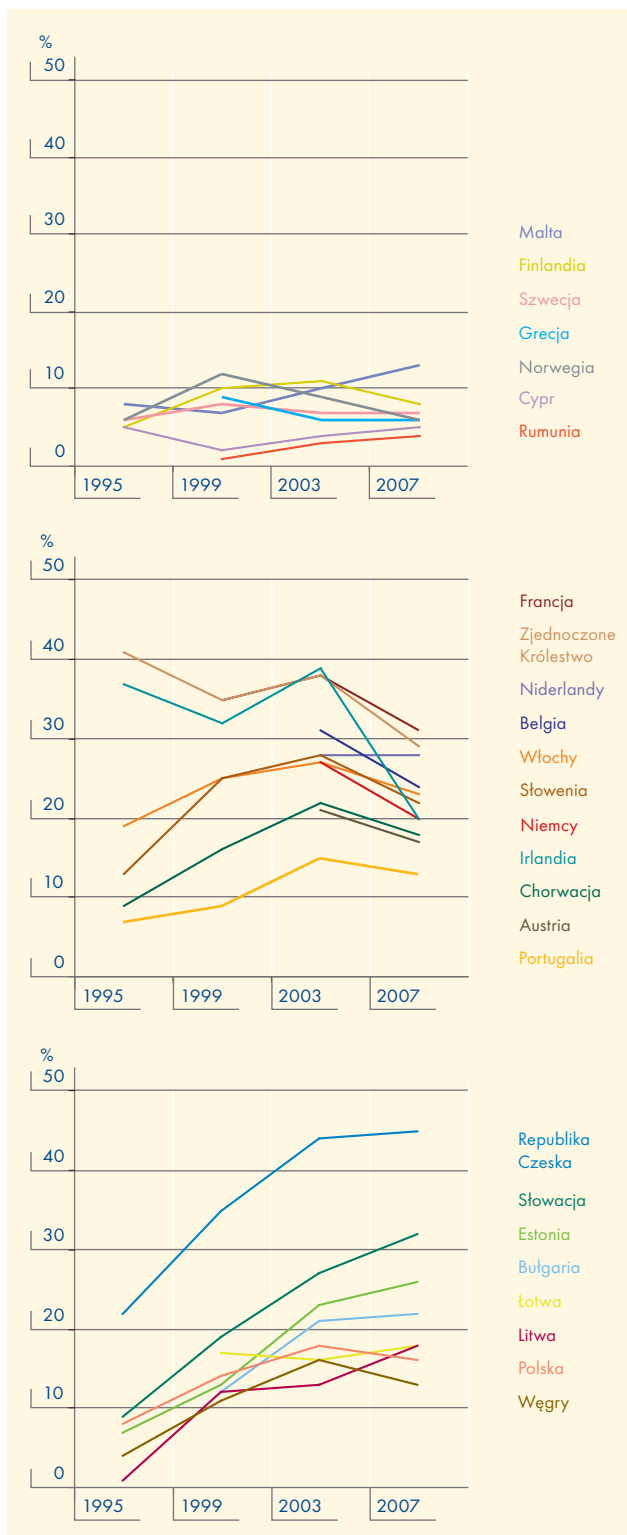
Szczególnie interesująca jest tendencja w zażywaniu konopi indyjskich w Zjednoczonym Królestwie. Na początku i w połowie lat 90. kraj ten wyróżniał się na tle Europy jako zgłaszający najwyższe szacunkowe wskaźniki rozpowszechnienia. Sytuacja ta uległa zmianie, gdy w innych państwach wzrosły wskaźniki zażywania tego narkotyku. Ponadto od 2003 r. zażywanie konopi indyjskich w Zjednoczonym Królestwie stale maleje, szczególnie w grupie wiekowej od 16 do 24 lat ⁽⁵²⁾, co wskazuje na zmianę pokoleniową. Tendencję stabilną lub spadkową można obecnie również zauważyć także w wynikach niektórych badań ankietowych przeprowadzanych w szkołach i wśród populacji ogólnej. Z 11 krajów, w przypadku których możliwe jest przeanalizowanie tendencji w latach 2002–2007 w zakresie wskaźnika zażywania w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych, cztery zgłosiły spadek o przynajmniej 15% wartości początkowej, a w kolejnych czterech sytuacja wydaje się być stabilna ⁽⁵³⁾. W trzech krajach wskaźnik zażywania wzrósł o co najmniej 15%, chociaż inne dane podają tę tendencję zwykłą w wątpliwość.

Tendencje wśród uczniów

Podobnie jak w przypadku osób dorosłych, w latach 1995–2003 w wielu krajach europejskich nastąpił wzrost zażywania konopi indyjskich wśród uczniów, ale niedawno tendencja ta na ogół zatrzymała się lub spadła. Od 2003 r. spośród państw monitorowanych przez EMCDDA i uczestniczących w badaniach ankietowych ESPAD w szkołach w 2007 r. jedynie dwa (Litwa i Słowacja) zgłosiły wzrost o więcej niż trzy punkty procentowe w zakresie przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich, a dziewięć krajów zgłosiło w tym okresie spadek o taką samą wartość ⁽⁵⁴⁾. Dane z badań ankietowych w szkołach w Stanach Zjednoczonych i Australii także wskazują na tendencję spadkową, którą po raz pierwszy odnotowano w Australii w 1999 r. ⁽⁵⁵⁾.

W całej Europie można zauważyć różne wzory w tendencjach czasowych w zakresie zażywania konopi

Wykres 4: Różne schematy tendencji we wskaźnikach przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich przez uczniów w wieku od 15 do 16 lat



Źródło: ESPAD

⁽⁵²⁾ Zob. wykres GPS-10 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁵³⁾ W przypadku braku danych dla tych konkretnych lat przyjęto informacje z roku poprzedzającego lub następnego.

⁽⁵⁴⁾ ESPAD uznaje wzrost lub spadek o ponad 3 punkty procentowe za świadczący o zmianie.

⁽⁵⁵⁾ Zob. wykres EYE-1 (część xii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

indyjskich wśród uczniów w latach 1995–2007 (wykres 4). Siedem państw, głównie z północnej i południowej Europy (Grecja, Cypr, Malta, Rumunia, Finlandia, Szwecja i Norwegia) zgłosiło ogólnie stabilny i niski wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich dla całego tego okresu. W 2007 r. spadek lub stabilizację odnotowała większość państw zachodnioeuropejskich, a także Chorwacja i Słowenia, w których do 2003 r. wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich był wysoki lub szybko rosnący. Spośród tych jedenastu państw dziewięć zgłosiło spadek o ponad 3 punkty procentowe, a dwa – wskaźniki stabilne. W środkowej i wschodniej Europie sytuacja jest nieco inna – obserwowana tam w latach 1995–2003 tendencja wzrostowa wydaje się wyrównywać. W tym regionie sześć państw zgłosiło sytuację stabilną, a dwa – wzrost o ponad 3 punkty procentowe ⁽⁵⁶⁾.

W niektórych państwach europejskich wzrostowi wskaźnika przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich wśród uczniów w latach 1995–2003 towarzyszył wzrost wskaźnika przynajmniej jednokrotnego palenia papierosów. Od 2003 r. obie te tendencje w wielu krajach uległy odwróceniu, co wskazuje na możliwy związek między paleniem tytoniu i paleniem konopi indyjskich wśród osób młodych ⁽⁵⁷⁾.

Schematy zażywania konopi indyjskich

Dostępne dane wskazują na występowanie różnorodnych schematów zażywania konopi indyjskich. Tylko 30% osób w grupie wiekowej od 15 do 64 lat, które przynajmniej jednokrotnie zażyły konopie indyjskie, zrobiło to w ostatnim roku ⁽⁵⁸⁾. Natomiast średnio 50% osób, które zażywały ten narkotyk w ostatnim roku, uczyniło to w ostatnim miesiącu. Najnowsze badania wykazują, że wielokrotne zażywanie tej substancji może być zjawiskiem dość trwałym w długich okresach, nawet wśród młodszych osób zażywających ten narkotyk (Perkonig, 2008).

Ocena rozpowszechnienia intensywnych i długotrwałych schematów zażywania to sprawa ważna z punktu widzenia zdrowia publicznego, ponieważ ma to związek z różnymi skutkami negatywnymi, takimi jak: problemy z oddychaniem, osiąganie słabszych wyników i uzależnienie (Hall i Solowij, 1998). Codzienne lub prawie codzienne zażywanie (zażywanie przez 20 lub

więcej dni w ciągu ostatnich 30 dni) jest obecnie najlepszym dostępnym porównywalnym wskaźnikiem intensywnego zażywania. Dane dotyczące tej formy zażywania konopi indyjskich w Europie zebrano w latach 2007–2008 w ramach „badań terenowych” koordynowanych przez EMCDDA we współpracy z krajowymi ekspertami i punktami kontaktowymi Reitox z 13 krajów. Badania te objęły 77% dorosłej ludności UE (w wieku od 15 do 64 lat). Na podstawie tych danych ocenia się, że ponad 1% wszystkich dorosłych Europejczyków, czyli około 4 mln osób, zażywa konopie indyjskie codziennie lub prawie codziennie. Większość tych osób zażywających konopie indyjskie – około 3 mln – jest w wieku od 15 do 34 lat, stanowiąc w przybliżeniu od 2 do 2,5% wszystkich Europejczyków w tej grupie wiekowej ⁽⁵⁹⁾.

Z powodu niewystarczającej ilości danych trudno jest ocenić tendencje występujące w zakresie intensywności zażywania konopi indyjskich. Spośród siedmiu krajów, które przedstawiły dane na temat ostatnich tendencji, cztery (Hiszpania, Francja, Włochy i Portugalia) zgłosiły wzrost rozpowszechnienia codziennego zażywania konopi indyjskich, jeden – sytuację stabilną, a jedynie dwa – spadek (Grecja i Niderlandy) ⁽⁶⁰⁾. Wyniki te wskazują na możliwy ogólny wzrost liczby osób intensywnie zażywających konopie indyjskie w Europie w ciągu ostatnich dziesięciu lat.

Coraz częściej uzależnienie od konopi indyjskich uznaje się za potencjalny efekt regularnego zażywania tego narkotyku, nawet jeżeli dotkliwość i konsekwencje mogą się wydawać mniej poważne niż skutki powszechnie związane z niektórymi innymi substancjami psychoaktywnymi (np. heroiną lub kokainą). Niemniej jednak z uwagi na stosunkowo większy odsetek populacji zażywającej regularnie konopie indyjskie ogólny wpływ intensywnych form zażywania konopi indyjskich na stan zdrowia publicznego może być znaczny. Osoby zażywające narkotyki, zwłaszcza intensywnie, mogą również doświadczać powiązanych z tym problemów, przy czym osoby te niekoniecznie spełniają kliniczne kryteria uzależnienia.

Badania wykazują, że rozwój uzależnienia od konopi indyjskich jest mniej nagły niż w przypadku innych narkotyków (np. kokainy) i że wśród osób, które przynajmniej jednokrotnie zażyły ten narkotyk, odsetek osób, u których rozwinęło się uzależnienie, może nie

⁽⁵⁶⁾ Zob. wykres EYE-1 (część xiii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁵⁷⁾ Zob. Wybrane zagadnienia dotyczące zażywania więcej niż jednego narkotyku.

⁽⁵⁸⁾ Zob. wykres GPS-2 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁵⁹⁾ Przedstawione średnie europejskie to przybliżone dane szacunkowe oparte na średniej ważonej (dla populacji) w odniesieniu do krajów posiadających te informacje. W przypadku krajów, które nimi nie dysponują, przyjmuje się średni wynik. Uzyskane liczby to 1,2% w przypadku wszystkich dorosłych (od 15 do 64 lat) i 2,3% w przypadku młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat). Zob. tabela GPS-7 w Biuletynie statystycznym za 2008 r.

⁽⁶⁰⁾ Zob. tabela GPS-7 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

przekraczać 10% (Wagner i Anthony, 2002). Badania ankietowe populacji ogólnej w Stanach Zjednoczonych wykazują, że uzależnienie stwierdzono w przypadku od 20 do 30% osób przyjmujących ten narkotyk

Krótkie skale do oceny problemowych form zażywania konopi indyjskich w badaniach ankietowych populacji ogólnej

Istnieją dowody na to, że uzależnienie od konopi indyjskich można mierzyć w populacji ogólnej tak wiarygodnie, jak w przypadku prób leczonych osób zażywających, w tym w zakresie pomiarów symptomów głodu narkotykowego (Mennes i in., 2009). EMCDDA opracowuje więc – we współpracy z kilkoma krajami – metody monitorowania bardziej intensywnych i poważnych długotrwałych form zażywania konopi indyjskich.

W ostatnich latach przetestowano różne metodologie szacowania, w ramach badań ankietowych populacji ogólnej, rozpowszechnienia intensywnych i problemowych form zażywania narkotyków, szczególnie konopi indyjskich. Niemieccy eksperci przeanalizowali literaturę przedmiotu i przeprowadzone w tym zakresie badania, a następnie określili cztery krótkie skale związane z zażywaniem konopi indyjskich, które to skale przetestowano na próbach populacji ogólnej Europy. Są to: skala dotkliwości uzależnienia (Severity of Dependence Scale, SDS), problemowe zażywanie marihuany (Problematic Use of Marijuana, PUM), test przesiewowy nadużywania konopi indyjskich (Cannabis Abuse Screening Test, CAST) oraz test identyfikacji zaburzeń związanych z zażywaniem konopi indyjskich (Cannabis Use Disorders Identification Test, CUDIT) (Piontek i in., 2008). Skale te zawierają od czterech do dziesięciu elementów, zaś ich właściwości psychometryczne (np. możliwość konsekwentnego odróżniania przypadków od pozostałych zdarzeń zgodnie z pożądaną koncepcją uzależnienia od konopi indyjskich i związanych z nimi problemów) okazały się na ogół bardzo dobre.

Pozostają wciąż jednak w tej dziedzinie pewne trudności ze względu na brak porozumienia co do tego, który konstrukt (np. uzależnienie, nadużywanie, szkodliwe zażywanie, problemy związane z zażywaniem) lub zestaw konstruktów powinien być mierzony w celu oceny problemowych form zażywania konopi indyjskich. Mogą również wystąpić problemy z oszacowaniem, jako że pomiary rzadko występującego zjawiska mogą doprowadzić do wielu przypadków „fałszywie pozytywnych” i, w związku z tym, do przeszacowania problemowego zażywania konopi indyjskich w populacji ogólnej. Dodatkowe badania, które są obecnie prowadzone lub planowane, mogą pomóc w przezwycięzeniu tych trudności.

codziennie ⁽⁶¹⁾. Inne badania wskazują na to, że uzależnienie od konopi indyjskich może być zjawiskiem stosunkowo trwałym (Swift i in., 2000). Niemniej jednak prawdopodobnie ponad połowa osób uzależnionych od konopi indyjskich, które zaprzestają zażywania tego narkotyku, jest w stanie to osiągnąć bez leczenia (Cunningham, 2000; Ellingstad i in., 2006).

Schematy zażywania wśród uczniów

Wyniki badań ankietowych ESPAD z 2007 r. wykazują również, że wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia konopi indyjskich jest powiązany z postrzeganiem mniejszych zagrożeń i większą dostępnością tego narkotyku ⁽⁶²⁾. W porównaniu z ogólną populacją uczniów w przypadku osób zażywających konopie indyjskie istnieje większe prawdopodobieństwo spożywania alkoholu, tytoniu, a także zażywania innych narkotyków nielegalnych ⁽⁶³⁾.

Nowe dane z badań ESPAD rzucają również światło na intensywniejsze schematy zażywania konopi indyjskich. W dziesięciu państwach europejskich od 5 do 12% uczniów płci męskiej w wieku od 15 do 16 lat zgłosiło zażywanie konopi indyjskich co najmniej 40 razy. Jest to odsetek co najmniej dwa razy większy, niż w przypadku uczennic, co potwierdza inne dane wskazujące na większe rozpowszechnienie schematów intensywnego zażywania wśród młodych mężczyzn. Wczesne rozpoczęcie zażywania tego narkotyku wiąże się z późniejszym rozwojem intensywniejszych i bardziej problemowych form zażywania narkotyków. W większości z dziesięciu krajów o stosunkowo wysokim poziomie częstego zażywania konopi indyjskich od 5 do 9% uczniów podało, że rozpoczęło zażywanie tego narkotyku w wieku 13 lat lub młodszym ⁽⁶⁴⁾.

Leczenie

Zapotrzebowanie na leczenie

W 2007 r. konopie indyjskie stanowiło główny powód rozpoczynania leczenia w około 20% wszystkich przypadków (73 000 pacjentów), co daje im drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków. Różnice pomiędzy poszczególnymi krajami są jednak znaczne – Bułgaria, Litwa i Słowenia podały, że osoby zażywające konopie indyjskie jako główny narkotyk stanowią mniej niż 5% pacjentów, natomiast w Danii, we

⁽⁶¹⁾ Analiza danych pochodzących z krajowych badań populacji w Stanach Zjednoczonych w latach 2000–2006. Analiza internetowa NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, wykorzystana w dniu 25 lutego 2008 r. i analiza z wykorzystaniem zmiennych MJDAY30A i DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Zob. wykresy EYE-1 (część v) i (część vi) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁶³⁾ Zob. Wybrane zagadnienia dotyczące zażywania więcej niż jednego narkotyku.

⁽⁶⁴⁾ Zob. wykres EYE-1 (część iii) i (część vii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Francji, na Węgrzech, w Niderlandach i Turcji odsetek ten wynosi ponad 30%. Różnice te można wyjaśnić rozpowszechnieniem zażywania konopi indyjskich, zapotrzebowaniem na leczenie odwykowe, świadczenie leczenia oraz organizacją lub praktykami w zakresie kierowania na leczenie. W dwóch krajach o najwyższym odsetku pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich ośrodki doradztwa we Francji kierują swoją działalność do młodych osób zażywających narkotyki, a na Węgrzech osoby naruszające prawo narkotykowe w zakresie konopi indyjskich mają możliwość podjęcia leczenia odwykowego jako alternatywy dla innej kary. W obu tych krajach system wymiaru sprawiedliwości odgrywa znaczącą rolę w kierowaniu na leczenie, jednak państwa członkowskie zgłaszają na ogół, że w Europie większość osób zażywających konopie indyjskie rozpoczyna leczenie z własnej inicjatywy.

Osoby podejmujące leczenie z powodu konopi indyjskich w placówkach pozaszpitalnych często zgłaszają także zażywanie innych narkotyków. Z danych zebranych w 14 krajach wynika, że 85% tych osób zażywa inną substancję, przede wszystkim alkohol (65%) lub kokainę (13%), a część zgłasza zażywanie zarówno alkoholu, jak i kokainy (12%) (⁶⁵).

Tendencje w zakresie nowych zgłoszeń na leczenie z powodu narkotyków

W 19 państwach, dla których dostępne są dane, liczba i odsetek osób, które jako główny narkotyk zażywają konopie indyjskie, wśród osób po raz pierwszy rozpoczynających leczenie wzrosła w latach 2002–2007 z 19 000 do 34 000, tj. z 25 do 31% (⁶⁶). Wydaje się jednak, że w latach 2006–2007 ta tendencja wzrostowa uległa zatrzymaniu – większość państw zgłasza malejący lub stabilny odsetek nowych pacjentów leczonych z powodu zażywania konopi indyjskich. Może to wiązać się z najnowszymi tendencjami w zażywaniu konopi indyjskich, ale także odzwierciedlać zmiany praktyk w zakresie raportowania, maksymalne wykorzystanie potencjału leczenia lub korzystanie z innych usług (np. podstawowej opieki zdrowotnej, opieki w zakresie zdrowia psychicznego).

Profile pacjentów

Osoby zażywające konopie indyjskie i rozpoczynające leczenie w placówkach pozaszpitalnych to głównie młodzi mężczyźni, których średnia wieku to 25 lat, przy czym stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi

5,5:1 (⁶⁷). Wśród osób podejmujących leczenie po raz pierwszy zażywanie konopi indyjskich jako narkotyku głównego podaje 67% osób w wieku od 15 do 19 lat (⁶⁸), a wśród osób poniżej 15. roku życia – 78%.

Ogólnie rzecz biorąc, 24% osób zgłaszających konopie indyjskie jako narkotyk główny i rozpoczynających leczenie pozaszpitalne zażywa ten narkotyk sporadycznie; osoby te prawdopodobnie są często kierowane na leczenie przez system wymiaru sprawiedliwości. Kolejne 12% osób zażywa konopie indyjskie raz w tygodniu lub rzadziej; około 18% – od 2 do 6 razy w tygodniu, a 47% to osoby zażywające ten narkotyk codziennie, czyli najbardziej problematyczna grupa. Obserwuje się znaczne różnice w zależności od kraju: na Węgrzech, w Rumunii i Chorwacji większość pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich to osoby zażywające ten narkotyk sporadycznie, natomiast w Belgii, Danii, Hiszpanii, Francji, na Malcie i w Niderlandach większość stanowią osoby przyjmujące ten narkotyk codziennie (⁶⁹). Francuskie badania przeprowadzone wśród pacjentów specjalistycznych ośrodków poradnictwa wykazały, że 63% osób zażywających konopie indyjskie codziennie to osoby uzależnione (Obradovic, 2008).

Wielu pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich kontynuuje jeszcze naukę i żyje w ustabilizowanych warunkach mieszkaniowych (EMCDDA, 2008a). Jednakże we Francji 34% pacjentów uczęszczało do szkół o profilu technicznym – odzwierciedla to niższy poziom wykształcenia, ponieważ w populacji ogólnej odsetek osób o takim wykształceniu wynosi 6,8% (Obradovic, 2008).

Związek pomiędzy zażywaniem konopi indyjskich a współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi pozostaje nierozstrzygniętą i złożoną kwestią (EMCDDA, 2008a). Pewne badania wykazały jednak, że osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego, zwłaszcza schizofrenią, są bardziej narażone na rozwinięcie intensywnego zażywania konopi indyjskich (Henquet i in., 2005). Istnieją również jednoznaczne dowody na to, że zażywanie konopi indyjskich może mieć negatywny wpływ na osoby z uprzednio występującymi problemami zdrowia psychicznego (ACMD, 2008). Stosunkowo często może również zdarzać się, że na leczenie z powodu problemów związanych z zażywaniem konopi indyjskich kierowane są nastolatki z ukrytymi problemami psychicznymi (Schroder i in., 2008). Może to być spowodowane tym, że mogą one nie szukać bądź nie mogą znaleźć odpowiedniego

(⁶⁵) Zob. Wybrane zagadnienia dotyczące zażywania więcej niż jednego narkotyku.

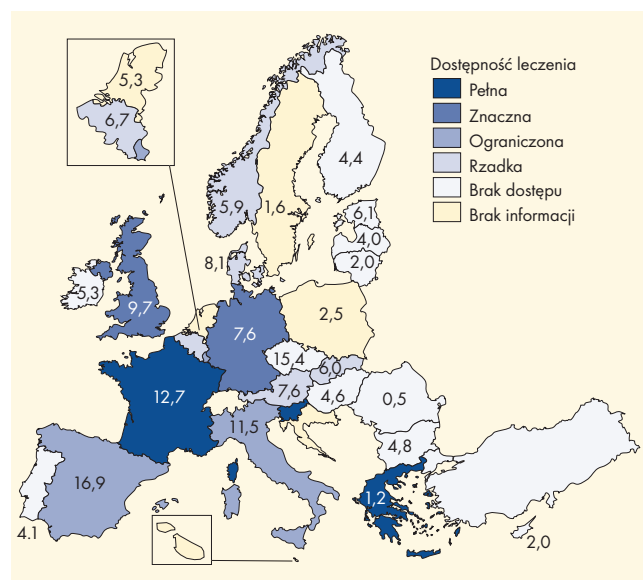
(⁶⁶) Zob. wykresy TDI-1 i TDI-2 oraz tabele TDI-3 (część iv) i TDI-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(⁶⁷) Zob. tabela TDI-21 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(⁶⁸) Zob. tabela TDI-10 (część iv) i (część vi) Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(⁶⁹) Zob. tabele TDI-18 (część i) i TDI-111 (część viii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Wykres 5: Dostępność specjalnych programów leczenia dla osób zażywających konopie indyjskie oraz wskaźnik zażywania konopi indyjskich w ostatnim miesiącu (w %) wśród osób w wieku od 15 do 24 lat



Uwaga: Dostępność definiuje się jako szacunkowy odsetek osób zażywających konopie indyjskie i potrzebujących leczenia, które mogą to leczenie otrzymać: prawie wszystkie osoby (pełna dostępność); większość osób, ale nie prawie wszystkie (znaczna); wiele osób, ale nie większość (ograniczona); niewiele osób (rzadka); brak dostępu. Danych na temat dostępności specjalnych programów leczenia dostarczyli krajowi eksperci, którzy ocenili stopień dostosowania możliwości leczenia do zapotrzebowania na leczenie osób zażywających konopie indyjskie i aktywnie ubiegających się o leczenie. Specjalne programy mogą zapewniać zorganizowane leczenie osób problemowo zażywających konopie indyjskie, wsparcie dla krewnych, poradnictwo dla osób nieproblemowo zażywających konopie indyjskie lub dla młodych przestępców. Zgłoszono, że takie programy istnieją w Niemczech, ale informacje na temat ich dostępności nie są znane. Wskaźnik zażywania konopi indyjskich w ostatnim miesiącu wśród osób w wieku od 15 do 24 lat przedstawia w przybliżeniu odsetek młodych osób, które mogą mieć styczność z takimi programami. Nie wskazuje on zapotrzebowania na leczenie ani poziomu problemowego zażywania konopi indyjskich w danym państwie. Więcej informacji na temat wskaźnika zażywania – zob. tabela GPS-16 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

rozwiązania swoich problemów w ogólnych usługach opieki w zakresie zdrowia psychicznego (Zachrisson i in., 2006).

Dostęp do leczenia

Specjalne programy leczenia dla osób zażywających konopie indyjskie mogą świadczyć usługi dostosowane do potrzeb tej grupy, a także ograniczyć ryzyko kontaktu osób młodych z bardziej problemowymi i starszymi osobami zażywającymi narkotyki. W 2008 r. EMCDDA zebrało informacje na temat dostępności takich programów w Europie. Krajowi eksperci zgłosili ich istnienie w 13 z 25 państw objętych raportem (wykres 5).

Dostępność usług różni się w zależności od kraju. Szacuje się, że prawie wszystkie osoby ubiegające się o specjalne leczenie otrzymałyby je we Francji, Grecji i Słowenii; w Niemczech i Zjednoczonym Królestwie – ponad połowa; a w pozostałych ośmiu krajach – jedynie nieliczne osoby. Spośród 12 państw, które zgłosiły brak specjalnych programów dla osób zażywających konopie indyjskie, Bułgaria, Republika Czeska, Estonia, Cypr, Rumunia i Turcja planują wprowadzić takie programy w ciągu najbliższych trzech lat.

Programy leczenia dla osób zażywających konopie indyjskie w Europie

W Grecji jednostki ds. młodzieży w ramach OKANA realizują program wczesnej interwencji w przypadku osób zażywających konopie indyjskie eksperymentalnie lub sporadycznie, natomiast bardziej zorganizowane leczenie przeznaczone jest dla osób zażywających ten narkotyk intensywnie lub problemowo. Leczenie opiera się głównie na terapii systemowej i rodzinnej.

We Francji istnieje około 275 wyspecjalizowanych ośrodków poradnictwa, rozmieszczonych w całym kraju, które oferują informacje na temat profilaktyki, krótkie działania interwencyjne oraz wsparcie dla młodych osób zażywających narkotyki (głównie konopie indyjskie), młodych przestępców oraz ich krewnych. W przypadku zdiagnozowania problemowego zażywania narkotyków (np. uzależnienia) lub poważnych schorzeń współwystępujących pacjenci kierowani są do placówek specjalistycznych.

W Austrii niektóre ośrodki poradnictwa (np. ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) stosują specjalne podejście wobec młodych osób zażywających konopie indyjskie. Polega ono na odseparowaniu ich od innych pacjentów tych ośrodków, głównie zażywających opiaty, oraz włączeniu krewnych i przyjaciół w poradnictwo lub leczenie.

W Niemczech internetowy program na rzecz zaprzestania zażywania konopi indyjskich, „Quit the shit”⁽⁷⁰⁾, został przeniesiony do 12 ośrodków poradnictwa antynarkotykowego w siedmiu krajach związkowych. Program FRED (zob. rozdział 2) oferuje oparte na wywiadzie poradnictwo motywacyjne dla osób skierowanych do niego przez system wymiaru sprawiedliwości. W Dreźnie obecnie wdrażany jest program leczenia osób z zaburzeniami z powodu konopi indyjskich CANDIS, który oparty jest na rozwijaniu motywacji, terapii poznawczo-behawioralnej i rozwiązywaniu problemów psychospołecznych. Program ten oceniono pozytywnie, a wyniki trwających badań uzupełniających w dziesięciu innych ośrodkach

⁽⁷⁰⁾ Zob. „Leczenie w oparciu o Internet”, str. 52.

zadecydują o ewentualnym wprowadzeniu tego programu w innych lokalizacjach.

Belgia, Niemcy, Francja, Niderlandy i Szwajcaria współpracują również w ramach międzynarodowych badań pod nazwą INCANT, które dotyczą efektywności kompleksowego leczenia z udziałem rodziny w przypadkach problemowego zażywania konopi indyjskich.

W piśmiennictwie naukowym wskazuje się, że w przypadku leczenia uzależnienia od konopi indyjskich skutecznych jest kilka psychoterapii, np. terapia motywacyjna i terapia poznawczo-behawioralna, natomiast nie stwierdzono, aby którakolwiek psychoterapia była bardziej efektywna niż inne (Nordstrom i Levin, 2007). Niektóre osoby problemowo zażywające konopie indyjskie mogą również korzystać z krótkich działań interwencyjnych, prowadzonych np. przez opiekę

społeczną na rzecz młodzieży, lekarzy medycyny rodzinnej i szkół.

Niedawne badania losowo wybranej grupy kontrolnej, obejmującej 326 osób młodych osób intensywnie zażywających konopie indyjskie, wykazały – w badaniach uzupełniających przeprowadzonych po trzech lub sześciu miesiącach – brak różnic w liczbie przypadków zaprzestania zażywania konopi indyjskich pomiędzy osobami, które uczestniczyły w rozmowach motywacyjnych, a tymi, które jedynie otrzymały porady lub informacje na temat zażywania narkotyków (McCambridge i in., 2008). W związku z zaprzestaniem zażywania konopi indyjskich po trzech miesiącach wykryto jednak efekty terapii indywidualnej oraz relacje terapeuta – interwencja. Wyniki te wskazują na znaczenie szkolenia osób realizujących działania interwencyjne wśród młodych osób zażywających konopie indyjskie, szczególnie poza usługami specjalistycznymi.

Leczenie w oparciu o Internet

Leczenie uzależnień od narkotyków w oparciu o Internet występuje w Unii Europejskiej od 2004 r., a jego rozpowszechnienie jest wciąż ograniczone. Niedawne badania przedstawiają istotne informacje na temat aktualnego stanu rozwoju tego typu interwencji w Unii Europejskiej (EMCDDA, 2009a). Leczenie w oparciu o Internet można zdefiniować jako „specjalnie stworzone lub dostosowane, zaprojektowane i zaplanowane interwencje lecznicze oferowane w Internecie i przekazywane za jego pośrednictwem”. Interwencje mające na celu leczenie zaburzeń związanych z zażywaniem konopi indyjskich występują w Niemczech, Niemczech, Niemczech i Zjednoczonym Królestwie. W Niemczech występują również inne interwencje, przeznaczone dla osób zażywających kokainę i „narkotyki klubowe” (np. ecstasy).

Leczenie w oparciu o Internet rozwijane jest przez organizacje zajmujące się leczeniem lub profilaktyką. Ma ono na celu pomaganie osobom zażywającym substancje w ocenie zażywania oraz zapewnienie pomocy w próbach zmiany tego zachowania. Interwencje obejmują: informację i testy wiedzy, gry dotyczące narkotyków i uzależnień oraz

testy samooceny spożycia narkotyków. Wspólnym ich elementem jest dostępność zorganizowanej interwencji leczniczej, czyli wstępnie dostosowany program samopomocy bez kontaktu z psychologiem lub zorganizowany program z zaplanowanymi kontaktami. Ten drugi można także realizować na indywidualnych czatach internetowych lub rozmowach na forach. Kontakt z innymi użytkownikami poprzez forum jest czasami również dostępny, tworząc w ten sposób wirtualne grupy samopomocy.

Wciąż brakuje dowodów skuteczności tego typu interwencji, ale wyniki pierwszych badań losowo wybranych grup kontrolnych wskazują na potencjalne korzyści. Wstępna ocena wyników interwencji „Quit the shit”, przeznaczonej dla osób zażywających konopie indyjskie w Niemczech, wykazała, że 32% uczestników zgłosiło abstynencję po ukończeniu programu i że interwencja ta dotarła przede wszystkim do osób szukających pomocy po raz pierwszy. Niski próg dostępu do tych interwencji może również pozwalać im na dotarcie do osób, które nie mają ochoty korzystać z innych usług. Jednocześnie mogą również wystąpić poważne problemy, jak na przykład uzależnienie od narkotyków czy inne problemy ze zdrowiem psychicznym, w przypadku których leczenie internetowe jest bezsilne.



Rozdział 4

Amfetaminy, ecstasy i substancje halucynogenne

Wprowadzenie

Amfetaminy (nazwa rodzajowa obejmująca zarówno amfetaminę, jak i metamfetaminę) oraz ecstasy należą do najbardziej rozpowszechnionych nielegalnych narkotyków w Europie. W liczbach bezwzględnych spożycie kokainy może być wyższe, natomiast jej geograficzna koncentracja oznacza, że w wielu państwach drugą po konopiach indyjskich najczęściej zażywaną nielegalną substancją są ecstasy lub amfetaminy. Co więcej, w niektórych krajach zażywanie amfetamin stanowi ważny element problemu narkotykowego, odpowiedzialny za znaczny odsetek osób wymagających leczenia.

Amfetamina i metamfetamina pobudzają ośrodkowy układ nerwowy. Z tych dwóch narkotyków amfetamina jest zdecydowanie bardziej 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

różniącym się w pewnym stopniu skutkami działania.

Najbardziej znaną substancją z grupy ecstasy jest 3,4-metylenodioksyamfetamina (MDMA), chociaż w tabletkach ecstasy znajdują się czasem również inne analogi (MDA, MDEA). Do późnych lat 80. XX w. zażywanie ecstasy było praktycznie w Europie nieznane, natomiast szybko wzrosło w latach 90. Popularność tego narkotyku jest historycznie związana ze sceną muzyki dance, a zażywanie narkotyków syntetycznych kojarzone jest przeważnie ze szczególnymi grupami subkulturowymi czy środowiskami społecznymi.

Najbardziej znanym w Europie syntetycznym narkotykiem halucynogennym jest dietyloamid kwasu lizergowego (LSD). Jego spożycie jest niewielkie i – w znacznym okresie – raczej stabilne. Wydaje się, że w ostatnich latach wzrosło zainteresowanie ludzi młodych substancjami halucynogennymi występującymi w naturze, np. w grzybach halucynogennych.

Tabela 4: Produkcja, konfiskata, cena i czystość amfetaminy, metamfetaminy, ecstasy i LSD

	Amfetamina	Metamfetamina	Ecstasy	LSD
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	b.d.
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	23,6	18,2	7,9	0,9
Skonfiskowana ilość UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	7,9 tony (8,1 tony)	340 kilogramów (340 kilogramów)	Tabletki 21 mln (22 mln)	Jednostki 68 000 (68 000)
Liczba konfiskat UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	39 500 (40 000)	4500 (4500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Średnia cena detaliczna (w euro) Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽²⁾	Gram 5–30 (12–23)	Gram 8–51	Tabletka 3–19 (4–8)	Dawka 4–30 (7–12)
Rozstęp średniej czystości	4–40%	3–66%	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Dostępne są tylko zagregowane szacunki globalnej produkcji amfetaminy i metamfetaminy.

⁽²⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych cen średnich.

Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2007 r.; b.d. – brak danych.

Źródło: Wartości globalne – sprawozdanie UNODC World drugs report (2009), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Podaż i dostępność

Syntetyczne prekursorzy narkotyków

Działania mające na celu egzekwowanie prawa koncentrują się na środkach chemicznych koniecznych do produkcji nielegalnych narkotyków. Jest to obszar, w którym szczególnie cenna jest współpraca międzynarodowa. Projekt Pryzmat jest inicjatywą międzynarodową, powołaną w celu przeciwdziałania zmianie zastosowania środków chemicznych będących prekursorami i wykorzystywania ich do celów nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych ⁽⁷¹⁾. Jest to możliwe dzięki systemowi przedeksportowych powiadomień w przypadku legalnego handlu oraz zgłaszaniu zatrzymanych i skonfiskowanych przesyłek w razie pojawienia się podejrzanych transakcji. Informacje na temat działań w tym obszarze zgłaszane są do Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (INCB, 2009b).

Jak wynika z danych INCD, w skali światowej w 2007 r. miał miejsce znaczny wzrost skonfiskowanych ilości dwóch kluczowych prekursorów metamfetaminy, czyli efedryny – 22 tony (dla porównania – w 2006 r. skonfiskowano 10,2 tony) i pseudoefedryny – 25 ton (w 2006 r. – 0,7 tony). W państwach członkowskich UE (głównie w Szwecji i Bułgarii) skonfiskowano 0,6 tony efedryny, czyli ponad dwukrotnie więcej niż w 2006 r., i ponad 7 ton pseudoefedryny, prawie w całości we Francji.

W 2007 r. nastąpił natomiast gwałtowny spadek globalnych konfiskat 1-fenilo-2-propanonu (P2P, BMK) – z 2,6 tys. litrów w 2006 r. do 834 litrów w 2007 r. Substancję tę można stosować do nielegalnego wytwarzania zarówno amfetaminy, jak i metamfetaminy. W UE skonfiskowano 582 litry P2P w porównaniu z 2005 litrami w 2006 r.

Globalne konfiskaty 3,4-metylenodioksyfenilo-2-propanonu (3,4-MDP2P, PMK), stosowanego do wytwarzania MDMA, malały w dalszym ciągu – z 8,8 tys. litrów w 2006 r. do 2,3 tys. litrów w 2007 r. W 2007 r. nastąpił jednak gwałtowny wzrost globalnych konfiskat safloru, który może zastępować 3,4 MDP 2-P w syntezie MDMA – z 62 (2006) do 46 tys. litrów, chociaż w UE skonfiskowano jedynie 8 litrów.

Amfetamina

Globalna produkcja amfetaminy nadal koncentruje się w Europie, gdzie znajdowało się 81% wszystkich

Czym jest prekursor narkotyku?

W przypadku narkotyków termin „prekursor” stosowany jest wobec substancji, które mają legalne zastosowanie, ale które można wykorzystać do nielegalnej produkcji narkotyków. W odniesieniu do tych substancji użyć można także innych terminów, np. „niezbędne substancje chemiczne”.

Prawną podstawą dla międzynarodowej kontroli nad „prekursorami” jest art. 12 Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 r. Konwencja zawiera dwie tabele wymieniające 23 „substancje często używane do nielegalnego wytwarzania środków odurzających i substancji psychotropowych”, których wykorzystaniu do nielegalnych celów należy zapobiegać.

Art. 12 transponowano do wstępnego prawodawstwa europejskiego przyjętego w 1990 r., aby zapobiegać stosowaniu tych substancji do nielegalnych celów (EWG nr 3677/90) oraz w rozporządzeniach przyjętych później w celu uregulowania handlu tymi substancjami wewnątrz UE (WE nr 273/2004), między państwami członkowskimi UE i innymi państwami (WE nr 111/2005), a także ustalenia procedur licencyjnych i zasad monitorowania (WE nr 1277/2005).

Kategoria 1 w rozporządzeniach UE obejmuje głównie substancje niezbędne do produkcji narkotyków syntetycznych, takich jak efedryna czy pseudoefedryna (do metamfetaminy); 3,4-metylenodioksyfenilo-2-propanon (PMK), izosafrol i safrol (do ecstazy); oraz 1-fenilo-2-propanon (P2P, BMK) (do amfetaminy i metamfetaminy). Kategoria 2 obejmuje ważne odczynniki, takie jak nadmanganian potasu i bezwodnik octowy, powszechnie używane do produkcji odpowiednio kokainy i heroiny. Kategoria 3 zawiera wykaz najczęściej stosowanych odczynników, takich jak kwas solny i kwas siarkowy (do heroiny i kokainy) oraz rozpuszczalniki, takie jak aceton (do kokainy i MDMA) i toluen (do metamfetaminy i MDMA).

laboratoriów amfetaminy odnotowanych w 2007 r. (UNODC, 2009), chociaż jest także obecna w innych częściach świata, zwłaszcza w Ameryce Północnej ⁽⁷²⁾. W 2007 r. globalne konfiskaty amfetamin wyniosły blisko 24 tony, z czego około dwie trzecie przechwycono na Bliskim i Środkowym Wschodzie, w związku z tabletkami Captagon ⁽⁷³⁾, produkowanymi w południowo-wschodniej Europie (zob. tabela 4). W zachodniej i środkowej Europie przejęto 36% globalnej skonfiskowanej ilości; taka sytuacja odzwierciedla rolę Europy jako głównego producenta oraz konsumenta tego narkotyku (CND, 2008; UNODC, 2009).

⁽⁷¹⁾ Zob. „Czym jest prekursor narkotyku?”.

⁽⁷²⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, zob. str. 42.

⁽⁷³⁾ Captagon to jedna z zarejestrowanych nazw handlowych fenetyliny, czyli syntetycznego środka stymulującego ośrodkowy układ nerwowy, chociaż w tabletkach z tym logo sprzedawanych na czarnym rynku zwykle stwierdza się zawartość amfetaminy zmieszanej z kofeiną.

Większość amfetaminy skonfiskowanej w Europie jest wytwarzana w Niderlandach, Polsce i Belgii (uszeregowanie według znaczenia miejsca produkcji) oraz w mniejszym stopniu w Estonii i na Litwie. W 2007 r. w Unii Europejskiej wykryto i zgłoszono Europolowi 29 obiektów, w których zajmowano się produkcją, produkcją tabletek lub magazynowaniem amfetamin.

Szacuje się, że w 2007 r. dokonano 40 000 konfiskat, które doprowadziły do przechwycenia w sumie 8,1 tony amfetaminy w proszku ⁽⁷⁴⁾. W latach 2002–2007 liczba konfiskat stale rosła, natomiast ilość przechwyczonej amfetaminy wahała się, chociaż panowała na ogół tendencja wzrostowa, a w 2007 r. ponownie osiągnięto szczytowy poziom skonfiskowanych ilości ⁽⁷⁵⁾.

Czystość amfetaminy w próbkach przechwyconych w 2007 r. w Europie była bardzo zróżnicowana i to w takim stopniu, że należy ostrożnie formułować wszelkie uwagi dotyczące wartości średnich. Niemniej jednak średnia czystość próbek wahała się od mniej niż 10% w przypadku Danii, Niemiec, Francji i Zjednoczonego Królestwa do ponad 30% w Niderlandach, Polsce oraz niektórych krajach nadbałtyckich i skandynawskich. W minionych pięciu latach czystość amfetaminy była stabilna lub spadała w przeważającej części tych 20 krajów, w odniesieniu do których są dostępne dane umożliwiające analizę tendencji.

W 2007 r. w ponad połowie z 17 państw objętych raportem średnia cena detaliczna amfetaminy wahała się od 10 do 20 euro za gram. Spośród 11 państw, w przypadku których możliwe było porównanie danych za 2007 i 2006 r., Hiszpania, Francja i Austria zgłosiły wzrost ceny detalicznej, natomiast pozostałe kraje odnotowały spadek lub stabilizację cen.

Metamfetamina

Produkcja metamfetaminy koncentruje się we wschodniej i południowo-wschodniej Azji oraz w Ameryce Północnej, przy czym coraz więcej jest doniesień o tego rodzaju działalności w Ameryce Łacińskiej i Oceanii. W 2007 r. skonfiskowano 18,2 tony metamfetaminy, co stanowi kontynuację tendencji wzrostowej, panującej od 2004 r. Większość narkotyku skonfiskowano we wschodniej i południowo-wschodniej Azji (56%), następnie w Ameryce Północnej, a jedynie 2% przypadków konfiskat miało miejsce w Europie (UNODC, 2009).

W Europie występuje nielegalna produkcja metamfetaminy, chociaż ogranicza się głównie do Republiki Czeskiej, gdzie w 2007 r. wykryto ponad 390 „kuchennych”

Produkcja metamfetaminy w Europie: wspólna publikacja EMCDDA i Europolu

W 2009 r. EMCDDA i Europol zapoczątkowały serię wspólnych publikacji dotyczących podaży narkotyków w Europie. Pierwsze sprawozdanie w tej serii to wyczerpujące omówienie kwestii z zakresu produkcji metamfetaminy i handlu nią w Europie, a także analizę reakcji na poziomie europejskim i międzynarodowym ⁽¹⁾.

Sprawozdania dotyczące podaży innych syntetycznych narkotyków w Europie, w tym amfetaminy i ekstazy, dodane zostaną do serii w terminie późniejszym.

⁽¹⁾ Sprawozdanie dostępne na stronie: <http://emcdda.europa.eu/publications/>.

laboratoriów produkujących na małą skalę. Odnotowano również produkcję tego narkotyku na Słowacji i Litwie.

W 2007 r. w Europie zgłoszono blisko 4500 przypadków konfiskat metamfetaminy, w wyniku których przechwycono łącznie około 340 kg narkotyku. Największa liczba konfiskat i największe ilości przechwyczonej metamfetaminy wystąpiły w Norwegii. W latach 2005–2007 zarówno liczba przypadków konfiskat, jak i ilość metamfetaminy skonfiskowanej w Europie zwiększały się, chociaż nadal utrzymywały się na niskim poziomie w porównaniu z innymi narkotykami.

Ekstazy

UNODC (2009) szacuje globalną produkcję ekstazy w 2007 r. na od 72 do 137 ton. Wygląda na to, że nastąpiło większe rozproszenie geograficzne tej produkcji, ponieważ w Ameryce Północnej, wschodniej i południowo-wschodniej Azji oraz Oceanii wytwarzanie odbywa się blisko rynków konsumenta. Mimo to Europa pozostaje głównym miejscem produkcji ekstazy, przy czym jej wytwarzanie koncentruje się w Niderlandach, Belgii oraz w mniejszym zakresie w Niemczech, Zjednoczonym Królestwie i Polsce.

W 2007 r. na całym świecie skonfiskowano łącznie 7,9 tony ekstazy, przy czym w większości regionów odnotowano wzrost w tym zakresie. W zachodniej i środkowej Europie miało miejsce 36% globalnej liczby konfiskat, a w południowo-wschodniej Europie – 2% (UNODC, 2009). Ogółem w Europie w 2007 r. zgłoszono ponad 24 000 przypadków konfiskat, skutkujących przechwyceniem około 22 mln tabletek ekstazy. Największą ilość skonfiskowano w Niderlandach – 8,4 mln tabletek, czyli dwa razy więcej niż w 2006 r.

⁽⁷⁴⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2007 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa.

⁽⁷⁵⁾ Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabelach od SZR-11 do SZR-18 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Tylko dwa inne państwa europejskie odnotowały w 2007 r. konfiskaty o równie znacznej wielkości – zarówno Francja, jak i Niemcy zgłosiły konfiskatę około 1 mln tabletek. W 2006 r. także Zjednoczone Królestwo zgłosiło przechwycenie ponad 6 mln tabletek, jednak dane za 2007 r. nie są jeszcze dostępne.

W latach 2002–2007 liczba konfiskat ecstasy w Europie gwałtownie spadła w 2003 r., ale od tej pory z roku na rok widoczny jest niewielki wzrost. W tym samym okresie przechwycona ilość narkotyku spadła w 2005 r., ale później wzrosła i wydaje się zbliżać do poziomu z 2002 r.

W Europie większość tabletek ecstasy zbadanych w 2007 r. zawierała MDMA lub inne substancje zbliżone do ecstasy (MDEA, MDA) jako jedyną substancję psychoaktywną, przy czym 17 krajów poinformowało, że dotyczyło to ponad 70% wszystkich tabletek poddanych analizie. Do krajów, które zgłosiły mniejszy odsetek tabletek ecstasy zawierających MDMA lub jego analogi, należą: Bułgaria (47%), Cypr (44%) i Austria (61%). W Luksemburgu większość tabletek (83%) poddanych analizie nie zawierała żadnych substancji podlegających kontroli; podobnie było w przypadku Cypru (53%). W Turcji jedynie w 23% tabletek poddanych analizie wykryto substancje podobne do MDMA.

W 11 państwach, które przekazały dane, typowa zawartość MDMA w tabletkach ekstazy badanych

w 2007 r. wynosiła od 19 do 75 mg. Ponadto w niektórych krajach (Bułgaria, Francja, Niderlandy, Słowacja i Norwegia) odnotowano bardzo silne tabletki ecstasy, zawierające ponad 130 mg MDMA. W odniesieniu do czystości tabletek ecstasy nie ma wyraźnych tendencji.

Ecstasy jest obecnie znacznie tańsza niż w latach 90., gdy po raz pierwszy stała się ogólnie dostępna. Choć istnieją doniesienia o tabletkach sprzedawanych za mniej niż 2 euro, większość krajów podaje średnie ceny detaliczne w granicach od 4 do 10 euro za tabletkę (wykres 6). Dane dotyczące lat 2002–2007 wskazują, że cena detaliczna (z uwzględnieniem inflacji) nadal spada.

Substancje halucynogenne

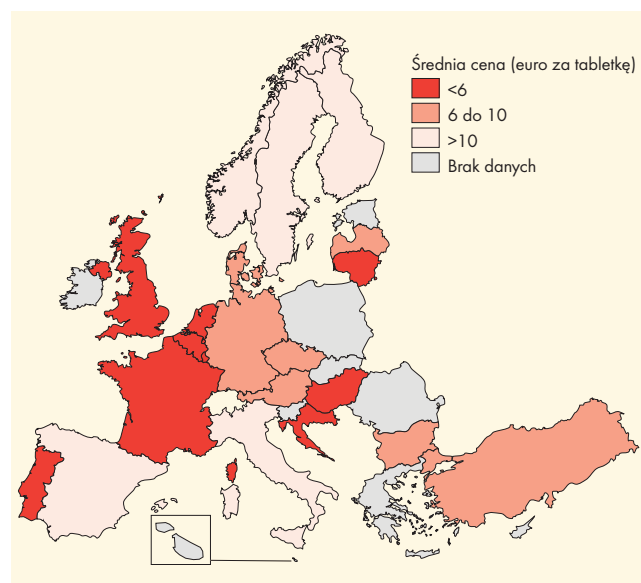
Zażywanie i handlowanie LSD nadal uznawane jest za zjawisko marginalne. Dostępne dane wskazują na spadek ilości przechwyconej w latach 2002–2007, natomiast w latach 2003–2007 nieznacznie wzrosła liczba konfiskat. Począwszy od 2003 r., ceny detaliczne LSD (z uwzględnieniem inflacji) nieznacznie się obniżyły, a w 2007 r. w większości krajów objętych raportem średnia cena wahała się w granicach od 5 do 12 euro za dawkę.

Grzyby halucynogenne, które rosną dziko w wielu państwach europejskich i można je zakupić w Internecie, odnotowano w 11 z 28 państw zgłaszających konfiskaty narkotyków w 2007 r. W pięciu z sześciu krajów, które przedstawiły dane na temat tendencji w zakresie konfiskat, rozpowszechnienia stosowania lub dostępności grzybów halucynogennych, wykazano tendencje zniżkowe. Jeden kraj (Francja) zgłosił wzrost rozpowszechnienia stosowania oraz konfiskat, co przypisano dostępności grzybów i zestawów do ich uprawy w Internecie.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania

Niektóre państwa członkowskie UE (Republika Czeska, Estonia i Zjednoczone Królestwo) odnotowują stosunkowo wysoki poziom zażywania amfetamin lub ekstazy w populacji ogólnej. W wielu krajach zażywanie, często dożylnie, amfetaminy lub metamfetaminy dotyczy znacznej części ogólnej liczby osób problemowo zażywających narkotyki i osób poszukujących pomocy z powodu problemów narkotykowych. W przeciwieństwie do tych problemowych populacji związek między zażywaniem narkotyków syntetycznych – w szczególności ekstazy – a nocnymi klubami i imprezami tanecznymi ma charakter bardziej podstawowy; skutkuje to znacznie wyższym poziomem odnotowywanego zażywania narkotyków przez ludzi młodych, a także nadzwyczaj

Wykres 6: Detaliczna cena tabletek ecstasy



Uwaga: Państwa, które podały jedynie wartość minimalną i maksymalną, zostały uwzględnione, jeśli wartości te mieściły się w jednym z powyższych zakresów. Zob. tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

wysokim poziomem zażywania stwierdzonym w niektórych miejscach lub w szczególnych podgrupach. Poziom spożycia narkotyków halucynogennych, takich jak dwuetyloamid kwasu lizergowego (LSD) i grzyby halucynogenne, jest na ogół niski i w ubiegłych latach pozostawał w znacznej mierze stabilny.

Amfetaminy

Niedawne badania populacji wskazują, że wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetamin ⁽⁷⁶⁾ w Europie różni się w zależności od kraju: od prawie zera do 11,7% wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat). Szacuje się, że średnio około 3,5% wszystkich dorosłych Europejczyków przynajmniej raz zażywało amfetaminy. Zażywanie tego narkotyku w ostatnim roku jest znacznie niższe i średnia europejska wynosi 0,5%. Te dane

szacunkowe wskazują zatem, że około 12 mln Europejczyków spróbowało amfetamin i że około 2 mln zażywało tych narkotyków w ostatnim roku (zestawienie danych – zob. tabela 5).

Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetamin różni się znacznie w zależności od kraju – od 0,1 do 15,3%, przy europejskiej średniej ważonej na poziomie około 5%. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia w ostatnim roku w tej grupie wiekowej waha się w granicach od 0,1 do 3,1%, przy czym większość krajów podała szacunki rozpowszechnienia rzędu od 0,5 do 2,0%. Ocenia się, że średnio 1,1% młodych Europejczyków zażywało amfetaminy w ostatnim roku.

Tabela 5: Rozpowszechnienie zażywania amfetamin w populacji ogólnej – dane podstawowe

Grupa wiekowa	Okres zażywania	
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	12 mln	2 mln
Średnia europejska	3,5%	0,5%
Przedział	0,0–11,7%	0,0–1,3%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,0%) Grecja (0,1%) Malta (0,4%) Cypr (0,8%)	Grecja, Malta, Rumunia (0,0%) Francja (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (11,7%) Dania (6,3%) Hiszpania (3,8%) Norwegia (3,6%)	Estonia (1,3%) Dania (1,2%) Norwegia (1,1%) Zjednoczone Królestwo (1,0%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	7 mln	1,5 mln
Średnia europejska	5,0%	1,1%
Przedział	0,1–15,3%	0,1–3,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Malta (0,7%) Cypr (0,8%)	Grecja, Rumunia (0,1%) Francja (0,2%) Cypr (0,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (15,3%) Dania (10,5%) Łotwa (6,1%) Norwegia (5,9%)	Dania (3,1%) Estonia (2,9%) Norwegia (2,0%) Łotwa (1,9%)
Europejskie szacunki rozpowszechnienia oparte są na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln) i od 15 do 34 lat (133 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2009 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.		

⁽⁷⁶⁾ Dane pochodzące z badań na temat zażywania amfetaminy często nie wprowadzają rozróżnienia między amfetaminą i metamfetaminą. Jednakże zwykle wskaźnik zażywania odnosi się do zażywania amfetaminy (siarczanu lub deksamfetaminy), ponieważ zażywanie metamfetaminy nie jest w Europie rozpowszechnione.

Jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych w 2007 r., wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetamin waha się od 1 do 8% w 26 państwach członkowskich UE, Norwegii i Chorwacji, natomiast wskaźnik zażywania przekraczający 5% odnotowano jedynie w Bułgarii, na Łotwie (w obu tych państwach po 6%) i Austrii (8%) ⁽⁷⁷⁾.

Problemowe zażywanie amfetaminy

W stosunku do zażywania amfetamin można stosować wskaźnik EMCDDA dotyczący problemowego zażywania narkotyków (PDU), w przypadku gdy określa on tym mianem wstrzykiwanie bądź długotrwałe lub regularne zażywanie tej substancji. Tylko Finlandia przedstawiła najnowsze krajowe dane szacunkowe na temat osób problemowo zażywających amfetaminę. W 2005 r. szacowano liczbę tych osób na od 12 000 do 22 000 ⁽⁷⁸⁾ – jest to czterokrotnie większa liczba niż szacowana liczba osób problemowo przyjmujących opiaty w tym kraju.

W większości krajów europejskich liczba odnotowanych zgłoszeń na leczenie w związku z zażywaniem amfetaminy jako głównego narkotyku jest stosunkowo mała, ale stanowi ona znaczny odsetek odnotowanych przypadków rozpoczęcia leczenia głównie w Szwecji (34%), Finlandii (23%), na Łotwie (16%) i na Węgrzech (11%). Cztery inne państwa (Belgia, Dania, Niemcy i Niemcy) zgłosiły odsetek przypadków rozpoczęcia leczenia pacjentów deklarujących amfetaminę jako główny narkotyk na poziomie od 6 do 10%. W pozostałych państwach odsetek ten jest niższy niż 3% ⁽⁷⁹⁾.

Wśród nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania narkotyków ogólna liczba i odsetek osób zażywających amfetaminę utrzymywały się w latach 2002–2007 na dość stabilnym poziomie. Jedynie Dania, Łotwa i Niemcy odnotowały znaczący wzrost, natomiast Szwecja i Finlandia zgłosiły spadek odsetka nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu amfetaminy ⁽⁸⁰⁾. Przy analizowaniu danych dotyczących tendencji należy jednak uwzględnić ograniczenia metodologiczne, wynikające z niedawnych zmian w niektórych krajowych systemach monitorowania (np. na Łotwie).

Średnia wieku osób zażywających amfetaminę, które podejmują leczenie, wynosi 29 lat. Odsetek kobiet jest wyższy niż w przypadku pozostałych narkotyków, przy

czym stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi około 2:1. Poddawane leczeniu osoby zażywające amfetaminę często zgłaszają zażywanie także innych substancji, głównie konopi indyjskich i alkoholu, czasem opiatów ⁽⁸¹⁾. W krajach o wysokim odsetku osób zażywających amfetaminę wśród osób podejmujących leczenie najczęściej zgłaszaną metodą zażywania tego narkotyku jest wstrzykiwanie (od 63 do 83%).

Problemowe zażywanie metamfetaminy

W przeciwieństwie do innych części świata, w których zażywanie metamfetaminy w ostatnich latach wzrosło, poziom jej spożycia w Europie wydaje się ograniczony. W przeszłości największe spożycie tego narkotyku w Europie występowało w Republice Czeskiej i na Słowacji. W 2007 r. liczbę osób problemowo zażywających metamfetaminę w Republice Czeskiej szacowano na od 20 400 do 21 400 (od 2,8 do 2,9 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), tj. dwa razy więcej niż wynosi szacowana liczba osób problemowo zażywających opiaty, natomiast na Słowacji liczbę tych osób szacowano na od 5800 do 15 700 (od 1,5 do 4,0 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), czyli o około 20% mniej niż szacowana liczba osób problemowo zażywających opiaty.

W obu tych krajach metamfetamina jest wskazywana jako główny narkotyk przez duży odsetek pacjentów rozpoczynających leczenie: 61% w Republice Czeskiej i 26% na Słowacji. W latach 2002–2007 w obu krajach wzrosła liczba zgłoszeń na leczenie związane z zażywaniem metamfetaminy ⁽⁸²⁾.

Metodą przyjmowania narkotyku najczęściej zgłaszaną przez leczone osoby zażywające amfetaminę jest iniekcja (82% w Republice Czeskiej, 41% na Słowacji). Często zgłaszane jest również zażywanie innych substancji, głównie konopi indyjskich, alkoholu i opiatów. Na Słowacji odnotowano gwałtowny wzrost liczby osób otrzymujących leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów i zgłaszających zażywanie metamfetaminy.

Osoby zażywające metamfetaminę i podejmujące leczenie w Republice Czeskiej i na Słowacji są stosunkowo młode – średnia wieku wynosi od 24 do 25 lat – i głównie płci męskiej. Kobiety jednakże stanowią wyższy odsetek osób leczonych z powodu problemów związanych z zażywaniem metamfetaminy, niż w przypadku pozostałych narkotyków.

⁽⁷⁷⁾ Dane z wszystkich państw uczestniczących w badaniach ESPAD oraz z Hiszpanii. Zob. wykres EYE-2 (część vi) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁷⁸⁾ Odpowiednik od 3,4 do 6,3 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat; przeliczono z oryginalnej próby w wieku od 15 do 54 lat, zakładając brak przypadków w grupie w wieku od 55 do 64 lat.

⁽⁷⁹⁾ Zob. tabela TDI-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁸⁰⁾ Zob. wykres TDI-1 i wykres TDI-36 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁸¹⁾ Zob. tabela TDI-37 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁸²⁾ Zob. tabela TDI-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Ecstasy

Dane szacunkowe wskazują, że około 10 mln dorosłych Europejczyków próbowało ecstasy (średnio 3,1%) i że około 2,5 mln (0,8%) zażywało ten narkotyk w ostatnim roku (zestawienie danych – zob. tabela 6). W zależności od kraju różnice są znaczne, przy czym badania wskazują, że od 0,3% do 7,5% wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat) przynajmniej raz próbowało tego narkotyku i w większości krajów ocenia się, że wskaźnik jednokrotnego zażycia w tym przypadku mieści się w przedziale od 1 do 5%. Zażywanie tego narkotyku w ostatnim roku w Europie było zróżnicowane: od 0,1 do 3,5%. W każdym wymiarze i analogicznie do większości nielegalnych narkotyków – zażywanie tego narkotyku jest znacznie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

Spożycie ecstasy jest dużo powszechniejsze wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat); w tej grupie na poziomie krajowym wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia wahał się w granicach od 0,6 do 14,6%, przy czym od 0,2 do 7,7% osób w tej grupie wiekowej informowało o zażywaniu tego narkotyku w ostatnim roku. Ocenia się, że prawie 7,5 mln młodych Europejczyków (5,6%) spróbowało ecstasy, a prawie 2 mln (1,6%) zażywało ten narkotyk w ciągu ostatniego roku. Dane szacunkowe na temat rozpowszechnienia są jeszcze wyższe, jeżeli zawęzić pole zainteresowania do niższego przedziału wiekowego: wśród osób w grupie wiekowej od 15 do 24 lat wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia waha się w granicach od 0,4 do 18,7%, chociaż większość krajów podaje dane szacunkowe w przedziale od 2,1 do 6,8%. W większości krajów zażywanie ecstasy w ostatnim roku przez tę grupę

Tabela 6: Rozpowszechnienie zażywania ecstasy w populacji ogólnej – dane podstawowe

Grupa wiekowa	Okres zażywania	
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	10 mln	2,5 mln
Średnia europejska	3,1%	0,8%
Przedział	0,3–7,5%	0,1–3,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,3%) Grecja (0,4%) Malta (0,7%) Litwa (1,0%)	Rumunia (0,1%) Grecja, Malta (0,2%) Polska (0,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (7,5%) Republika Czeska (7,1%) Irlandia (5,4%) Łotwa (4,7%)	Republika Czeska (3,5%) Estonia (1,7%) Słowacja (1,6%) Zjednoczone Królestwo, Łotwa (1,5%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	7,5 mln	2 mln
Średnia europejska	5,6%	1,6%
Przedział	0,6–14,6%	0,2–7,7%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Grecja, Rumunia (0,6%) Malta (1,4%) Litwa, Polska (2,1%)	Rumunia (0,2%) Grecja (0,4%) Polska (0,7%) Włochy, Litwa, Portugalia (0,9%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (14,6%) Zjednoczone Królestwo (12,7%) Irlandia (9,0%) Łotwa (8,5%)	Republika Czeska (7,7%) Estonia (3,7%) Zjednoczone Królestwo (3,1%) Łotwa, Słowacja, Niderlandy (2,7%)

Europejskie szacunki rozpowszechnienia oparte są na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln) i od 15 do 34 lat (133 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2009 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.

wiekową szacuje się na 1,0 do 3,9%, chociaż istnieje znaczna różnica między najniższą krajową wartością szacunkową na poziomie 0,3% i najwyższą, wynoszącą 12% ⁽⁸³⁾.

W większości z 28 państw, w których w 2007 r. przeprowadzono badania ankietowe, wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia ecstasy wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat waha się w granicach od 1 do 5%. Tylko cztery kraje podały wyższą wartość tego wskaźnika: Bułgaria, Estonia, Słowacja (wszystkie po 6%) i Łotwa (7%).

W 2007 r. liczba osób rozpoczynających leczenie i podających ecstasy jako główny narkotyk pozostawała niewielka. W dwóch trzecich krajów ecstasy wymienia mniej niż 1% osób leczonych z powodu narkotyków, natomiast w pozostałych państwach odsetek ten wynosi od 1 do 5%. Osoby leczone z powodu zażywania ecstasy znajdują się wśród najmłodszych grup rozpoczynających leczenie, ponieważ średni wiek w ich wypadku wynosi 24 lata; osoby te często informują o jednoczesnym zażywaniu innych substancji, w tym konopi indyjskich, kokainy, alkoholu i amfetamin ⁽⁸⁴⁾.

LSD i grzyby halucynogenne

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia LSD w populacji osób dorosłych (od 15 do 64 lat) waha się od wartości bliskiej zera do 5,2%. Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia jest nieco wyższy (od 0 do 6,6%), chociaż dużo niższy poziom rozpowszechnienia odnotowano w odniesieniu do zażywania w ostatnim roku i wypadku osób w wieku od 15 do 24 lat ⁽⁸⁵⁾. Natomiast w kilku krajach podających porównywalne dane zażywanie LSD jest często poprzedzane przez zażywanie grzybów halucynogennych, gdzie wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia waha się od 0,3 do 8,3%, a dane szacunkowe dotyczące zażywania w ostatnim roku – w przedziale od 0,2 do 2,8%.

W grupie uczniów w wieku od 15 do 16 lat szacowany wskaźnik rozpowszechnienia spożycia grzybów halucynogennych jest wyższy niż wskaźnik zażywania LSD i innych substancji halucynogennych w dziesięciu z 26 państw podających dane na temat tych narkotyków. Większość krajów zgłasza szacowany wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia grzybów halucynogennych na poziomie od 1 do 4%, przy czym

Wybrane zagadnienia EMCDDA dotyczące zażywania wielu narkotyków

Razem ze sprawozdaniem rocznym na 2009 r. EMCDDA wydaje Wybrane zagadnienia dotyczące zażywania wielu narkotyków. Dokument ten jest przeglądem dostępnych definicji tego bardzo powszechnego schematu zażywania narkotyków i przedstawia dane pozwalające na lepsze zrozumienie rozpowszechnienia i charakterystyki zażywania wielu narkotyków w różnych populacjach (uczniowie, dorośli, osoby problemowo zażywające narkotyki). Opisane są również istniejące interwencje dotyczące tego zjawiska na polach zapobiegania, leczenia i ograniczania szkód. Sprawozdanie zawiera również krótkie omówienie zagrożeń związanych z najpowszechniejszymi mieszkankami narkotyków oraz dyskusję na temat monitorowania zażywania wielu narkotyków w przyszłości.

Te wybrane zagadnienia są dostępne w wersji drukowanej i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

wyższe wskaźniki podały Słowacja (5%) i Republika Czeska (7%) ⁽⁸⁶⁾.

Tendencje w zażywaniu amfetamin i ecstasy

Większość najnowszych danych potwierdza informacje na temat tendencji do stabilizowania się lub nawet zmniejszania spożycia amfetaminy i ecstasy w Europie, które odnotowano w poprzednich sprawozdaniach. Po okresie ogólnych wzrostów w latach 90., obecne badania populacji wskazują na ogólną stabilizację lub nawet na umiarkowany spadek popularności obu narkotyków, chociaż ten układ nie ma miejsca we wszystkich krajach.

W Zjednoczonym Królestwie zażywanie amfetaminy w ostatnim roku w grupie młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) znacznie spadło – z 6,2% w 1998 r. do 1,8% w 2008 r. W Danii zażywanie amfetaminy wzrosło z 0,5% w 1994 r. do 3,1% w 2000 r., przy czym w 2008 r. odsetek ten jest podobny ⁽⁸⁷⁾. W innych krajach informujących o wielokrotnych badaniach w analogicznym okresie (Niemcy, Grecja, Hiszpania, Francja, Niderlandy, Słowacja, Finlandia), przeważnie występują tendencje stabilne (wykres 7). W latach 2002–2007 z 11 krajów dysponujących wystarczającymi danymi na temat zażywania amfetaminy w ostatnim roku w grupie wiekowej od 15 do 34 lat cztery kraje informują o spadku

⁽⁸³⁾ Zob. wykres GPS-9 (część ii) oraz tabele GPS-17 i GPS-18 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

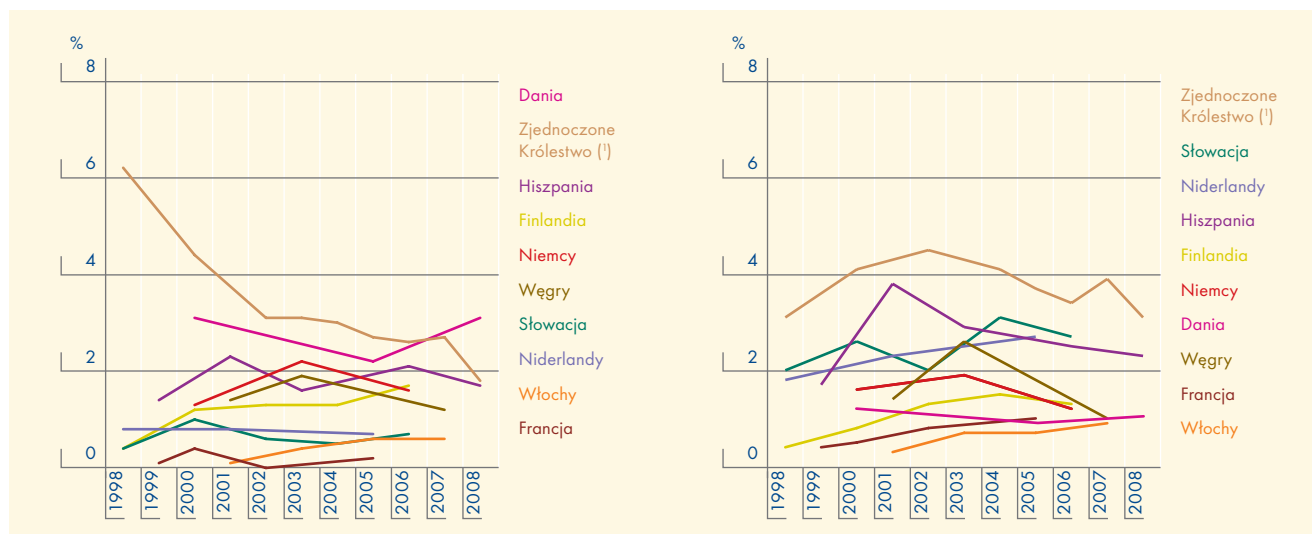
⁽⁸⁴⁾ Zob. tabele TDI-5 i TDI-37 (część i), (część ii) oraz (część iii) Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁸⁵⁾ Zob. tabele GPS-8 (część i), GPS-9, GPS-11 i GPS-17 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁸⁶⁾ Dane z badań ESPAD dla wszystkich państw oprócz Hiszpanii. Zob. wykres EYE-2 (część v) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁸⁷⁾ W 1994 r. w Danii informacje odnoszą się do „twardych narkotyków”, za które uważa się głównie amfetaminy.

Wykres 7: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia amfetamin (lewa strona) i ecstasy (prawa strona) w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



(¹) Anglia i Walia.

Uwaga: Przedstawiono dane tylko dla państw, w których w latach 1998–2008 co najmniej trzykrotnie przeprowadzono badania ankietowe. Więcej informacji – zob. wykresy GPS-8 i GPS-21 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2008), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

o co najmniej 15% wartości początkowej, trzy – o stabilizacji, a cztery – o wzroście.

Obraz jest bardziej zróżnicowany, jeżeli chodzi o zażywanie ecstasy przez młode osoby dorosłe (od 15 do 34 lat). Po okresie ogólnego wzrostu w zażywaniu w niektórych krajach europejskich, przypadającym na późne lata 80. i wczesne lata 90. XX w., który doprowadził do zbliżonych poziomów spożycia ecstasy w Niemczech, Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie w połowie lat 90., wskaźnik zażywania w ostatnim roku spadł do poziomu szacowanej średniej europejskiej (1,6%). Wśród krajów, dla których dostępne są bardziej aktualne badania ankietowe, wskaźnik zażywania pozostaje – w porównaniu z pozostałymi krajami – wyższy w Zjednoczonym Królestwie (⁸⁸). W latach 2002–2007 wskaźnik zażywania ecstasy w ostatnim roku przez młodych dorosłych spadł o co najmniej 15% wartości początkowej w trzech z jedenastu krajów, które przedstawiły wystarczające informacje, w czterech krajach pozostał stabilny, a w kolejnych czterech – wzrósł.

W niektórych krajach i w pewnych segmentach populacji zażywającej narkotyki miejsce amfetaminy i ecstasy może zajmować kokaina. Zjawisko to może mieć miejsce w Zjednoczonym Królestwie, a w pewnym zakresie także w innych krajach (np. w Danii i Hiszpanii), gdzie odnotowano jednocześnie zwiększenie zażywania kokainy i spadek w zażywaniu amfetamin (EMCDDA, 2008b).

Wyniki ESPAD oraz innych badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach w 2007 r. wskazują na

ogół na małą zmianę sytuacji w zakresie eksperymentowania z amfetaminą i ecstasy przez uczniów w wieku od 15 do 16 lat. Uwzględniając różnicę zaledwie dwóch punktów procentowych pomiędzy 2003 a 2007 r., wskaźnik jednokrotnego zażycia amfetaminy wzrósł w dziewięciu krajach. Analogicznie – wskaźnik zażycia ecstasy wzrósł w siedmiu krajach. Spadek wskaźnika jednokrotnego zażycia amfetaminy zaobserwowano jedynie w Estonii, natomiast w Republice Czeskiej, Portugalii i Chorwacji odnotowano spadek w zażywaniu ecstasy.

Amfetaminy i ecstasy w obiektach rozrywkowych – zażywanie i interwencje

Zażywanie narkotyków i alkoholu niekiedy kojarzone jest z pewnymi obiektami rozrywkowymi, w których gromadzą się młodzi ludzie (np. imprezami tanecznymi i festiwalami muzycznymi). Badania dotyczące zażywania narkotyku w takich miejscach mogą dostarczyć przydatnych informacji na temat zachowań osób zażywających amfetaminy i ecstasy oraz inne narkotyki, takie jak ketamina i GHB. Dane szacunkowe na temat zażywania narkotyków w takich miejscach zwykle przyjmują wysokie wartości, na ich podstawie nie można jednak formułować ogólnych wniosków dotyczących większej populacji, a zażywanie narkotyków często ma miejsce w czasie weekendów i dni wolnych (EMCDDA, 2006b).

(⁸⁸) Zob. wykres GPS-21 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Dane dotyczące wskaźników zażywania, pochodzące z badań przeprowadzonych w 2007 r. w obiektach rozrywkowych, dostępne są w odniesieniu do pięciu państw (Belgia, Republika Czeska, Łotwa, Litwa i Austria). Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia kształtuje się na poziomie od 15 do 71% dla ecstasy, a dla amfetamin – od 17 do 68%. W czterech z tych badań odnotowano również wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia grzybów halucynogennych – wynosi on od 4 do 64%. Częste zażywanie ecstasy lub amfetamin również ma miejsce w takich obiektach, ale na ogół kształtuje się ono na dużo niższym poziomie.

Informacje na temat stopnia zażywania tych narkotyków przez młodych ludzi, którzy uczęszczają do klubów, można znaleźć w danych z brytyjskich badań przestępczości w latach 2007–2008. W grupie osób w wieku od 16 do 24 lat w przypadku respondentów, którzy informowali o odwiedzaniu nocnych klubów cztery lub więcej razy w ostatnim miesiącu, istniało ponad trzykrotnie większe prawdopodobieństwo zażywania ecstasy (8%) w ostatnim roku, niż wśród osób, które nie uczęszczają do tego rodzaju miejsc (2,3%) (Hoare i Flatley, 2008).

Zdrowie i bezpieczeństwo osób chodzących do nocnych klubów i zażywających jest kwestią zdrowotną budzącą coraz większe obawy społeczne. Ważnym narzędziem w tej dziedzinie stały się wskazówki, takie jak te opracowane w Zjednoczonym Królestwie, dotyczące bezpiecznego tańca. Jednakże chociaż obecnie 12 państw poinformowało o opracowaniu takich wskazówek w nocnych lokalach rozrywkowych, jedynie Niemcy, Słowenia, Szwecja i Zjednoczone Królestwo zgłaszają ich monitorowanie i egzekwowanie.

Wskazówki dotyczące bezpiecznego uczęszczania do klubów mają na celu zmniejszenie możliwości wystąpienia problemów związanych z narkotykami i obejmują między innymi zapewnienie dostępu do bezpłatnej, zimnej wody, natychmiastową dostępność pierwszej pomocy oraz działania zapobiegawcze w terenie. Sprawozdania na temat dostępności takich środków w nocnych klubach o wystarczająco dużej populacji docelowej, umożliwiającej wdrożenie tych działań interwencyjnych, dostarczyli eksperci krajowi. Sprawozdania te na ogół wykazują ograniczoną dostępność prostych środków, które zapobiegają zagrożeniom zdrowotnym związanym z zażywaniem narkotyków w europejskich lokalach nocnych bądź zmniejszają takie zagrożenia. Działania zapobiegawcze w terenie dostępne są w większości stosownych nocnych klubów jedynie na Litwie i w Słowenii, a 18 państwach – w niektórych lokalach nocnych. W sześciu krajach działania takie nie występują.

Pięć państw zgłosiło natychmiastową dostępność pierwszej pomocy w większości nocnych klubów (Luksemburg, Portugalia, Słowenia, Zjednoczone Królestwo, Norwegia), w 15 krajach pomoc taka jest dostępna tylko w niektórych lokalach, a w Grecji i Szwecji jest niedostępna. Dostęp do bezpłatnej zimnej wody jest zapewniony w większości stosownych lokalach nocnych w 11 krajach, a w dziewięciu – w niektórych. W Grecji, na Cyprze i w Rumunii bezpłatna woda pitna nie jest dostępna.

Leczenie

Osoby zażywające amfetaminę na ogół poddawane są leczeniu w placówkach pozaszpitalnych, które – w krajach, w których zażywanie amfetamin od dawna jest znaczne – mogą specjalizować się w leczeniu tego problemu narkotykowego. Leczenie większości osób problemowo zażywających amfetaminy może być prowadzone w placówkach leczenia zamkniętego bądź w klinikach lub szpitalach psychiatrycznych.

Specjalistyczne programy leczenia osób problemowo zażywających amfetaminy zgłosiło dziewięć państw (Niemcy, Estonia, Hiszpania, Włochy, Austria, Portugalia, Słowenia, Słowacja, Zjednoczone Królestwo). Dostępność tych programów różni się w zależności od kraju. Jedynie trzy z tych państw (Portugalia, Słowenia, Zjednoczone Królestwo) poinformowały, że programy specjalistyczne są dostępne dla większości osób zażywających amfetaminy, które aktywnie ubiegają się o leczenie. W pozostałych sześciu państwach eksperci krajowi szacują, że specjalistyczne leczenie w zakresie zażywania amfetamin dostępne jest dla mniej niż połowy osób zażywających te narkotyki i ubiegających się o leczenie. Te specjalistyczne programy dla osób zażywających amfetaminy często nie są wystarczająco dobrze udokumentowane.

Możliwości terapeutyczne, co do których istnieją solidne dowody skuteczności, w zasadzie nie przekładają się na prowadzenie leczenia z uzależnienia od psychostymulantów, np. amfetamin. Istnieją informacje o obiecujących wynikach niedawnych badań dotyczących środków farmakologicznych, które pomagają osobom uzależnionym w radzeniu sobie z sytuacją abstynencji czy ograniczają głód narkotykowy wiążący się z uzależnieniem od amfetamin, a których do tej pory nie było. Fińskie badania na temat stosowania metylofenidatu i arypiprazolu wykazały pozytywne wyniki wstępne – u osób otrzymujących metylofenidat próbki moczu dawały mniej pozytywnych wyników badań na obecność amfetaminy niż w przypadku osób otrzymujących arypiprazol lub placebo (Tiihonen i in., 2007). Ponadto niedawny przegląd literatury przedmiotu wykazał

pozytywne wyniki w zakresie stosowania metylofenidatu i dekstroamfetaminy w leczeniu uzależnienia od metamfetaminy (Elkashef i in., 2008).

Dekstroamfetamina od dawna jest stosowana w leczeniu osób wysoce problemowo zażywających amfetaminy w Anglii i Walii, gdzie może ją przepisać każdy lekarz. Jednakże informacje na temat stosowania tej metody w Zjednoczonym Królestwie są ograniczone. W przeprowadzonym ponad dziesięć lat temu badaniu ankietowym na temat usług farmaceutycznych oszacowano, że ta metoda leczenia stosowana jest u 900 do 1000 pacjentów (Strang i Sheridan, 1997). Większość recept wystawili lekarze pracujący w szpitalach lub klinikach, z czego prawie wszystkie recepty wystawili lekarze pracujący w brytyjskiej państwowej służbie zdrowia (NHS). Przeprowadzone w 2000 r. badania ankietowe dotyczące 265 usług specjalistycznych w ramach NHS wykazały, że przepisanie dekstroamfetaminy było dostępne w około jednej trzeciej badanych usług (Rosenberg i in., 2002). Jednakże ze względu na brak udowodnionej skuteczności zastępcze przepisywanie dekstroamfetaminy nie jest zalecane w brytyjskich wytycznych na temat klinicznego leczenia uzależnienia od narkotyków (NTA, 2007).

Do tej pory nie wykazano niezbitego dowodu potwierdzającego skuteczność konkretnego psychospołecznego działania interwencyjnego, które pomagałoby osobom zażywającym psychostymulanty w zachowaniu abstynencji. Z literatury przedmiotu wynika, że największą skuteczność w leczeniu osób zażywających narkotyki pobudzające wykazują metody poznawczo-behawioralne, takie jak profilaktyka nawrotu uzależnienia. Skuteczność innych rodzajów interwencji nie jest

wystarczająco udokumentowana. Utrudnienie stanowi zwłaszcza niedostatek dobrze przeprowadzonych badań osób zażywających amfetaminę jako narkotyk główny, szczególnie badań dotyczących rezultatów leczenia (Baker i in., 2004). Ponadto w ostatnim przeglądzie sporządzonym przez organizację Cochrane, który dotyczy psychospołecznych działań interwencyjnych związanych z uzależnieniem od psychostymulantów, stwierdzono, że trwałe, pozytywne efekty behawioralne (kontynuowanie leczenia, ograniczenie spożycia narkotyków) zaobserwowano jedynie w przypadku działań interwencyjnych, których elementem był system gratyfikacji i kar. Metoda ta jest jednak rzadko stosowana w Europie, chociaż istniały pewne projekty pilotażowe (zob. rozdział 5).

Konieczne są dalsze badania naukowe nad leczeniem psychospołecznym i farmakologicznym osób, których problemy związane są z zażywaniem amfetamin, szczególnie dożylnym. Obecne praktyki i zakres leczenia w Europie również powinny być lepiej udokumentowane. Wiele pozostaje do zrobienia w kwestii wymiany najlepszych praktyk. Brak specjalistycznych programów może zniechęcać osoby zażywające amfetaminę lub metamfetaminę do zabiegania o leczenie, szczególnie na wczesnych etapach zażywania narkotyków. Ponadto dostępność takich programów może pomóc w zwiększeniu liczby leczonych osób – zjawisko to miało miejsce w Niemczech i we Francji w przypadku osób problemowo zażywających konopie indyjskie, gdy państwa te zwiększyły dostęp do specjalistycznych programów leczenia. Działania takie mogą być szczególnie przydatne w krajach, w których ostatnio odnotowano wzrost liczby osób problemowo zażywających amfetaminę i metamfetaminę, zwłaszcza dożylnie (Talu i in., 2009).



Rozdział 5

Kokaina i crack

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich dziesięciu lat w Unii Europejskiej zaobserwowano ogólny wzrost spożycia kokainy i liczby konfiskat tego narkotyku. Wzrost ten w dużym stopniu ogranicza się do zachodnich państw członkowskich i występują duże różnice między poszczególnymi krajami. Dostępne dane wskazują również na znaczne zróżnicowanie osób zażywających kokainę, zarówno pod względem schematów zażywania, jak i czynników społeczno-demograficznych. Najliczniejszą grupę stanowią osoby, które jedynie eksperymentalnie zażyły ten narkotyk raz lub kilka razy. Kolejna grupa obejmuje dobrze funkcjonujące w społeczeństwie osoby regularnie zażywające kokainę. W pewnych krajach grupę tę stanowi stosunkowo duża liczba młodych ludzi. U niektórych z nich zażywanie kokainy może się nasilić lub trwać przez dłuższy czas, co może prowadzić do przewlekłych problemów zdrowotnych i społecznych oraz do konieczności leczenia. Trzecia grupa osób zażywających ten narkotyk obejmuje członków grup wykluczonych społecznie, w tym osoby zażywające opiaty obecnie lub

w przeszłości. U większość z nich występuje intensywny schemat zażywania kokainy; możliwe jest zażywanie cracku lub przyjmowanie narkotyków dożylnie. Może to powodować utrwalenie lub nasilenie istniejących problemów zdrowotnych i społecznych, a także utrudniać leczenie w zakresie zażywania opiatów. Ocena wskaźników zażywania kokainy, następstw zdrowotnych i społecznych oraz koniecznych działań stanowi wyjątkowe wyzwanie ze względu na różnorodność profilów osób zażywających ten narkotyk.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Uprawa krzewu kokainowego, będącego źródłem kokainy, nadal koncentruje się w niewielu krajach w regionie Andów⁽⁸⁹⁾. UNODC (2009) oszacowało, że w 2008 r. ogólna uprawa krzewu kokainowego przekładała się na potencjalną produkcję 845 ton czystego chlorowodoru kokainy, z czego produkcja w Kolumbii stanowiła 51%,

Tabela 7: Produkcja, konfiskata, cena i czystość kokainy i cracku

	Kokaina	Crack ⁽¹⁾
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	845	b.d.
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	710 ⁽²⁾	0,8
Skonfiskowana ilość (w tonach) UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Liczba konfiskat UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	91 400 (92 000)	9500 (9500)
Średnia cena detaliczna (euro za gram) Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽³⁾	44-88 (58-67)	20-112
Rozstęp średniej czystości (w %)	22-57	35-98
⁽¹⁾ Ze względu na małą liczbę państw, które przedstawiły informacje, należy zachować ostrożność przy interpretowaniu danych. ⁽²⁾ UNODC szacuje, że wartość ta odpowiada 412 tonom czystej kokainy. ⁽³⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych cen średnich. Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2007 r., z wyjątkiem szacunków produkcji globalnej, które dotyczą 2008 r.; b.d. – brak danych. Źródło: Wartości globalne – sprawozdanie UNODC World drug report (2009), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.		

⁽⁸⁹⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, zob. str. 42.

w Peru – 36%, a w Boliwii – 13%. Szacuje się, że w 2008 r. globalna produkcja kokainy spadła o 15%, głównie ze względu na spadek produkcji w Kolumbii – 600 ton w 2007 r. do 430 ton w 2008 r. Produkcja kokainy w Peru i Boliwii natomiast w dalszym ciągu nieznacznie wzrastała.

Proces przetwarzania liści krzewu kokainowego na chlorowodurek kokainy odbywa się w większości w Kolumbii, Peru i Boliwii, chociaż może także występować w innych krajach Ameryki Południowej. Znaczenie Kolumbii w produkcji kokainy potwierdzają informacje na temat zlikwidowanych laboratoriów oraz konfiskat nadmanganianu potasu – odczynnika chemicznego stosowanego w syntezie chlorowodoru kokainy. W 2007 r. w Kolumbii zlikwidowano 2471 laboratoriów produkujących kokainę (78% tych laboratoriów na całym świecie) i skonfiskowano ogółem 144 tony nadmanganianu potasu (94% globalnej skonfiskowanej ilości) (INCB, 2009a).

Z dostępnych informacji wynika, że kokaina w dalszym ciągu sprowadzana jest do Europy różnymi szlakami (EMCDDA, 2008d). Przed dotarciem do Europy kokaina przewożona jest przez takie kraje Ameryki Południowej i Środkowej, jak: Argentyna, Brazylia, Ekwador, Meksyk i Wenezuela. Przetładunek kokainy zmierzającej do Europy często odbywa się również w krajach karaibskich. Na tych szlakach kokaina przemycana jest drogą powietrzną (liniami lotniczymi) lub morską. W ostatnich latach rozpoznano jeszcze inny szlak, prowadzący przez Afrykę Zachodnią. Stamtąd kokaina często jest transportowana do Europy statkami rybackimi lub żaglowymi, chociaż odnotowano również transport drogą powietrzną lub lądową przez północną Afrykę (Europol, 2007).

W ostatnich latach wymieniano również inne kraje tranzytowe. Należą do nich Republika Południowej Afryki i Federacja Rosyjska, a także kraje środkowej i wschodniej Europy, w których liczba konfiskat kokainy wzrosła z około 412 przypadków w 2002 r. do 1065 w 2007 r. Ważnymi krajami tranzytowymi w przewozie kokainy na terytorium Europy są: Belgia, Hiszpania, Francja, Włochy, Niderlandy, Portugalia i Zjednoczone Królestwo.

Konfiskaty

Po marihuanie i żywicy konopnej najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie jest kokaina. W 2007 r. globalne konfiskaty kokainy utrzymywały się na poziomie około 710 ton. Największą przechwyconą ilość, stanowiącą 45% wielkości światowej, ponownie zgłosiła Ameryka Południowa, a następnie kolejno Ameryka

Północna – 28% i zachodnia i środkowa Europa – 11% (UNODC, 2009).

W ciągu ostatnich 20 lat liczba przypadków konfiskaty kokainy w Europie stale wzrasta, zwłaszcza od 2003 r. W 2007 r. liczba konfiskat kokainy wzrosła do 92 000, chociaż ogólna ilość przechwyconego narkotyku spadła ze 121 ton w 2006 r. do 77 ton. Spadek ogólnej ilości przechwyconej kokainy wynika w dużej mierze z sytuacji w Portugalii, a w mniejszym stopniu także w Hiszpanii i Francji, gdzie w 2007 r. odnotowano mniejsze ilości skonfiskowanego narkotyku niż w poprzednim roku ⁽⁹⁰⁾. W 2007 r. Hiszpania nadal była krajem zgłaszającym zarówno największą ilość przechwyconej kokainy, jak i największą liczbę przypadków konfiskaty tego narkotyku w Europie – około połowę ogólnej liczby.

Zrozumienie spadku cen kokainy w Europie

Od 2000 r. ceny kokainy w Europie (z uwzględnieniem inflacji) spadały, natomiast popyt na tę substancję wzrósł, na co wskazuje wskaźnik zażywania kokainy w ogólnej populacji oraz wśród osób problemowo zażywających narkotyki. To sprzeczne z intuicją odkrycie można wyjaśnić kilkoma czynnikami. Zwiększenie podaży kokainy w Europie, odzwierciedlające się we wzroście skonfiskowanych ilości narkotyku, jest tu zdecydowanie kluczowym czynnikiem. Poszukiwania przez południowoamerykańskich handlarzy narkotykami alternatywy dla rynku amerykańskiego może być czynnikiem podażowym napędzającym coraz większą dostępność narkotyku na rynku europejskim. Oprócz tego czynnikiem mógł być również rosnący popyt na kokainę w Europie. Większe spożycie kokainy w Europie oraz względna siła walut europejskich w porównaniu z dolarem amerykańskim mogły kompensować spadek cen oraz mniejsze marże.

Na cenę kokainy wpływ mogły mieć również jednak inne czynniki. Rozwój technologiczny i wykorzystanie nowych szlaków handlowych, np. szlaku zachodnioafrykańskiego, gdzie kontrola nad narkotykami jest egzekwowana w niewystarczającym stopniu i koszt pozyskania handlarzy jest niski, mogły doprowadzić do spadku kosztów transportu i zmniejszenia ryzyka związanego z handlem. Większa konkurencja na rynku kokainy (Desroches, 2007) również mogła mieć wpływ na cenę tego narkotyku w Europie.

Brak danych w tym względzie sprawia, że analiza ta jest z konieczności oparta na spekulacjach, i podkreśla, jak istotne jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na europejski rynek narkotykowy. EMCDDA zobowiązało się do rozwijania dalszej współpracy i badań w tym zakresie.

⁽⁹⁰⁾ Zob. tabele SZR-9 i SZR-10 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Czystość i cena

W 2007 r. średni stopień czystości kokainy w Europie wahał się w granicach od 22 do 57% ⁽⁹¹⁾. Większość krajów, które posiadały dane wystarczające do analizy tendencji w czasie, informowała o spadku czystości kokainy w latach 2002–2007 – wyjątek stanowiły Hiszpania i Portugalia.

Przepisy zwalczające handel narkotykami na pełnym morzu

Skuteczne zapobieganie handlowi narkotykami na morzu zależy od współpracy pomiędzy państwami, którą wspierają dwie konwencje międzynarodowe.

Zgodnie z art. 108 Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawie morza (1982), każde państwo podejrzewające, że statek pływający pod jego banderą (1) zajmuje się handlem narkotykami, może zwrócić się do innych państw z prośbą o współdziałanie w zwalczaniu takiego handlu. Dalsza współpraca przewidziana jest w art. 17 Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 r.. Konwencja ta wprowadza mechanizm pozwalający każdemu państwu, które ma uzasadnione podstawy, aby podejrzewać, że statek pływający pod banderą innego kraju jest powiązany z handlem narkotykami, wystąpić do kraju bandery statku o pozwolenie na wkroczenie na pokład, przeszukanie go i konfiskatę wszelkich narkotyków, a następnie postawienie zarzutów odpowiednim osobom. Działania te mogą odbyć się w dowolnym miejscu poza wodami terytorialnymi. Właściwe organy krajowe działać mają jako punkty kontaktowe i pozostawać w stanie ciągłej gotowości, aby jak najszybciej reagować na takie wnioski. Mogą być one rozpatrywane pozytywnie, pozytywnie z warunkami lub negatywnie. Zajęcia mogą dokonywać tylko okręty wojenne lub samoloty wojskowe albo inne statki morskie lub powietrzne, które posiadają wyraźne znaki rozpoznawcze świadczące o tym, że pozostają one w służbie rządowej i że są upoważnione do takich działań.

Samo wejście na pokład i dalsze działania wykonywane są przez oddział funkcjonariuszy organów ścigania z państwa, które wystąpiło z prośbą. Oddział ten nazywa się odkomenderowanym oddziałem organów ścigania (LEDET). Gdy LEDET koordynowany jest przez międzyrządowe agencje, takie jak Ośrodek Analiz i Operacji Morskich – Narkotyki (Maritime Analysis Operations Centre – Narcotics, MAOC-N), oddział ten czasami transportowany jest przez okręt wojenny innego państwa. W takim wypadku w celu spełnienia wymogu dotyczącego identyfikacji helikoptery i małe łodzie używane podczas operacji wejścia na pokład będą tymczasowo pływać pod banderą państwa LEDET, a nie państwa, do którego należy okręt wojenny.

⁽¹⁾ Jurysdykcję nad statkiem i jego załogą przyjmuje państwo, w którym statek jest zarejestrowany („państwo bandery”).

W 2007 r. średnia cena detaliczna kokainy wahała się od 44 do 88 euro za gram w 19 krajach, które dostarczyły dane, przy czym około połowa z nich podała średnie ceny w granicach od 58 do 67 euro za gram. W latach 2002–2007 kokaina sprzedawana na ulicy staniała w państwach, które przedstawiły dane wystarczające do przeprowadzenia porównania.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania

Zażywanie kokainy w populacji ogólnej

Kokaina nadal jest drugim (po konopiach indyjskich) najczęściej zażywany nielegalnym narkotykiem w Europie, chociaż poziom jej spożycia różni się znacznie w zależności od kraju. Szacuje się, że przynajmniej raz zażyło kokainę około 13 mln Europejczyków, czyli średnio 3,9% dorosłych w wieku od 15 do 64 lat (zestawienie danych – zob. tabela 8). Wielkości krajowe wahają się od 0,1 do 8,3%, przy czym 12 z 23 krajów, w tym większość państw środkowej i wschodniej Europy, podaje niski wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia w grupie wszystkich dorosłych (od 0,5 do 2%).

Szacuje się, że około 4 mln Europejczyków (średnio 1,2%) zażyło ten narkotyk w ostatnim roku, chociaż i tutaj występują znaczne różnice w zależności od kraju. Najnowsze krajowe badania ankietowe wykazują, że wskaźnik zażywania w ostatnim roku szacowany jest na od zera do 3,1%, jednak w 18 z 24 państw poziom zażywania nie przekracza 1%. Szacuje się, że w Europie wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim miesiącu odnosi się do około 0,4% osób dorosłych, tj. około 1,5 mln. Przedstawione dane szacunkowe są zapewne ostrożne.

Ogólnie rzecz biorąc, wydaje się, że zażywanie kokainy koncentruje się w nielicznych krajach, w szczególności w Danii, Hiszpanii, Włoszech, Irlandii i Zjednoczonym Królestwie, natomiast zażywanie tego narkotyku jest stosunkowo niskie w pozostałych krajach europejskich. W krajach, w których na rynku nielegalnych narkotyków pobudzających dominują amfetaminy, w prawie wszystkich przypadkach dane szacunkowe na temat zażywania kokainy są niskie; i odwrotnie – w większości krajów, w których kokaina jest głównym nielegalnym środkiem pobudzającym, notuje się niski poziom zażywania amfetaminy.

Wydaje się, że intensywne schematy zażywania narkotyków rozwijają się w przypadku jedynie małego odsetka osób, które przynajmniej jednokrotnie zażyły kokainę. Dane zgromadzone w badaniach ankietowych populacji ogólnej wskazują na wysokie wskaźniki

⁽⁹¹⁾ Dane dotyczące czystości i ceny, zob. tabele PPP-3 i PPP-7 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

zaprzestania zażywania w grupie osób przyjmujących kokainę: w krajach, w których wskaźnik zażywania w ostatnim roku wynosi powyżej 2%, większość dorosłych, którzy przynajmniej jednokrotnie zażywali kokainę (od 80 do 95%), nie zażyła jej w ostatnim miesiącu ⁽⁹²⁾.

Zażywanie kokainy wśród młodych osób dorosłych

Ocenia się, że w Europie 7,5 mln młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat), czyli średnio 5,6%, zażyło kokainę przynajmniej raz w życiu. Wielkości krajowe wahają się od 0,1 do 12,0%. Szacuje się, że europejski wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim roku w tej grupie wiekowej wynosi średnio 2,2% (3 mln), natomiast w odniesieniu do zażywania w ostatnim miesiącu jest to 0,8% (1 mln).

Zażywanie kokainy jest wysokie zwłaszcza w grupie młodych mężczyzn (od 15 do 34 lat), przy czym wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim roku wynosi od 4,2 do 7,7% w Danii, Hiszpanii, Irlandii, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie ⁽⁹³⁾. W większości państw w grupie młodych osób dorosłych stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w odniesieniu do wskaźnika zażywania kokainy w ostatnim roku wynosi co najmniej 2:1.

Szacuje się, że wśród osób w wieku od 15 do 24 lat wskaźnik zażywania kokainy w ostatnim roku wynosi 2,2%, co przekłada się na 1,5 mln osób zażywających ten narkotyk w Europie. W przeciwieństwie do szacowanych wskaźników zażywania konopi indyjskich lub ecstasy, które są najwyższe w grupie wiekowej od 15 do 24 lat, wskaźniki dotyczące niedawnego zażywania kokainy (w ostatnim roku i w ostatnim miesiącu) w grupach wiekowych od 15 do 34 lat i od 15 do 24 lat są podobne ⁽⁹⁴⁾.

Zażywanie kokainy jest kojarzone również ze spożywaniem alkoholu i z pewnym stylem życia. Na przykład z analizy danych uzyskanych w ramach brytyjskich badań przestępczości w latach 2007–2008 wynika, że 13,5% osób w wieku od 16 do 24 lat, które w ostatnim miesiącu co najmniej dziewięć razy odwiedziły pub, deklaruje zażywanie kokainy w ostatnim roku, w porównaniu z 1,7% osób, które nie były w takich lokalach. Odwiedzanie klubów nocnych również wiązało się z wyższym poziomem zażywania kokainy – blisko 10% osób w wieku od 16 do 24 lat, które w ostatnim miesiącu były w klubie co najmniej cztery razy, deklaruje zażywanie kokainy w ostatnim roku, w porównaniu z 3,3% osób, które nie były w takich lokalach. W tych

samych badaniach deklarowane zażywanie cracku było niskie, nawet w grupie osób zażywających kokainę. Stanowi to potwierdzenie wyników innych badań, które wskazują na różnice w profilach osób zażywających tę substancję (Hoare i Flatley, 2008). Badania prowadzone w obiektach rozrywkowych również podają wyższe wskaźniki zażywania kokainy, niż w przypadku populacji ogólnej (EMCDDA, 2007a). Ponadto najnowsze internetowe badania ankietowe, przeprowadzone w Republice Czeskiej wśród wielbicieli muzyki elektronicznej, wykazują, iż 30,9% respondentów zażywało kokainę.

Badania Eurobarometru z 2008 r., które przeprowadzono w 27 państwach członkowskich UE, wykazują, że 85% osób w wieku od 15 do 25 lat postrzega zażywanie kokainy jako duże zagrożenie dla zdrowia. Odsetek respondentów postrzegających podobne zagrożenie dla zdrowia w odniesieniu do zażywania innych substancji jest dużo niższy: w przypadku konopi indyjskich – 40%, tytoniu – 28%, alkoholu – 24%. Jedynie zażywanie kokainy uważane jest przez większy odsetek respondentów za duże zagrożenie. Różnice wyników między krajami są niewielkie, a 95% respondentów uważa, że kokaina powinna w dalszym ciągu być zabroniona (Komisja Europejska, 2008b).

Zażywanie kokainy wśród uczniów

Wśród młodzieży szkolnej szacunkowe wskaźniki zażywania kokainy są znacznie niższe niż wskaźniki dotyczące zażywania konopi indyjskich. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat, którzy uczestniczyli w badaniach ESPAD, wynosi od 1 do 2% w połowie z 28 państw objętych raportem Większość pozostałych krajów podaje wskaźnik zażywania na poziomie od 3 do 4%, natomiast Francja, Włochy i Zjednoczone Królestwo – 5%. W większości państw wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy wśród mężczyzn jest wyższy niż wśród kobiet, a najwyższy poziom (6%) podały Francja i Włochy ⁽⁹⁵⁾.

Porównania międzynarodowe

Ogólnie rzecz biorąc, poziom wskaźnika zażywania kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych w Unii Europejskiej jest niższy, niż wśród ich rówieśników w Australii i USA. Jednak dwa państwa – Hiszpania i Zjednoczone Królestwo (Anglia i Walia) zgłaszają

⁽⁹²⁾ Zob. wykres GPS-16 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁹³⁾ Zob. wykres GPS-13 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽⁹⁴⁾ Zob. wykres GPS-15 oraz tabele GPS-14, GPS-15 i GPS-16 dla wszystkich lat; tabele GPS-17, GPS-18 i GPS-19 dla najnowszych danych w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

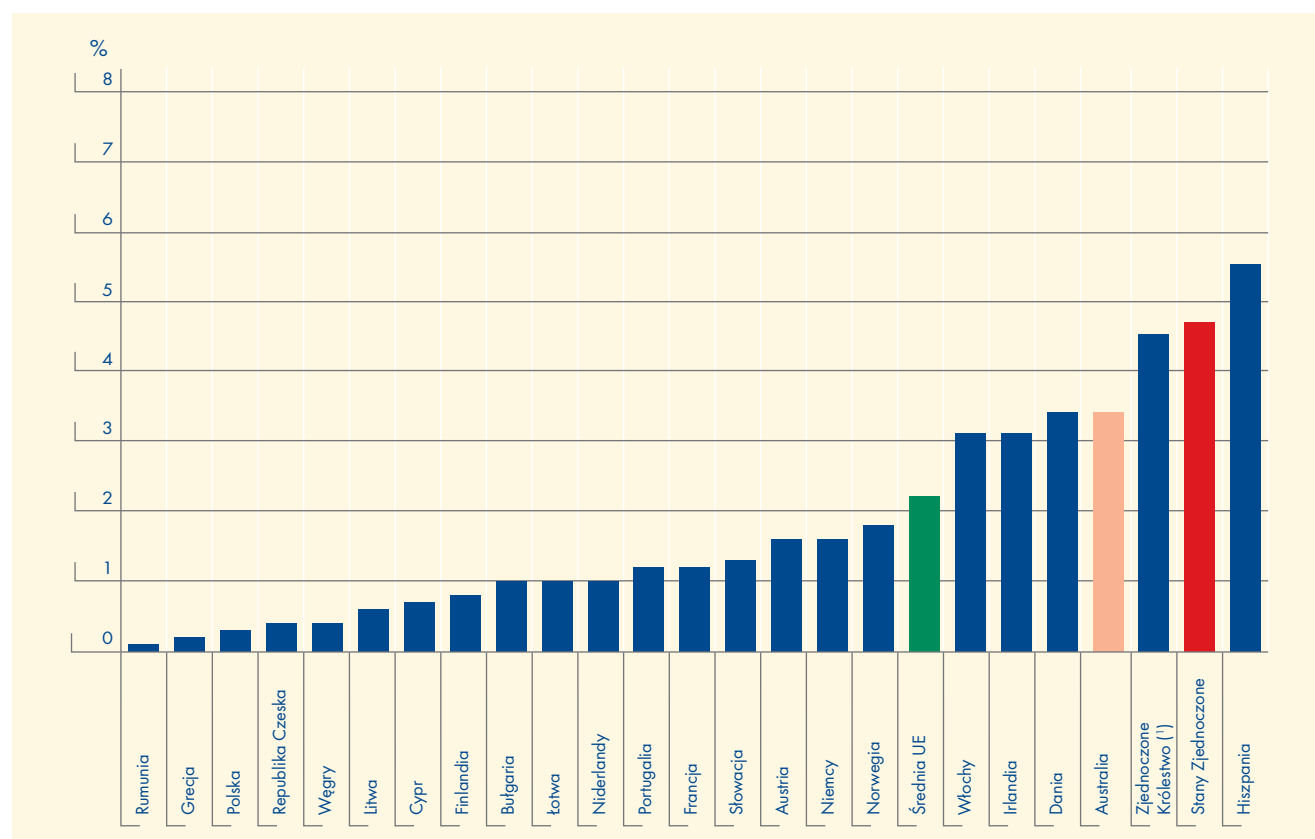
⁽⁹⁵⁾ Zob. tabela EYE-12 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Tabela 8: Rozpowszechnienie zażywania kokainy w populacji ogólnej – dane podstawowe

Grupa wiekowa	Okres zażywania		
	przynajmniej raz w życiu	ostatni rok	ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	13 mln	13 mln	1,5 mln
Średnia europejska	3,9%	1,2%	0,4%
Przedział	0,1–8,3%	0,0–3,1%	0,0–1,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Litwa, Malta (0,4%) Grecja (0,7%)	Rumunia (0,0%) Grecja (0,1%) Republika Czeska, Węgry, Polska (0,2%)	Republika Czeska, Grecja, Estonia, Rumunia (0,0%) Malta, Litwa, Polska, Finlandia (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Hiszpania (8,3%) Zjednoczone Królestwo (7,6%) Włochy (6,8%) Irlandia (5,3%)	Hiszpania (3,1%) Zjednoczone Królestwo (2,3%) Włochy (2,2%) Irlandia (1,7%)	Hiszpania (1,1%) Zjednoczone Królestwo (1,0%) Włochy (0,8%) Irlandia (0,5%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	7,5 mln	3 mln	1 mln
Średnia europejska	5,6%	2,2%	0,8%
Przedział	0,1–12,0%	0,1–5,5%	0,0–2,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Litwa (0,7%) Malta (0,9%) Grecja (1,0%)	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Polska (0,3%) Węgry, Republika Czeska (0,4%)	Estonia, Rumunia (0,0%) Republika Czeska, Grecja, Polska (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (12,0%) Hiszpania (11,8%) Dania (9,5%) Irlandia (8,2%)	Hiszpania (5,5%) Zjednoczone Królestwo (4,5%) Dania (3,4%) Irlandia, Włochy (3,1%)	Zjednoczone Królestwo (2,1%) Hiszpania (1,9%) Włochy (1,2%) Irlandia (1,0%)
15–24 lata			
Szacowana liczba osób zażywających w Europie	3 mln	1,5 mln	0,6 mln
Średnia europejska	4,4%	2,2%	0,9%
Przedział	0,1–9,9%	0,1–5,6%	0,0–2,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Grecja (0,6%) Litwa (0,7%) Malta, Polska (1,1%)	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Polska (0,3%) Republika Czeska (0,4%)	Estonia, Rumunia (0,0%) Grecja (0,1%) Republika Czeska, Polska, Portugalia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (9,9%) Hiszpania (9,3%) Dania (9,2%) Irlandia (7,0%)	Dania (5,6%) Hiszpania (5,4%) Zjednoczone Królestwo (5,0%) Irlandia (3,8%)	Zjednoczone Królestwo (2,5%) Hiszpania (1,7%) Włochy (1,2%) Irlandia (1,1%)

Europejskie szacunki rozpowszechnienia oparte są na średnich ważonych z najnowszych badań krajowych, przeprowadzonych w latach 2001–2008 (głównie 2004–2008), a zatem nie można przypisać ich do jednego roku. Średni wskaźnik rozpowszechnienia w Europie obliczono jako średnią ważoną krajowych wskaźników rozpowszechnienia w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. W przypadku krajów, w których nie było żadnych informacji, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia w UE. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat (334 mln), od 15 do 34 lat (133 mln) i od 15 do 24 lat (63 mln). Dane tutaj zestawione znajdują się w Biuletynie statystycznym za 2009 r. w części Badania ankietowe populacji ogólnej.

Wykres 8: Rozpowszechnienie spożycia kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) w Europie, Australii i Stanach Zjednoczonych



(1) Anglia i Walia.

Uwaga: Dane pochodzą z ostatnich badań ankietowych w każdym państwie. Europejski średni wskaźnik rozpowszechnienia obliczony został na podstawie średnich krajowych wskaźników rozpowszechnienia ważonych krajową populacją w wieku od 15 do 34 lat (rok 2006, dane Eurostat). Dane dotyczące Stanów Zjednoczonych i Australii przeliczono do przedziału wiekowego od 15 do 34 lat, wykorzystując pierwotne wyniki badań. Więcej informacji – zob. wykres GPS-20 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (Urząd Nauk Stosowanych, <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007 (Krajowe badanie ankietowe dotyczące zażywania narkotyków i stanu zdrowia z 2007 r.).

Australian Institute of Health and Welfare (Australijski Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej) 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings (Krajowa strategia antynarkotykowa – badania gospodarstw domowych w 2007 r.: wyniki szczegółowe). Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

wyższe wielkości niż Australia, a tylko Hiszpania podaje wyższą wartość szacunkową niż USA (wykres 8).

Tendencje w zażywaniu kokainy

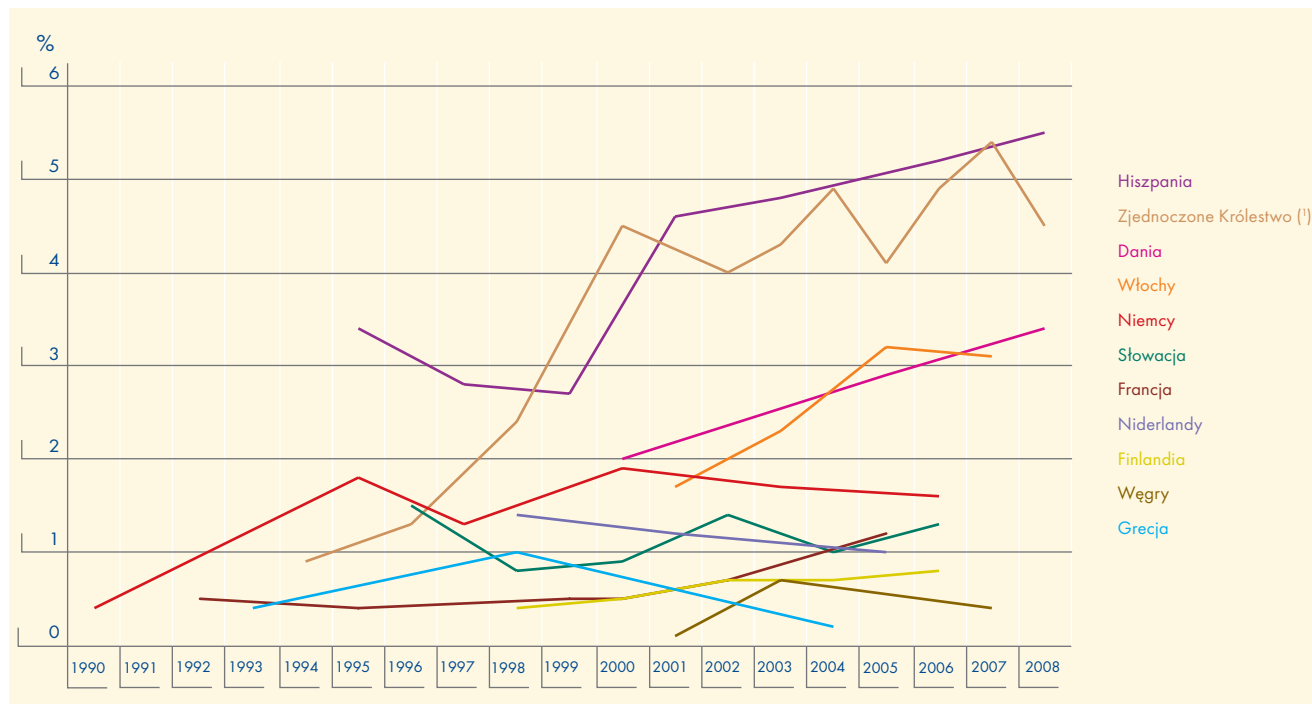
Mówiąc w uproszczeniu, tendencje w zażywaniu kokainy w Europie rysują się według odmiennych schematów. W dwóch państwach o najwyższym wskaźniku zażywania kokainy (Hiszpania i Zjednoczone Królestwo) pod koniec lat 90. zażywanie tego narkotyku gwałtownie wzrosło, a następnie wykształciła się tendencja stabilniejsza, chociaż w dalszym ciągu na ogół wyższa. W drugiej grupie krajów, która obejmuje Danię, Irlandię i Włochy, wzrost wskaźnika zażywania był mniej widoczny i nastąpił nieco później. Niemniej jednak wskaźniki zażywania w tych trzech krajach są wysokie w porównaniu z innymi państwami europejskimi. Sytuację w innych częściach

Europy trudno jest zinterpretować – ogólnie wskaźniki zażywania są niskie, a w niektórych krajach notuje się zarówno niewielkie wzrosty, jak i spadki. Z 11 krajów, w przypadku których możliwe jest przeanalizowanie tendencji w 2002 i 2007 r., rozpowszechnienie zażywania tego narkotyku w ostatnim roku przez młode osoby dorosłe (od 15 do 34 lat) wzrosło o co najmniej 15% wartości początkowej w pięciu krajach (Irlandia, Włochy, Łotwa, Portugalia, Zjednoczone Królestwo) ⁽⁶⁾, spadło – w dwóch (Węgry, Polska), a w czterech (Niemcy, Hiszpania, Słowacja, Finlandia) – pozostało stabilne (wykres 9).

Z badań ESPAD przeprowadzonych w szkołach w 2007 r. wynika, że we Francji, na Cyprze, Malcie, Słowenii i w Słowacji wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy przez uczniów w wieku od 15 do 16 lat wzrósł od 2003 r. o co najmniej dwa punkty procentowe.

⁽⁶⁾ Dania również odnotowała wzrost, ale w innym okresie.

Wykres 9: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



(¹) Anglia i Walia.

Uwaga: Więcej informacji – zob. wykres GPS-14 (część II) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2008), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

Hiszpańskie badania ankietowe przeprowadzone w szkołach wykazały w 2007 r. spadek o dwa punkty procentowe w stosunku do 2004 r.

Konsekwencje zdrowotne zażywania kokainy

Rozmiary konsekwencji zdrowotnych zażywania kokainy prawdopodobnie są szacowane zbyt nisko. Częściowo wynika to z nieokreślonego lub przewlekłego charakteru patologii spowodowanych zazwyczaj długotrwałym zażywaniem kokainy, a częściowo z trudności w ustaleniu związków przyczynowych pomiędzy schorzeniem a zażywaniem tego narkotyku. Regularne zażywanie kokainy, w tym wciąganie jej przez nos, może wiązać się z problemami o charakterze sercowo-naczyniowym, neurologicznym i psychicznym. Większe jest również ryzyko wypadków i przemocy. Jednoczesne zażywanie innych substancji, w tym alkoholu, może nasilać także niektóre problemy związane z kokainą (zob. EMCDDA, 2007a). W badaniach ankietowych przeprowadzonych w USA oszacowano, że u osób, które często zażywały kokainę, ryzyko wystąpienia zawału serca niezakończonym zgonem było siedem razy wyższe niż u osób, które tego narkotyku nie zażywały (Qureshi i in., 2001). Ogólnie rzecz biorąc oceniono,

że jedna czwarta zawałów serca niezakończonych zgonem wśród osób w wieku od 18 do 45 lat wiązała się z „częstym zażywaniem kokainy”.

Ostatnie sprawozdania wskazują na to, że w państwach o stosunkowo wysokim wskaźniku zażywania kokainy narkotyk ten wydaje się być związany z większością powiązanych z narkotykami nagłych wypadków w szpitalach. Amerykańska sieć ostrzegawcza w zakresie nadużywania narkotyków (Drug Abuse Warning Network, DAWN) oszacowała, że w 2006 r. kokaina – również w połączeniu z innymi narkotykami – wiązała się z sześcioma na dziesięć zgłoszeń na ostry dyżur związanych z narkotykami. W Hiszpanii dane z krajowego systemu zgłoszeń na ostry dyżur związanych z pozaleczniczym zażywaniem substancji psychoaktywnych wykazały, że w 2006 r. najczęściej zgłaszaną substancją była kokaina (59%), następnie konopie indyjskie (31%), środki uspokajające (28%) i heroina (22%), przy czym często substancjom tym towarzyszył alkohol. Badania grupy pacjentów przyjętych na oddział nagłych przypadków w Barcelonie z powodu problemów bezpośrednio związanych z zażywaniem kokainy wykazują, że najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami były: lęk lub pobudzenie (48%) oraz ból w klatce piersiowej lub kołatanie serca (25%).

Wstrzykiwanie kokainy i zażywanie cracku wiążą się z największymi zagrożeniami dla zdrowia (w tym problemami sercowo-naczyniowymi, psychicznymi oraz pogorszeniem stanu zdrowia). Problemy te nasilają się na ogół na skutek marginalizacji społecznej oraz dodatkowych, określonych problemów, takich jak zagrożenia związane z dożywlnym przyjmowaniem narkotyków. Jednoczesne zażywanie opiatów i kokainy wydaje się mieć związek z wyższym ryzykiem przedawkowania opiatów (EMCDDA, 2007a).

Jednym z negatywnych skutków zażywania kokainy jest uzależnienie. Badania przeprowadzone w USA wykazały, że około 5% osób zażywających kokainę może uzależnić się w pierwszym roku przyjmowania tego narkotyku, chociaż w dłuższym okresie uzależnienie rozwinęło się u nie więcej niż około 20% osób (Wagner i Anthony, 2002). W innych badaniach stwierdzono, że spośród osób, u których rozwinęło się uzależnienie, blisko 40% wychodzi z nałogu bez stosowania leczenia związanego z narkotykami lub alkoholem (Cunningham, 2000). Istnieją również dowody na to, że wiele osób zażywających kokainę samodzielnie kontrolowało zażywanie tego narkotyku, ustalając zasady dotyczące np. zażywanej ilości, częstości lub kontekstu zażywania narkotyku (Decorte, 2000).

Problemowe zażywanie kokainy i zapotrzebowanie na leczenie

Krajowe dane szacunkowe na temat problemowego zażywania kokainy (przyjmowanie dożylnie lub przez dłuższy czas/regularnie) są dostępne tylko w przypadku Hiszpanii i Włoch, natomiast szacunki regionalne i dotyczące cracku ⁽⁹⁷⁾ są dostępne w odniesieniu do Zjednoczonego Królestwa. We Włoszech szacowano, że w 2007 r. było tam od 3,8 do 4,7 osób problemowo zażywających kokainę na 1000 osób dorosłych. Zgodnie z najnowszymi danymi odnoszącymi się do Hiszpanii, w 2002 r. było tam od 4,5 do 6 osób problemowo zażywających kokainę na 1000 osób dorosłych (od 15 do 64 lat). Szacunkowa liczba osób problemowo zażywających kokainę prawdopodobnie zbyt nisko ocenia liczbę osób potrzebujących leczenia lub krótkich interwencji, ponieważ społecznie zintegrowane osoby problemowo zażywające kokainę mogą być niedostatecznie reprezentowane w wykorzystywanych źródłach danych.

W 2007 r. główną przyczyną rozpoczęcia leczenia z powodu narkotyków w Europie była kokaina,

przeważnie w postaci proszku kokainowego, zgłaszana przez około 17% wszystkich pacjentów poddawanych leczeniu, co odpowiada około 61 000 zarejestrowanych przypadków w 25 krajach europejskich. Wśród tych, którzy rozpoczynają leczenie po raz pierwszy, odsetek osób podających kokainę jako główny narkotyk jest wyższy (22%).

Między poszczególnymi państwami istnieją znaczne różnice w odniesieniu do odsetka pacjentów leczonych z powodu zażywania kokainy, zarówno wśród wszystkich, jak i wśród nowych pacjentów. Hiszpania podaje największy odsetek wśród wszystkich (45%) i nowych (60%) pacjentów, następnie Niemcy (32 i 29%) i Włochy (23 i 26%). W Belgii, Irlandii, na Cyprze, w Luksemburgu i Zjednoczonym Królestwie osoby leczone z powodu zażywania kokainy stanowią od 11 do 13% wszystkich pacjentów leczonych w związku z narkotykami oraz od 11 do 19% nowych pacjentów; w innych państwach europejskich kokaina stanowi przyczynę leczenia niespełna 10% osób zażywających narkotyki, przy czym w siedmiu państwach odsetek ten wynosi mniej niż 1% ⁽⁹⁸⁾.

Liczba osób rozpoczynających leczenie z powodu zażywania narkotyków i podających kokainę jako główny narkotyk przez kilka lat rosła w Europie, chociaż silny wpływ na tę tendencję ma tylko kilka krajów. W latach 2002–2007 największy proporcjonalny wzrost wśród nowych pacjentów odnotowały Hiszpania, Irlandia i Włochy. W państwach, które przedstawiły dane wystarczające do analizy tendencji w czasie, liczba wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie i podających kokainę jako główny narkotyk wzrosła – jako odsetek – z 13 do 19% (na podstawie danych z 18 państw) ⁽⁹⁹⁾. W przypadku nowych pacjentów rozpoczynających leczenie odsetek ten wzrósł z 17 do 25% (na podstawie danych z 19 państw). Od 2005 r. spośród krajów o najwyższym odsetku pacjentów leczonych z powodu zażywania kokainy Hiszpania i Włochy zgłaszają sytuację stabilną, natomiast Niemcy wykazują spadek odsetka nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania tego narkotyku. Jednakże odsetek ten obecnie rośnie w innych państwach, takich jak: Dania, Irlandia, Grecja i Portugalia ⁽¹⁰⁰⁾.

Profil leczonych pacjentów

Prawie wszyscy pacjenci leczeni z powodu zażywania kokainy zgłaszani są przez ośrodki leczenia

⁽⁹⁷⁾ Zob. „Zażywanie cracku w Europie”, str. 74.

⁽⁹⁸⁾ Zob. wykres TDI-2 oraz tabela TDI-5 (część i) i (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.; dane dla Hiszpanii dotyczą 2006 r.

⁽⁹⁹⁾ Uwzględniono jedynie pacjentów, którzy jako główny narkotyk podali opiaty, konopie indyjskie, kokainę i inne środki pobudzające.

⁽¹⁰⁰⁾ Zob. wykresy TDI-1 i TDI-3 oraz tabela TDI-3 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Zażywanie cracku w Europie

Kokaina jest w Europie dostępna w dwóch formach: jako proszek kokainowy (HCl kokainy, sól chlorowodorowa) i mniej rozpowszechniony crack (wolna zasada). Crack zażywany jest zwykle poprzez palenie i wywołuje intensywny „odłot”, który może prowadzić do problemowych schematów zażywania. Na ogół jest on produkowany z HCl kokainy w pobliżu miejsca sprzedaży detalicznej i zażywania.

Zażywanie cracku w Stanach Zjednoczonych zaczęło rozpowszechniać się w połowie lat 80., głównie w ubogich dzielnicach metropolii, nieproporcjonalnie często wśród mniejszości etnicznych. Obawiano się, że podobne zjawisko wystąpi w Europie, ale – do tej pory – nie zaobserwowano poważnej epidemii zażywania cracku.

Crack zażywany jest jednak w niektórych miastach europejskich, chociaż trudno jest oszacować rozmiary tego zjawiska. Sprawozdania dotyczące sytuacji w Londynie (GLADA, 2004) i Dublinie (Connolly i in., 2008) sugerują również, że rozpowszechnienie zażywania cracku może się zwiększyć. W Londynie crack uważany jest za poważną element problemu narkotykowego w tym mieście, zaś nasilenie tego problemu od połowy lat 90. przypisywane jest głównie rosnącej liczbie osób zażywających opiaty, które przyjmują również crack.

Większość zgłoszeń na leczenie z powodu zażywania cracku oraz większość konfiskat tego narkotyku odnotowano w Zjednoczonym Królestwie. W latach 2006–2007 w jednych badaniach szacunkowa liczba osób problemowo zażywających crack w Anglii wynosiła od 5,7 do 6,4 na 1000 osób dorosłych. Znaczne problemy z crackiem odnotowano również w miastach w innych państwach europejskich.

Crack zażywany jest głównie wśród grup zmarginalizowanych i znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby świadczące usługi seksualne i osoby problemowo zażywające opiaty, zaś w niektórych krajach wśród określonych mniejszości etnicznych (np. we Francji, w Niderlandach, Zjednoczonym Królestwie). Wśród zintegrowanych społecznie osób, w tym zażywających proszek kokainowy, zażywanie cracku jest bardzo rzadkie (Prinzleve i in., 2004). Niemniej jednak utrzymywania się zażywania cracku w niektórych grupach i miastach podkreśla ryzyko rozpowszechnienia się go wśród większych populacji.

pozaszpitalnego, chociaż niektóre osoby mogą leczyć się w klinikach prywatnych, które najczęściej nie są uwzględnione w obecnych systemach monitorowania.

Wśród pacjentów leczonych z powodu zażywania tego narkotyku występuje jeden z najwyższych stosunków liczby mężczyzn do liczby kobiet (5 mężczyzn

na 1 kobietę), a także jedna z najwyższych średnich wieku (około 32 lat) w grupie wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków. Sytuacja taka ma miejsce w szczególności w niektórych państwach o dużej liczbie pacjentów deklarujących kokainę jako narkotyk główny, a zwłaszcza we Włoszech, gdzie stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 8:1, a średnia wieku – 35 lat. Prawie połowa pacjentów leczonych z powodu kokainy rozpoczęła zażywanie tego narkotyku przed 20. rokiem życia, a 88% – przed 30. rokiem życia. W Hiszpanii, we Włoszech i w Niderlandach odnotowano duży odstęp czasu (od 9 do 12 lat) pomiędzy pierwszym zażyciem kokainy i pierwszym rozpoczęciem leczenia (¹⁰¹).

Większość pacjentów zażywa kokainę, wciągając ją przez nos (55%) lub paląc (32%), a mniej niż 7% zgłasza przyjmowanie tego narkotyku dożylnie (¹⁰²). Analiza przeprowadzona w 2006 r. w 14 państwach stwierdziła, że około 63% pacjentów leczonych z powodu kokainy zażywa więcej niż jeden narkotyk, w tym 42% – alkohol, 28% – konopie indyjskie, a 16% heroinę. Kokaina często zgłaszana jest jako drugi zażywany narkotyk, szczególnie wśród pacjentów deklarujących heroinę jako narkotyk główny (28%) (¹⁰³).

W 2007 r. około 8000 pacjentów rozpoczęło leczenie pozaszpitalne z powodu zażywania cracku jako głównego narkotyku, co stanowi 15% wszystkich pacjentów leczonych z powodu kokainy i 2,7% wszystkich pacjentów leczonych pozaszpitalnie w związku z narkotykami. Największą liczbę pacjentów leczonych z powodu cracku (6500) podaje Zjednoczone Królestwo. Osoby te stanowią tam 45% pacjentów leczonych z powodu kokainy. Prawie jedna czwarta (22%) pacjentów leczonych z powodu kokainy jako głównego narkotyku zażywa również heroinę. Ta grupa deklaruje wysoki poziom bezrobocia i bezdomności (¹⁰⁴).

Mówiąc ogólniej, wśród leczonych pacjentów wyodrębnić można dwie główne grupy osób zażywających kokainę: zintegrowane społecznie osoby zażywające proszek kokainowy oraz bardziej zmarginalizowaną grupę pacjentów, którzy zażywają kokainę, a często crack, w połączeniu z opiatami. Pierwsza grupa zwykle deklaruje wciąganie narkotyku przez nos i czasami zażywanie go razem z innymi substancjami, takimi jak alkohol lub konopie indyjskie, ale nie z opiatami. Niektóre osoby z tej grupy kierowane są na leczenie przez system wymiaru sprawiedliwości.

(¹⁰¹) Zob. tabele TDI-10, TDI-11 (część iii), TDI-21 i TDI-103 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(¹⁰²) Zob. tabela TDI-17 (część iv) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(¹⁰³) Zob. Wybrane zagadnienia dotyczące zażywania więcej niż jednego narkotyku.

(¹⁰⁴) Zob. „Zażywanie cracku w Europie” oraz tabele TDI-7 i TDI-115 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Druga grupa często zgłasza dożyłne przyjmowanie narkotyków, zażywa zarówno kokainę, jak i opiaty, a czasami pali crack. Grupa ta charakteryzuje się złym stanem zdrowia i warunków społecznych. Obejmuje ona również osoby zażywające heroinę, które ponownie podejmują leczenie z powodu zażywania kokainy.

Leczenie i ograniczanie szkód

Leczenie

W Europie publiczne ośrodki leczenia z uzależnień zorientowane są głównie na potrzeby osób zażywających opiaty, zaś ośrodki skupiające się na leczeniu zażywających kokainę są rzadkie i często prywatne. W niektórych krajach (np. w Irlandii, Włoszech, Hiszpanii) wdrożono jednak strategię lub programy leczenia dotyczące osób zażywających kokainę, zaś we Francji proces tworzenia takich programów trwa.

Różnorodność osób zażywających kokainę, ich problemów i potrzeb komplikuje organizację i świadczenie usług terapeutycznych potrzebującym. Do pewnych populacji osób zażywających kokainę trudno jest dotrzeć, a więc trudno również skłonić je do leczenia. Na przykład zmarginalizowane osoby przyjmujące kokainę dożyłnie i zażywające crack często nie zgłaszają się dobrowolnie na leczenie. Z tego względu w Irlandii zalecane są terenowe programy i inne interwencje mające na celu przyciągnięcie osób, do których nie udałoby się dotrzeć w inny sposób (Connolly i in., 2008). Terenowe programy leczenia również mogą być korzystne dla pewnych grup. Przykładem tego jest holenderskie badanie dotyczące zmarginalizowanych osób zażywających crack. Program leczenia osiągnął dobre wyniki pod względem liczby osób, które podjęły leczenie, oraz zadowolenia pacjentów z terapii. Wśród leczonych zgłoszono polepszenie zdrowia, warunków życia, relacji rodzinnych i społecznych oraz stanu psychicznego (Henskens i in., 2008).

Społecznie zintegrowane osoby zażywające kokainę również może być ciężko skłonić do leczenia. Mogą na przykład uznać, że ośrodki skupiające się głównie na osobach zażywających opiaty mogą nie odpowiadać ich potrzebom. W niektórych krajach rozpoczęto działania mające na celu przezwyciężenie tych problemów. Na przykład we Włoszech uruchomiono w 2007 r. program „Progetto nazionale cocaina”, który zapewnia usługi specjalistyczne w czasie otwarcia bardziej odpowiednim dla zintegrowanych społecznie osób zażywających kokainę i ich rodzin (np. po pracy). Podobne podejście zaobserwowano w Irlandii, gdzie stworzono

specjalistyczne programy skierowane do osób zażywających proszek kokainowy.

Ważne jest również leczenie osób problemowo zażywających kokainę i crack, jako że intensywne ich zażywanie powiązane jest z behawioralnymi, społecznymi i psychicznymi dysfunkcjami (np. impulsywne i agresywne zachowania) oraz, w niektórych grupach, z chaotycznym trybem życia i znacznym spadkiem kondycji fizycznej i psychicznej. Dlatego też specjaliści twierdzą, że utrzymanie regularnych sesji terapeutycznych i odpowiedniego dialogu terapeutycznego jest trudne (Connolly i in., 2008). Zażywanie kokainy może również zaburzyć leczenie uzależnień od innych narkotyków i zagrazić osiągniętej abstynencji od heroiny. Na przykład w Niemczech jednoczesne zażywanie kokainy zidentyfikowano jako decydujący czynnik wśród osób rezygnujących z substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów.

Przyciąganie osób do leczenia i zachęcanie ich do jego kontynuacji jest również trudne, gdy nie istnieje żadna interwencja psychospołeczna poparta mocnymi dowodami skuteczności, ani żadna skuteczna terapia farmakologiczna, która może pomóc osobom uzależnionym w zachowaniu abstynencji lub zmniejszeniu ilości zażywanego narkotyku w tym czasie.

Problemom tym można zaradzić poprzez stworzenie specjalistycznych programów leczenia i szkoleń dostosowanych do problemów związanych z zażywaniem kokainy i cracku. Zorientowane na kokainę szkolenia dla pracowników ośrodków terapeutycznych prowadzone są w Irlandii, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie. Oprócz tego w 11 państwach członkowskich, w tym wszystkich, w których wskaźnik zażywania kokainy i zapotrzebowanie na leczenie są wysokie, zgłoszono, że oprócz tradycyjnych usług terapeutycznych dostępne są specjalistyczne programy terapeutyczne dla osób zażywających kokainę i crack. Jednakże, choć eksperci krajowi z Włoch, Portugalii, Słowenii i Zjednoczonym Królestwie oszacowali, że programy te dostępne są dla większości osób uzależnionych od kokainy i potrzebujących leczenia, eksperci z Danii, Niemiec, Irlandii, Austrii, Niderlandów, Francji i Hiszpanii oszacowali, że są dostępne jedynie dla mniejszości.

Po okresie, w którym prawie wszystkie badania naukowe prowadzone były w Stanach Zjednoczonych, w Europie prowadzonych jest kilka badań dotyczących leczenia uzależnienia od kokainy. W Zjednoczonym Królestwie badania kliniczne sprawdzają skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w połączeniu z systemem gratyfikacji i kar (zob. EMCDDA, 2008b) wśród osób

zażywających kokainę jako główny narkotyk. Według ostatniego raportu organizacji Cochrane kombinacja ta przyniosła najlepsze wyniki, jeśli chodzi o leczenie uzależnienia od środków pobudzających (Knapp i in., 2007). Inne badania kliniczne w Zjednoczonym Królestwie zajmują się skutecznością modafinilu – w połączeniu z systemem gratyfikacji i kar opartym na kuponach – wśród pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne z powodu uzależnienia od opiatów i zażywających także crack. Modafinil wykazał już potencjał leczniczy w kilku badaniach jako środek zastępczy w leczeniu uzależnienia od środków pobudzających.

W Niderlandach trwa obecnie pięć badań klinicznych, oceniających skuteczność kilku środków farmaceutycznych w leczeniu uzależnienia od kokainy, w tym deksamfetaminy i modafinilu. Inne holenderskie badania kliniczne sprawdzały połączenie podejścia opartego na wzmocnieniu relacji społecznych i systemie gratyfikacji i kar wśród osób uzależnionych od kokainy korzystających z substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów. Badania wykazały znaczne zmniejszenie spożycia kokainy w porównaniu z terapią standardową.

Wspólne wielostronne badanie hiszpańsko-włoskie ocenia skuteczność szczepionki na uzależnienie od kokainy (TA-CD). Jest to największe do tej pory badanie dotyczące tej szczepionki; bierze w nim udział kilkuset ochotników. Wstępne badania związane z bezpieczeństwem szczepionki TA-CD wykazały zmniejszenie subiektywnych efektów kokainy i ograniczenie zażywania tego narkotyku, a także lepsze wyniki w zakresie kontynuacji leczenia.

Ograniczanie szkód

Działania interwencyjne w zakresie ograniczania szkód skierowane do osób problemowo zażywających crack i kokainę stanowią nową dziedzinę działań w wielu państwach członkowskich. Jedną z przyczyn ograniczonej realizacji działań interwencyjnych w tym zakresie, szczególnie w przypadku osób zażywających crack, może być brak wiedzy najważniejszych pracowników na temat tego narkotyku, grup docelowych oraz ich potrzeb.

Państwa członkowskie zapewniają zwykle osobom przyjmującym kokainę dożylnie te same usługi i świadczenia, co osobom zażywającym opiaty, w tym: zalecenia odnośnie do bezpieczniejszego zażywania, szkolenie w zakresie bezpiecznego wykonywania iniekcji oraz programy wymiany igieł i strzykawek. Wstrzykiwanie kokainy może jednak wiązać się z większym ryzykiem wspólnego korzystania z przyborów i częstymi iniekcjami, które mogą prowadzić do zapadnięcia się żył i wstrzykiwania narkotyku w bardziej ryzykowne części ciała (np. nogi, ręce, stopy i pachwiny). Z tego względu zalecenia dotyczące bezpieczniejszego zażywania powinny być dostosowane do tych szczególnych zagrożeń. W pewnych państwach (np. w Belgii i Francji) niektóre jednostki niskoprogowe zapewniają również czyste fajki do palenia cracku.

Ograniczające szkody działania interwencyjne, których obiektem są osoby zażywające kokainę w obiektach rozrywkowych, koncentrują się głównie na poszerzaniu wiedzy. Programy te oferują młodym ludziom porady i informacje na temat ogólnych zagrożeń związanych z przyjmowaniem alkoholu i narkotyków, zwykle z uwzględnieniem również materiałów dotyczących zagrożeń wiążących się z zażywaniem kokainy.



Rozdział 6

Zażywanie opiatów i dożylne zażywanie narkotyków

Wprowadzenie

Zażywanie heroiny, szczególnie dożylne, od lat 70. XX w. jest ściśle związane z problemowym zażywaniem narkotyków w Europie. Obecnie narkotyk ten wciąż stanowi przyczynę największej zachorowalności i śmiertelności wiążących się z zażywaniem narkotyków w Unii Europejskiej. W ciągu ostatnich dziesięciu lat odnotowano spadek w zakresie zażywania heroiny i występowania powiązanych problemów. Nowsze dane wykazują jednak, że w niektórych krajach tendencja ta mogła ulec zmianie. Ponadto informacje na temat zażywania opiatów syntetycznych, np. fentanylu, oraz wstrzykiwania narkotyków pobudzających, takich jak kokaina lub amfetaminy, odzwierciedlają złożony charakter problemu zażywania narkotyków w Europie.

Podaż i dostępność

Na rynku nielegalnych narkotyków w Europie oferowane są dwie formy importowanej heroiny: powszechnie dostępna brązowa heroina (w jej podstawowej postaci chemicznej), głównie z Afganistanu, i biała heroina (w postaci soli), która zazwyczaj pochodzi z południowo-wschodniej Azji – choć ta forma narkotyku jest znacznie rzadsza ⁽¹⁰⁵⁾. Ponadto niektóre opiaty są produkowane w Europie; są to głównie domowej produkcji wyroby z maku lekarskiego (np. słoma makowa, koncentrat maku ze zmiażdżonych łodyg lub makówek), wytwarzane w niektórych krajach wschodnioeuropejskich (np. Łotwa, Litwa).

Produkcja i handel

Heroina spożywana w Europie wytwarzana jest głównie w Afganistanie, gdzie ma miejsce większość globalnej nielegalnej produkcji opium. Inne kraje produkujące opium to: Związek Myanmar, zaopatrujący głównie rynki wschodniej i południowo-wschodniej Azji, Pakistan, Laos, a następnie Meksyk i Kolumbia, które są uważane za największych dostawców heroiny do Stanów Zjednoczonych (UNODC, 2009). Szacuje się, że w 2007 r. globalna produkcja opium spadła ze szczytowego poziomu, głównie ze względu na spadek produkcji

w Afganistanie z 8890 ton do około 8000 ton w 2008 r. Najnowsze szacunki globalnej potencjalnej produkcji heroiny w 2007 r. wynoszą 735 ton (UNODC, 2009). Rosnąca liczba laboratoriów likwidowanych w Afganistanie w ciągu kilku ostatnich lat wskazuje, że coraz częściej opium jest przekształcane w morfinę lub heroinę właśnie w tym kraju. Jednakże duże konfiskaty opium i morfiny w krajach sąsiednich (Pakistan, Iran) świadczą o tym, że przetwarzanie na znaczną skalę odbywa się również poza Afganistanem (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroina sprowadzana jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi: ważnym historycznie szlakiem bałkańskim i kilkoma jego odnogami, po przejściu

Tabela 9: Produkcja, konfiskata, cena i czystość heroiny

Produkcja i konfiskaty	heroina
Szacowana globalna potencjalna produkcja (w tonach) ⁽¹⁾	735
Globalna skonfiskowana ilość Heroina (w tonach) Morfina (w tonach)	65 27
Skonfiskowana ilość (w tonach) UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	8,8 (22)
Liczba konfiskat UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	56 000 (58 000)
Cena i czystość w Europie	brązowa heroina
Średnia cena detaliczna (euro za gram) Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Średnia czystość (w %) Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽²⁾	9–50 (16–27)
⁽¹⁾ Wartość podana przez UNODC oparta jest na szacunkach globalnej produkcji nielegalnego opium (8870 ton w 2008 r.) (UNODC, 2009). ⁽²⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych średnich cen lub czystości. Uwaga: Wszystkie dane dotyczą 2007 r., z wyjątkiem szacunków globalnej potencjalnej produkcji. Źródło: Wartości globalne – sprawozdanie UNODC World drugs report (2009), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.	

⁽¹⁰⁵⁾ Więcej informacji na temat źródeł danych dotyczących podaży i dostępności narkotyków, zob. str. 42.

tranzytem przez Pakistan, Iran i Turcję, gdzie konfiskowane są jej największe ilości, oraz „szlakiem północnym” przez środkową Azję i Federację Rosyjską, przy czym heroina przewożona jest np. do Polski bezpośrednio koleją (INCB, 2009a) lub do Norwegii przez Litwę. W przypadku heroiny z południowo-zachodniej Azji informuje się również o drugorzędnych szlakach handlowych, np. z drogą powietrzną z Afganistanu i Pakistanu przez kraje Bliskiego Wschodu i Afryki Wschodniej na nielegalne rynki w Europie (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroina z południowo-zachodniej Azji jest także przemykana bezpośrednio do Europy (Zjednoczone Królestwo) drogą powietrzną z Pakistanu. W Unii Europejskiej Niemcy i – w mniejszym stopniu – Belgia odgrywają ważną rolę jako wtórne węzły dystrybucyjne (Europol, 2008).

Konfiskaty

W 2007 r. zgłoszono znaczny wzrost konfiskat opium na całym świecie – do poziomu 510 ton, z czego 84% w Iranie. Odnotowano znaczny spadek globalnych konfiskat morfiny – do 27 ton, natomiast globalne konfiskaty heroiny nieznacznie wzrosły – do 65 ton. Największe konfiskaty heroiny zgłosił Iran (25% światowej wielkości ogólnej), a w dalszej kolejności Turcja i Afganistan (UNODC, 2009).

Ocenia się, że 58 000 przypadków konfiskat w Europie doprowadziło w 2007 r. do przechwycenia 22 ton heroiny. Zjednoczone Królestwo ponownie zgłosiło największą liczbę przypadków konfiskat, podczas gdy Turcja po raz kolejny podała największą ilość skonfiskowanego narkotyku, czyli 13,2 tony odzyskane w 2007 r. ⁽¹⁰⁶⁾ Dane za lata 2002–2007 z 25 państw objętych raportem wskazują na to, że po spadku w pierwszym roku liczba konfiskat od 2003 r. stale rosła. Ogólna tendencja w zakresie ilości heroiny przechwyconej w Turcji różni się od tendencji zaobserwowanej w Unii Europejskiej. Podczas gdy Turcja zgłosiła pięciokrotny wzrost ilości heroiny skonfiskowanej w latach 2002–2007, w ilość skonfiskowaną w Unii Europejskiej wykazywała w tym okresie ogólny spadek, chociaż w latach 2006–2007 miał też miejsce wzrost.

W 2007 r. światowe konfiskaty bezwodnika octowego (stosowanego w produkcji heroiny) wzrosły do 56,3 tys. litrów, z czego prawie połowę przejęto w Federacji Rosyjskiej (25 tys. litrów), a następnie w Turcji (13,3 tys. litrów) i Słowenii (6,5 tys. litrów) (INCB, 2009b). INCB szacuje, że „prawie 80%” bezwodnika octowego wykorzystywanego w afgańskich laboratoriach produkujących heroinę pochodzi z przemytu przez

wschodnią i południowo-wschodnią Europę, oraz zachęca Komisję Europejską i państwa członkowskie UE do zapobiegania odpływowi bezwodnika octowego z rynku wewnętrznego (INCB, 2009a).

Czystość i cena

W 2007 r. w większości krajów objętych raportem średnia czystość badanej brązowej heroiny wynosiła od 15 do 30%, chociaż wartości poniżej 15% zgłoszono we Francji (12%) i Austrii (9%), a wyższe – w Zjednoczonym Królestwie (50%) i Norwegii (35%). Typowa czystość białej heroiny była na ogół wyższa (od 30 do 50%) w niewielu europejskich krajach zgłaszających dane ⁽¹⁰⁷⁾.

W państwach skandynawskich cena detaliczna brązowej heroiny w dalszym ciągu była wyższa niż w pozostałych krajach europejskich, przy czym Szwecja podała średnią cenę 119 euro za gram, a Dania – 96 euro. W dziesięciu

Ceny heroiny na różnych poziomach rynku

Monitorowanie cen narkotyków to ważne narzędzie, pozwalające na zrozumienie rynków narkotykowych. EMCDDA zbiera dane o cenach detalicznych, zwykle wyrażone w euro za gram, dawkę lub tabletkę. W oparciu o te informacje możliwe jest oszacowanie typowej ceny płaconej przez zażywającego w celu uzyskania danego narkotyku w kraju europejskim. Zmiany cen w czasie mogą wskazywać na potencjalne zmiany w podaży lub popycie na narkotyki. Informacje o cenach hurtowych, czyli cenach płaconych przez handlarzy narkotyków głównym dystrybutorom na rynku, gdzie narkotyk jest konsumowany, to kolejny przydatny wskaźnik, który może umożliwiać wgląd w zyski z rynku.

Porównywalne dane dotyczące zarówno hurtowych, jak i detalicznych cen dla 2007 r. dostępne są jedynie dla kilku krajów (Republika Czeska, Niemcy, Hiszpania, Rumunia, Zjednoczone Królestwo). W tych krajach obserwowana cena hurtowa heroiny mieści się w zakresie od 12,5 do 35,8 euro za gram, zaś średnia cena detaliczna (jeżeli podano informacje na ten temat) mieści się w zakresie od 36 do 62,7 euro. Zarówno na poziomie hurtowym, jak i detalicznym rynku najniższe ceny zaobserwowano w Rumunii, zaś najwyższe – w Hiszpanii. Stosunek cen detalicznych do hurtowych również jest znacznie zróżnicowany – od 1,6:1 w Republice Czeskiej do 2,8:1 w Zjednoczonym Królestwie. Możliwe różnice w czystości narkotyku, występujące między państwami, poziomami rynku lub w czasie, wymagają zachowania ostrożności przy dokonywaniu porównań. Niemniej jednak analizy w tej dziedzinie mogą być pomocne, szczególnie w odniesieniu do tendencji w czasie, ponieważ mogą one wskazywać ważne zmiany zachodzące na rynku.

⁽¹⁰⁶⁾ Zob. tabele SZR-7 i SZR-8 w Biuletynie statystycznym za 2009 r. Należy pamiętać, że w razie braku danych za 2007 r. w celu oszacowania wartości łącznych dla Europy wykorzystano odpowiednie dane za 2006 r. Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2007 r. dotyczące Zjednoczonego Królestwa.

⁽¹⁰⁷⁾ Zob. tabele PPP-2 i PPP-6 w Biuletynie statystycznym za 2009 r. dotyczące danych o czystości i cenie.

innych państwach cena detaliczna brązowej heroiny wahała się od 30 do 80 euro za gram, natomiast w Turcji średnia cena za gram wynosiła 15 euro. W latach 2002–2007 cena detaliczna brązowej heroiny spadła w siedmiu z 12 krajów europejskich podających dane na temat tendencji czasowych, a w pięciu wzrosła. Cenę detaliczną białej heroiny podały tylko nieliczne kraje europejskie i wahała się ona w granicach od 31 do 151 euro za gram.

Ocena liczby osób problemowo zażywających opiaty

Dane w tej części tekstu oparto na wskaźniku problemowego zażywania narkotyków (PDU), stosowanym przez EMCDDA, który obejmuje głównie dożylne zażywanie narkotyków oraz przyjmowanie opiatów, choć w kilku krajach istotnym elementem są również osoby zażywające amfetaminy lub kokainę. Należy również zauważyć, że według wielu krajów większość „osób problemowo zażywających opiaty” można opisać jako osoby zażywające wiele narkotyków, w tym również opiaty. Z uwagi na stosunkowo niewielkie rozpowszechnienie i „konspiracyjny” charakter zażywania narkotyku tego typu; w celu uzyskania szacunkowych wskaźników zażywania na podstawie dostępnych źródeł konieczne jest dokonanie statystycznych ekstrapolacji.

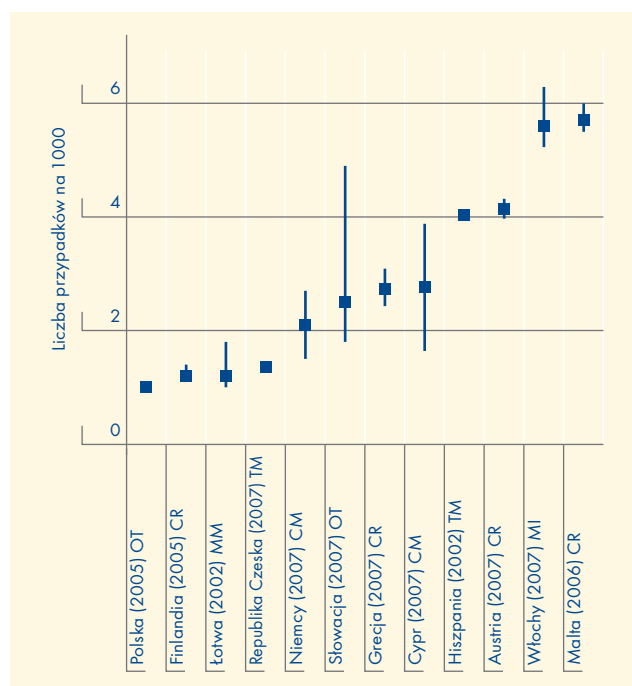
Dane szacunkowe na temat wskaźnika problemowego zażywania opiatów w państwach europejskich w latach 2002–2007 wahają się z grubsza od 1 do 6 przypadków na 1000 osób z populacji w wieku od 15 do 64 lat; ogólny wskaźnik problemowego zażywania narkotyków szacowany jest na od niespełna 3 do 10 przypadków na 1000 osób. Najniższe udokumentowane dane szacunkowe na temat problemowego zażywania opiatów pochodzą z Republiki Czeskiej, Łotwy, Polski i Finlandii (choć zarówno w Republice Czeskiej, jak i w Finlandii występuje znaczna liczba osób problemowo zażywających amfetaminę), natomiast najwyższe wartości odnotowano na Maltcie, we Włoszech, w Austrii i Hiszpanii (wykres 10).

Średni wskaźnik problemowego zażywania opiatów w państwach, które podały dane, szacuje się na od 3,6 do 4,6 przypadków na 1000 osób z populacji w wieku od 15 do 64 lat. Zakładając, że odzwierciedla to sytuację w całej UE, można sądzić, iż w 2007 r. w UE i Norwegii było około 1,4 mln (od 1,2 do 1,5 mln) osób problemowo zażywających opiaty^[108]. Przebywające w więzieniach osoby problemowo zażywające opiaty, szczególnie w przypadku dłuższych wyroków, mogą być niedostatecznie reprezentowane w tych szacunkach.

Leczone osoby zażywające opiaty

Opiaty, zwłaszcza heroina, pozostają głównym narkotykiem, który deklaruje większość osób ubiegających się o leczenie w Europie. Jednakże w całej Europie istnieją znaczne różnice w odsetku osób zażywających narkotyki i rozpoczynających leczenie z powodu związanych z nimi problemów. Osoby zażywające opiaty stanowią ponad 90% osób rozpoczynających leczenie w Bułgarii i Słowenii, od 50 do 90% w 15 krajach i od 10 do 59% w kolejnych dziewięciu^[109]. Z liczby około 325 000 zgłoszeń na

Wykres 10: Dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów (liczba przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat)



UWAGA: Symbol oznacza estymację punktową, a słupki oznaczają przedziały niepewności: przedział ufności 95% lub przedziały oparte na analizie wrażliwości. Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na różne metody szacowania i źródła danych, dlatego przy porównaniach wskazana jest ostrożność. Niestandardowe przedziały wiekowe zastosowano w badaniach w Finlandii (od 15 do 54 lat), na Maltcie (od 12 do 64 lat) i w Polsce (wszystkie przedziały wiekowe). Wszystkie te trzy poziomy dostosowano do populacji w wieku od 15 do 64 lat, zakładając, że w pozostałych grupach wiekowych zażywanie narkotyków będzie nieznaczące. W przypadku Niemiec i Cypru przedział przedstawia najniższą i najwyższą granicę wszystkich istniejących szacunków, a estymacja punktową – średnią arytmetyczną średnich wartości. Skróty zastosowanych metod oszacowania: CR, capture-recapture (losowanie typu pojmanie – uwolnienie); TM, treatment multiplier (współczynnik leczenia); MI, multivariate indicator (współczynnik wielowymiarowy); MM, mortality multiplier (współczynnik śmiertelności); CM, combined methods (metody łączone); OT, other methods (pozostałe metody). Więcej informacji – zob. wykres PDU-1 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

^[108] Na podstawie nowych danych szacunki te dostosowano, obniżając z 1,5 do 1,4 mln. Ze względu na duże przedziały ufności oraz oparcie szacunków na danych z różnych lat nie można jednoznacznie stwierdzić, że nowe szacunki wskazują na spadek wskaźnika problemowego zażywania opiatów w Europie.

^[109] Zob. tabela TDI-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Częstość występowania problemowego zazywania opiatów

Monitorowanie częstości problemowego zazywania narkotyków – liczby osób, które zaczynają zazywać substancję podczas danego roku i którzy stają się osobami zazywającymi problemowo – jest niezbędne do śledzenia tendencji w sytuacji Europy pod względem narkotyków oraz do stworzenia odpowiednich strategii politycznych i interwencji.

EMCDDA wspiera badania związane z szacowaniem częstości występowania problemowego zazywania narkotyków i opublikowało niedawno wytyczne w tej sprawie (Scalia Tomba i in., 2008). Uruchomiło również, we współpracy z Uniwersyteciem w Zurychu, badanie sprawdzające metodę „jednego dnia” przy użyciu dystrybucji „czasu opóźnienia” (czasu do leczenia) w reprezentatywnej próbie leczonych osób zazywających heroinę. Metoda ta wykorzystuje funkcję opisującą prawdopodobieństwo uzyskania leczenia substytucyjnego (funkcja ogólnego włączenia – General Inclusion Function, GIF) w sytuacji, gdy żadne regulacje nie ograniczają dostępu do leczenia, biorąc pod uwagę czas opóźnienia, śmiertelność i częstość zaprzestania

zazywania narkotyków. Szacunki te mogą być oparte na danych o leczeniu dla pojedynczego dnia, natomiast utrwalone metody wymagają długotrwałych serii, obejmujących przynajmniej od 8 do 10 lat.

Badania przeprowadzono w sześciu państwach członkowskich UE (Hiszpania, Włochy, Malta, Niemcy, Słowacja, Zjednoczone Królestwo). Ich wyniki wykazują, że metoda GIF pozwala na oszacowanie częstości występowania problemowego zazywania opiatów, nawet stosując niekompletne zbiory danych dotyczących leczenia substytucyjnego. W co najmniej pięciu regionach szacunkowe wyliczenia częstości pozwoliły na określenie szacunków rozpowszechnienia, zgodnych z innymi istniejącymi szacunkami (np. przez losowanie typu pojmanie – uwolnienie).

Metoda GIF wydaje się być solidna i może, oprócz szacunków częstości, dostarczyć również optymalnych szacunków rozpowszechnienia problemowego zazywania opiatów i leczenia substytucyjnego, a także zmian tych wskaźników w czasie. Przyszłe działania mogą obejmować badania w innych krajach UE, analizy różnic przestrzennych i pod względem płci oraz metod zazywania.

leczenie, w których znany był główny narkotyk, heroinę odnotowano jako główny narkotyk w 49% przypadków; jeżeli uwzględnić wszystkie opiaty, wartość ta rośnie do 55% przypadków⁽¹¹⁰⁾. W ostatnich latach w niektórych krajach wzrost zarówno odsetek, jak i liczba zgłoszeń na leczenie związanych z zazywaniem opiatów innych niż heroina⁽¹¹¹⁾.

Wiele osób zazywających opiaty uczestniczy w programach opieki długoterminowej. Znajduje to odzwierciedlenie w wyższym odsetku osób zazywających opiaty jako główny narkotyk wśród osób już leczonych. Ostatnia analiza danych na temat pacjentów leczonych z powodu narkotyków w 14 państwach wykazuje, że osoby zazywające opiaty jako główny narkotyk stanowiły 61% wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków, ale tylko 38% pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy⁽¹¹²⁾. We wszystkich państwach uczestniczących w tych badaniach odsetek osób zazywających opiaty jako główny narkotyk wśród pacjentów, którzy byli leczeni dłużej niż rok, przekracza ponad 50%.

Pacjenci rozpoczynający leczenie z powodu zazywania opiatów jako głównego narkotyku często zgłaszają zazywanie także innych substancji. W 2006 r. analiza danych z 14 krajów wykazała, że 59% pacjentów leczonych z powodu heroiny zazywało drugi narkotyk – przede wszystkim kokainę (28%), konopie indyjskie (14%) oraz alkohol (7%)⁽¹¹³⁾.

Tendencje w problemowym zazywaniu opiatów

Monitorowanie tendencji czasowych utrudnia między innymi ograniczona liczba wielokrotnych szacunków dotyczących częstości występowania i wskaźników problemowego zazywania opiatów, a także statystyczna niepewność co do szacunków indywidualnych. Dane z dziewięciu krajów, w których w latach 2002–2007 dokonywano wielokrotnych ocen wskaźników zazywania, sugerują stosunkowo stabilną sytuację. Nowe dane nie potwierdziły pozornego wzrostu, który do 2005 r. obserwowano w Austrii. W przypadku innych państw pewne informacje mogą wskazywać na niedawne zmiany. Na Cyprze szacunki z 2007 r. wskazują na znaczny wzrost problemowego zazywania opiatów, co było powiązane ze wzrostem liczby leczonych

⁽¹¹⁰⁾ Zob. tabela TDI-113 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹¹¹⁾ Zob. „Niewłaściwe użycie opiatów na receptę”, str. 84.

⁽¹¹²⁾ Zob. tabela TDI-38 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹¹³⁾ Zob. Wybrane zagadnienia dotyczące zazywania więcej niż jednego narkotyku (2009).

⁽¹¹⁴⁾ Zob. tabela PDU- (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r. oraz tabela PDU-102, która zawiera pełne informacje łącznie z przedziałami ufności.

obcokrajowców⁽¹¹⁴⁾. Informacje z francuskiego systemu TREND, który opiera się zarówno na danych jakościowych, jak i ilościowych, wskazują na rozpowszechnienie heroiny wśród nowych grup osób zażywających narkotyki. Niepokoi fakt, że grupy te obejmują osoby zintegrowane społecznie oraz bywalców imprez techno.

W przypadku gdy wystarczające i aktualne szacunki dotyczące częstości występowania i wskaźników problemowego zażywania opiatów nie są dostępne, analiza tendencji w czasie wciąż jest możliwa przy wykorzystaniu innych wskaźników, głównie pośrednich, takich jak dane na temat zapotrzebowania na leczenie. Na podstawie próby z 19 państw stwierdzono, że w latach 2002–2007 wzrosła ogólna liczba osób zażywających heroinę jako główny narkotyk i rozpoczynających leczenie. Jeżeli wziąć pod uwagę nowszy okres, to w latach 2006–2007 w ośmiu państwach nastąpił wzrost w odniesieniu do osób rozpoczynających leczenie z powodu zażywania heroiny jako głównego narkotyku – zarówno pod względem liczby tych osób, jak i ich odsetka w liczbie wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków. Wzrost ten często następował po wyraźnym spadku w latach poprzednich. Ponadto już w 2004 r. dziesięć państw zgłosiło wzrost liczby i odsetka nowych pacjentów rozpoczynających leczenie i deklarujących heroinę jako główny narkotyk⁽¹¹⁵⁾.

Inne wskaźniki potwierdzają tę analizę. Dane na temat zgonów spowodowanych przez narkotyki w 2007 r., które to zgony wiążą się przede wszystkim z zażywaniem opiatów, w żaden sposób nie wskazują na powrót do tendencji spadkowej, obserwowanej do 2003 r. (zob. rozdział 7). Ponad połowa krajów objętych raportem odnotowała w latach 2006–2007 wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki⁽¹¹⁶⁾. Podobnie spadek liczby konfiskat heroiny w Unii Europejskiej do 2003 r. został obecnie zastąpiony statym wzrostem. Na podstawie najnowszych danych na temat przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu można także zauważyć wzrost liczby przypadków powiązanych z heroiną.

Dostępne dane sugerują, że tendencja spadkowa w zakresie wskaźników dotyczących opiatów, którą obserwowano do 2003 r., wyrównała się. Jest to może najwyraźniej widoczne od 2003 r. na podstawie danych dotyczących konfiskat i zgonów spowodowanych przez narkotyki oraz po 2004 r. – na podstawie nowych zgłoszeń na leczenie z powodu zażywania heroiny. Opisane zmiany występowały równolegle ze wzrostem produkcji opium w Afganistanie, co budzi obawy, że może

istnieć związek między tymi wydarzeniami z uwagi na większą dostępność heroiny na rynku europejskim.

Dożylne zażywanie narkotyków

Rozpowszechnienie dożylnego zażywania narkotyków

Osoby zażywające narkotyki dożylnie są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne wywołane ich przyjmowaniem, takie jak zakażenia przenoszone przez krew (np. HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby) lub zgony spowodowane przez narkotyki. Zaledwie 12 krajów było w stanie przedstawić najnowsze dane szacunkowe na temat poziomu zażywania narkotyków dożylnie⁽¹¹⁷⁾, pomimo znaczenia, jakie te dane mają dla zdrowia publicznego. Zwiększenie zakresu dostępnych informacji na temat tej szczególnej populacji nadal jest ważnym wyzwaniem dla rozwoju systemów monitorowania zdrowia w Europie.

Wybrane zagadnienia EMCDDA na temat dożylnego przyjmowania narkotyków

Zażywanie narkotyków dożylnie to jedna z głównych przyczyn poważnych problemów zdrowia publicznego wśród osób zażywających narkotyki. Do problemów tych zalicza się: HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby typu C i przedawkowanie. W całej Europie rozpowszechnienie i tendencje w zakresie dożylnego zażywania narkotyków różnią się w zależności od państwa członkowskiego i z czasem mogą ulegać zmianom. Z dożylnym przyjmowaniem narkotyków mogą współistnieć inne sposoby zażywania (np. palenie), a osoby zażywające narkotyki mogą zmieniać sposób ich przyjmowania.

Wybrane zagadnienia skupiają się na sytuacji i tendencjach związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków oraz na specjalistycznych interwencjach, skierowanych do osób dożylnie zażywających narkotyki w Europie. Publikacja omawia również możliwe mechanizmy związane ze spadkiem liczby osób zażywających narkotyki dożylnie, który zaobserwowano w niektórych krajach i regionach, oraz przyczyny, dla których w innych regionach wskaźniki te mogą wciąż być wysokie (lub rosnąć). Omawia również interwencje i polityki mające na celu ograniczenie rozpowszechnienia dożylnego przyjmowania narkotyków i zachęcenie osób zażywających te substancje do stosowania mniej szkodliwych sposobów zażywania.

Te wybrane zagadnienia są dostępne w wersji drukowanej i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) od grudnia 2009.

⁽¹¹⁵⁾ Zob. tabela TDI-3 i w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹¹⁶⁾ Zob. tabela DRD-2 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹¹⁷⁾ Zob. wykres PDU-2 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Dostępne dane szacunkowe sugerują występowanie dużych różnic – w zależności od kraju – w rozpowszechnieniu dożylnego przyjmowania narkotyków. Oceny te wahają się od mniej niż 1 do 5 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat w większości krajów, przy czym wyjątkowo wysoki poziom – 15 przypadków na 1000 – zgłoszono w przypadku Estonii.

Brak danych utrudnia wyciągnięcie wniosków co do tendencji czasowych w rozpowszechnieniu dożylnego przyjmowania narkotyków, chociaż dostępne dane wskazują na stabilną sytuację w Republice Czeskiej, Grecji, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii ⁽¹¹⁸⁾. Również na Cyprze odnotowano wzrost.

Dane z badań ankietowych dotyczących chorób zakaźnych mogą również zawierać informacje na temat różnic między krajami oraz zmian w czasie w odniesieniu do dożylnego zażywania narkotyków. Z uwagi na zróżnicowanie selektywnego doboru próby do tych badań, należy jednak zachować ostrożność dokonując porównań między krajami. Stosunkowo wysoki odsetek (ponad 20%) nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (dożylnie przyjmowanie narkotyków przez okres krótszy niż dwa lata) odnotowano w trzech krajach, co może wskazywać na znaczny wzrost liczebności nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W dziesięciu innych krajach odsetek ten nie przekraczał 10% ⁽¹¹⁹⁾. Innym wskaźnikiem niedawnego wzrostu liczby osób przyjmujących narkotyki dożylnie jest obecny w próbach odsetek młodych osób (poniżej 25 lat), które zażywają narkotyki w ten sposób. Stanowią one ponad 40% takich osób w Republice Czeskiej, Estonii, na Łotwie, Litwie, w Austrii, Rumunii i Słowacji, podczas gdy w jedenastu innych krajach poniżej 20% osób przyjmujących narkotyki dożylnie uwzględnionych w próbie ma mniej niż 25 lat.

Iniekcje wśród osób zażywających

Iniekcje są często zgłaszane jako zwykły sposób przyjmowania opiatów przez osoby rozpoczynające leczenie. W większości państw pacjenci przyjmujący opiaty w ten sposób stanowią ponad połowę wszystkich pacjentów leczonych z powodu opiatów, w siedmiu krajach – od 25 do 50%, a w pięciu krajach – mniej niż 25%. Najniższy odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie w grupie osób zażywających opiaty i rozpoczynających leczenie zgłosiły Dania i Niemcy, a najwyższy – Litwa, Łotwa i Rumunia ⁽¹²⁰⁾. Dane

dotyczące leczenia wykazują, że popularność dożylnego przyjmowania narkotyków w grupie osób zażywających opiaty może znacznie się różnić w zależności od kraju. Na przykład w autonomicznych regionach Hiszpanii odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie w grupie nowych pacjentów leczonych z powodu zażywania opiatów wynosi od 0,9 do 47,2%.

Wśród osób zażywających opiaty, które rozpoczynają leczenie po raz pierwszy, odsetek osób zgłaszających dożylnie przyjmowanie narkotyków (42%) jest niższy niż w grupie wszystkich osób zażywających opiaty i rozpoczynających leczenie (44%). Sytuacja taka ma miejsce prawie we wszystkich z 22 krajów objętych raportem. Analiza danych na temat osób zażywających narkotyki i poddawanych leczeniu w 14 krajach wykazała, że poziom dożylnego przyjmowania narkotyków wśród osób leczonych z powodu zażywania narkotyków wciąż pozostaje wysoki – 62%; istnieją jednak pewne znaczne wyjątki, np. w Niemczech odsetek ten wynosi 6,1% ⁽¹²¹⁾.

W 2007 r. odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie w grupie osób zażywających heroinę i rozpoczynających leczenie nadal spadał. Tendencja ta jest obecnie widoczna w niektórych państwach, gdzie wcześniej jej nie zaobserwowano (np. Republika Czeska, Niemcy). W latach 2002–2007 odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie w grupie osób zażywających opiaty jako główny narkotyk i rozpoczynających leczenie zmniejszył się w większości krajów, przy czym statystycznie znaczący spadek zgłosiło 13 państw. Dwa kraje jednakże odnotowały wzrost w tym okresie (Bułgaria, Słowacja) ⁽¹²²⁾.

Inne badania na ogół potwierdzają tendencję spadkową w dożylnym przyjmowaniu narkotyków przez osoby zażywające opiaty. Na przykład we Francji spadek rozpowszechnienia dożylnego przyjmowania narkotyków obserwowano od 2001 r. w danych dotyczących leczenia, a badania wykazały, że rozpoczęcie zażywania heroiny w coraz większym stopniu wiąże się z wciąganiem jej przez nos. Dożylnie przyjmowanie narkotyków wydaje się obecnie pojawiać na późniejszych etapach zażywania narkotyków niż miało to miejsce w przeszłości.

⁽¹¹⁸⁾ Zob. tabela PDU-6 (część iii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹¹⁹⁾ Zob. wykres PDU-3 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹²⁰⁾ Zob. tabele PDU-104, TDI-5 i TDI-17 (część v) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹²¹⁾ Zob. tabele TDI-17 (część v) i TDI-38 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹²²⁾ Zob. tabele TDI-4 oraz TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 i 2009 r.

Niewłaściwe użycie opiatów na receptę

Analgetyki opiatowe to najpotężniejsze z leków dostępnych na silny i przewlekły ból. Opiaty używane są także jako leki zastępcze podczas leczenia uzależnienia od opiatów. Środki te – dostępne na receptę – mogą na skutek nadużycia powodować negatywne konsekwencje zdrowotne, takie jak uzależnienie, przedawkowanie i zagrożenia wiążące się z iniekcją. Opiaty na receptę mogą zostać wprowadzone na rynek narkotyków nielegalnych poprzez wykorzystanie leków zastępczych niezgodnie z ich przeznaczeniem. Internetowe apteki wydają się również odgrywać dużą rolę jeśli chodzi o dostępność opiatów na receptę w Stanach Zjednoczonych (INCB, 2009a), ale ich rola w Europie jest ograniczona. W Europie wzrost przepisywania leków zastępczych osobom uzależnionym od opiatów związane jest z coraz częstszymi zgłoszeniami dotyczącymi niewłaściwego użycia tych środków.

W Europie opiaty inne niż heroina zgłaszane są jako główny narkotyk przez około 5% (17 810) pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu zażywania narkotyków. Najczęściej zgłaszane substancje to: buprenorfina, która w Finlandii jest głównym narkotykiem 41% wszystkich osób ubiegających się o leczenie, a we Francji – 7%; metadon, który zażywało 18,5% osób ubiegających się o leczenie w Danii, oraz inne opiaty na receptę, które w Łotwie, Austrii i Szwecji zażywało od 5 do 15% wszystkich osób ubiegających się o leczenie⁽¹⁾. W 2007 r. w Republice Czeskiej odnotowano również około 4250 osób problemowo zażywających buprenorfinę. Odzwierciedla to głównie zmianę substancji używanych przez osoby problemowo zażywające heroinę, ale nie wzrost ogólnego wskaźnika problemowego zażywania opiatów. Niemiecki system Phar-Mon, monitorujący wiele leków, które mogą być niewłaściwie używane, zarejestrował również wzrost niewłaściwego użycia opiatów na receptę, w przypadku gdy leki zastępcze odgrywają ważniejszą rolę niż analgetyki (Roesner i Kűfner, 2007).

Niewłaściwe użycie opiatów na receptę powoduje poważne problemy związane z zapobieganiem wprowadzaniu leków zastępczych i analgetyków opiatowych na rynek substancji nielegalnych. Jednocześnie należy dopilnować, aby nie zagroziło to legalnemu zażywaniu tych substancji (Cherny i in., 2006).

⁽¹⁾ Zob. tabela TDI-113 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Leczenie problemowego zażywania opiatów

Średnia wieku osób rozpoczynających leczenie pozaszpitalne z powodu zażywania opiatów jako głównego narkotyku wynosi 33 lata, a od 2003 r. prawie wszystkie kraje odnotowały wzrost tej średniej⁽¹²³⁾.

Pacjentki, osoby zażywające opiaty rozpoczynające leczenie po raz pierwszy oraz osoby z państw członkowskich, które przystąpiły do UE w 2004 r., są na ogół młodsze niż osoby z pozostałych grup.

Ustalono, że kobiety zażywające narkotyki stanowią szczególnie zagrożoną grupę. Ogólnie rzecz biorąc, w grupie pacjentów leczonych z powodu zażywania opiatów stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 3,5:1, przy czym odsetek kobiet wśród pacjentów leczonych z powodu zażywania opiatów jest wyższy w krajach północnych (np. Szwecja, Finlandia), a w krajach południowych (np. Grecja, Włochy, Portugalia) – niższy⁽¹²⁴⁾.

Osoby zażywające opiaty i rozpoczynające leczenie zgłaszają wyższy wskaźnik bezrobocia i niższy poziom wykształcenia niż pozostali pacjenci (zob. rozdział 2). W grupie tej zauważa się wyższą częstotliwość występowania zaburzeń psychicznych – na przykład badania włoskie wykazały, że większość (72%) pacjentów

Współistnienie zażywania narkotyków i zaburzeń psychicznych

Współistnienie to często nierozpoznane jednoczesne występowanie problemów narkotykowych i zaburzeń psychicznych u tej samej osoby. Badania wykazały zarówno częstsze występowanie problemów psychiatrycznych wśród pacjentów w trakcie leczenia odwykowego oraz większe rozpowszechnienie problemów narkotykowych wśród pacjentów ośrodków psychiatrycznych (EMCDDA, 2005).

Zaburzenia psychiczne najczęściej wykrywane wśród osób zażywających narkotyki w Europie to: depresja, lęki, schizofrenia, zaburzenia osobowości, zaburzenia koncentracji oraz nadpobudliwość. Specjalistyczne leczenie osób zażywających narkotyki, u których współistnieją zaburzenia psychiczne, jest w Europie nadal ograniczone. Według krajowych ekspertów w 18 państwach istnieją specjalne programy, ale w 14 z nich dostępne są one jedynie dla mniejszości pacjentów ich potrzebujących. W siedmiu innych państwach specjalistyczne programy nie istnieją, ale pięć z nich zamierza je stworzyć w ciągu najbliższych trzech lat.

Przeprowadzono niedawno europejskie badanie wieloośrodkowe (Isadora), dotyczące podwójnie zdiagnozowanych pacjentów z psychiatrycznych izb przyjęć⁽¹⁾. Jego wyniki wskazują na trudności w zakresie analizy porównawczej w tej dziedzinie i podkreślają potrzebę stworzenia bardziej ujednolitego podejścia do diagnozy, leczenia i badania współistnienia tych problemów w Europie (Baldacchino i in., 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

⁽¹²³⁾ Zob. tabele TDI-10, TDI-32 oraz TDI-103 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹²⁴⁾ Zob. tabele TDI-5 i TDI-21 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, leczonych z powodu zażywania narkotyków, to osoby zażywające opiaty jako główny narkotyk (¹²⁵).

Prawie wszystkie osoby zażywające opiaty i rozpoczynające leczenie deklaruje pierwsze przyjęcie narkotyków przed 30. rokiem życia, a około połowa – przed 20. rokiem życia. Odnotowano, że między zażyciem opiatów po raz pierwszy a pierwszym kontaktem z placówką leczniczą upływa średnio około 8 lat (¹²⁶).

Dostęp do leczenia i zakres leczenia

W przypadku osób zażywających opiaty większość leczenia odbywa się w placówkach pozaszpitalnych, a wśród nich mogą być ośrodki specjalistyczne, lekarze medycyny rodzinnej i jednostki niskoprogowe (zob. rozdział 2). W kilku krajach ważnym elementem systemu leczenia z powodu zażywania narkotyków stanowią ośrodki lecznictwa zamkniętego, w szczególności w Bułgarii, Grecji, Finlandii i Szwecji (¹²⁷). Dostępny w Europie zakres opcji leczenia uzależnienia od opiatów jest szeroki i w coraz większym stopniu zróżnicowany, chociaż występują różnice geograficzne pod względem dostępności i zakresu leczenia. We wszystkich państwach członkowskich UE, w Chorwacji i Norwegii dostępne jest leczenie niefarmakologiczne oraz leczenie substytucyjne z powodu zażywania opiatów. W Turcji sprawa stosowania w przyszłości leczenia substytucyjnego jest obecnie przedmiotem badań.

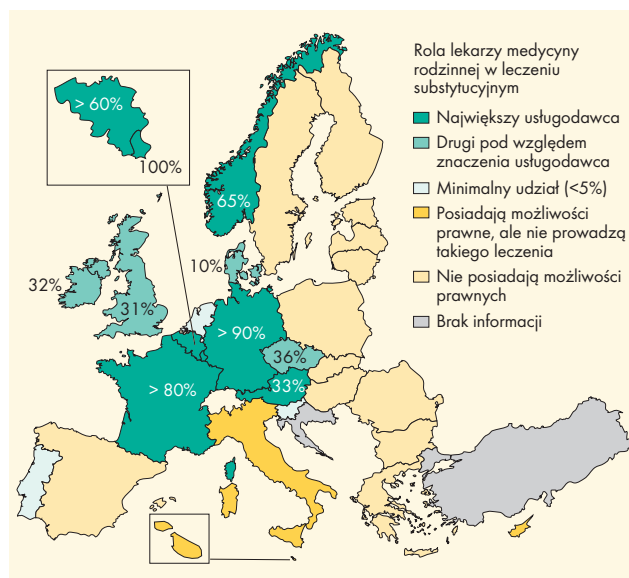
Leczenie niefarmakologiczne to metoda terapeutyczna, która na ogół wymaga powstrzymywania się od zażywania wszystkich substancji, w tym leków zastępczych. Pacjenci uczestniczą w codziennych działaniach oraz otrzymują intensywną pomoc psychologiczną. Chociaż leczenie niefarmakologiczne może odbywać się zarówno w placówkach pozaszpitalnych, jak i szpitalnych, najczęściej zgłaszanym przez państwa członkowskie rodzajem tego leczenia są programy stacjonarne z zastosowaniem zasad społeczności terapeutycznej lub modelu Minnesota.

Leczenie substytucyjne, zintegrowane na ogół z opieką psychospołeczną, jest zwykle świadczone w specjalistycznych centrach pozaszpitalnych. W 13 państwach zgłoszono, że leczenie substytucyjne prowadzone jest również przez lekarzy medycyny rodzinnej prowadzącymi samodzielną praktykę, zwykle w ramach ustaleń dotyczących wspólnej opieki dokonanych ze specjalistycznymi ośrodkami lecznictwa (zob. wykres 11). W Republice Czeskiej, we Francji, w Niderlandach, Portugalii, Zjednoczonym Królestwie i Chorwacji każdy

lekarz medycyny rodzinnej może prowadzić leczenie substytucyjne, natomiast w Belgii, Danii, Niemczech, Irlandii, Luksemburgu, Austrii i Norwegii są do tego upoważnieni. Niektóre państwa podają, że udział lekarzy medycyny rodzinnej prowadzących samodzielną praktykę pomocny był w poprawie dostępności i zakresu leczenia substytucyjnego dzięki zwiększeniu geograficznego zakresu leczenia, skróceniu czasu oczekiwania oraz ułatwieniu dostępu do leczenia (Republika Czeska, Niemcy, Francja, Austria, Zjednoczone Królestwo).

Według szacunków ekspertów dostępność substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów jest stosunkowo wysoka w 16 krajach, gdzie jest ono dostępne dla co najmniej połowy osób zażywających opiaty (zob. rozdział 2). W tych krajach leczenie niefarmakologiczne jest zalecane w przypadku od 10 do 25% osób zażywających opiaty. W kolejnych 10 krajach (Estonia, Grecja, Łotwa, Litwa, Węgry, Polska, Rumunia, Słowacja, Finlandia, Norwegia) szacuje się, że leczenie substytucyjne jest dostępne dla niewielkiej liczby osób zażywających opiaty. Może to wynikać z faktu, że zalecaną metodą jest leczenie niefarmakologiczne, szczególnie w przypadku pacjentów młodych lub leczonych po raz pierwszy, lub z trudności w uzyskaniu dostępu do leczenia substytucyjnego. Na przykład w Grecji okres oczekiwania na substytucyjne

Wykres 11: Prowadzenie substytucyjnego leczenia uzależnienia od opiatów przez lekarzy medycyny rodzinnej prowadzących samodzielną praktykę



Uwaga: Na mapie wskazano odsetek pacjentów poddanych leczeniu substytucyjnemu prowadzonemu przez lekarzy medycyny rodzinnej w danej społeczności.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

(¹²⁵) Zob. także „Współistnienie zażywania narkotyków i zaburzeń psychicznych”.

(¹²⁶) Zob. tabele TDI-11, TDI-33, TDI-107 oraz TDI-109 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(¹²⁷) Zob. tabela TDI-24 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

leczenie uzależnienia od opiatów wynosi średnio ponad trzy lata.

Opiekę psychospołeczną uznaje się za niezbędną do zapewnienia skuteczności leczenia substytucyjnego. Według szacunków ekspertów opieka ta jest zapewniona prawie wszystkim pacjentom objętym leczeniem substytucyjnym w 7 krajach (Grecja, Włochy, Łotwa, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Zjednoczone Królestwo) oraz większości tych pacjentów w kolejnych 14 państwach. Szacuje się, że w 4 krajach (Estonia, Luksemburg, Węgry, Niemcy) opieka psychospołeczna jest zapewniona tylko niektórym pacjentom objętym leczeniem substytucyjnym.

Szacuje się, że ogólna liczba pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne w UE, Chorwacji i Norwegii wynosiła w 2007 r. około 650 000, czyli wzrosła z 560 000 w 2005 r. i 500 000 w 2003 r. Dostępne dane wykazują wzrost we wszystkich państwach z wyjątkiem Hiszpanii, gdzie liczba osób otrzymujących leczenie substytucyjne maleje od 2002 r., a także Francji, Luksemburga, Węgier i Niemiec, gdzie odnotowano niewielkie spadki lub wartości stabilne. Wśród krajów, które poszerzyły zakres stosowania leczenia substytucyjnego, najwyższy wzrost odnotowała Estonia, gdzie w ciągu pięciu lat liczba pacjentów zwiększyła się z 60 do ponad 1 000, oraz Bułgaria, gdzie w latach 2003–2007 liczba placówek leczniczych wzrosła z 380 do prawie 3 000. W tym okresie ponad dwukrotnie wzrosła również liczba pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym w Republice Czeskiej, na Łotwie, w Finlandii i Norwegii, natomiast wzrost o ponad 40% odnotowały: Grecja, Polska, Portugalia, Rumunia i Szwecja.

Proste porównanie szacowanej liczby osób problemowo zażywających opiaty i liczby zrealizowanych terapii wskazuje, że ponad 40% mogło otrzymywać leczenie substytucyjne. Jednakże obu zbiorom danych brak jest nadal dokładności, co oznacza, że szacunki te należy przyjmować z pewną rezerwą. Z tego samego powodu trudno jest przeprowadzić porównania, niemniej jednak dostępne dane wskazują, że odsetek osób problemowo zażywających opiaty i otrzymujących leczenie substytucyjne różni się znacznie w zależności od kraju, a szacunkowe wskaźniki wynoszą od 5 do ponad 50% ⁽¹²⁸⁾.

W Europie większość pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym otrzymuje metadon (70%), ale maleje liczba krajów, w których jest to jedyna przepisywana substancja, ponieważ obecnie we wszystkich państwach członkowskich UE z wyjątkiem czterech (Bułgaria, Hiszpania, Węgry, Polska) dostępna jest również buprenorfina. W Republice Czeskiej, we Francji, na Łotwie i w Szwecji buprenorfina przepisywana jest ponad 50% osób otrzymujących leczenie

substytucyjne. Możliwe jest również stosowanie morfiny o powolnym uwalnianiu (w Bułgarii, Austrii i Słowenii) oraz kodeiny (w Niemczech, Austrii i na Cyprze). W 2006 r. wprowadzono na rynek UE środek stanowiący połączenie buprenorfiny i naloksonu. Od tego czasu środek ten wprowadzono w 11 państwach. Sześć państw europejskich zapewnia również leczenie wspomagane heroiną, przeznaczone dla osób, u których inne metody leczenia nie są wystarczająco skuteczne.

Efektywność, jakość i standardy leczenia

Z przeglądu badań losowo wybranych grup kontrolnych i badań obserwacyjnych wynika, że leczenie substytucyjne metadonem lub buprenorfiną może być skuteczne w opanowaniu uzależnienia od opiatów. Na ogół ten rodzaj leczenia jest kojarzony z kilkoma pozytywnymi rezultatami, takimi jak: kontynuowanie leczenia, ograniczenie zażywania nielegalnych opiatów i ich dożylnego przyjmowania, ograniczenie śmiertelności i zachowań o charakterze przestępczym oraz ustabilizowanie i poprawa stanu zdrowia, jak też sytuacji społecznej osób zażywających heroinę przez dłuższy czas. Ponadto ostatnie badania losowo wybranych grup kontrolnych wykazały, że leczenie ze wspomaganiem heroiną skutecznie ogranicza zażywanie nielegalnych narkotyków, poprawiając stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz ograniczając zachowania o charakterze przestępczym wśród pacjentów uznanych za trudnych do leczenia lub w przypadku których nie powiodło się leczenie innymi metodami.

Badania wyników leczenia wykazały również skuteczność psychospołecznych i psychoterapeutycznych działań interwencyjnych w połączeniu z farmakoterapią (Schulte i in., 2008). Te sposoby podejścia mają na celu zwiększenie motywacji do leczenia, zapobieganie nawrotowi i ograniczenie szkód. Ponadto mogą one zapewnić porady i praktyczne wsparcie pacjentom, którzy równolegle z leczeniem uzależnienia od opiatów muszą się zająć swoimi warunkami mieszkaniowymi, zatrudnieniem i problemami rodzinnymi.

WHO opracowała niedawno zbiór minimalnych wymogów oraz międzynarodowych wytycznych w zakresie psychospołecznie wspomaganej farmakologicznej terapii osób uzależnionych od opiatów (2009). Dokument ten stanowi odpowiedź na rezolucję Rady Gospodarczej i Społecznej Narodów Zjednoczonych (ECOSOC) i jest oparty na systematycznych przeglądach literatury naukowej oraz konsultacjach z wieloma uznanymi ekspertami z całego świata. Wytyczne dotyczące leczenia substytucyjnego opracowała również większość państw europejskich (zob. rozdział 2).

⁽¹²⁸⁾ Zob. wykres HSR-1 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.



Rozdział 7

Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

Choroby zakaźne związane z narkotykami

Choroby zakaźne, takie jak zakażenie HIV i zapalenie wątroby typu B i C, należą do najpoważniejszych skutków zdrowotnych zażywania narkotyków. Nawet w krajach, w których rozpowszechnienie HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie jest niskie, na stan zdrowia osób zażywających narkotyki mogą mieć niewspółmierny wpływ inne choroby zakaźne, w tym zapalenie wątroby typu A, B i C, choroby przenoszone drogą płciową, gruźlica, tężec, zatrucie jadem kiełbasianym i zakażenie ludzkim wirusem T-limfotropowym. EMCDDA systematycznie monitoruje rozpowszechnienie HIV oraz zapalenie wątroby typu B i C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie (występowanie przeciwciał lub inne specjalne markery w przypadku zapalenia wątroby typu B) ⁽¹²⁹⁾.

HIV i AIDS

Pod koniec 2007 r. w większości krajów Unii Europejskiej liczba zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wydaje się pozostawać niska i w kontekście globalnym sytuacja w UE przedstawia się stosunkowo korzystnie. Przynajmniej częściowo może to być wynikiem większej dostępności środków prewencji, leczenia i ograniczania szkód, w tym leczenia substytucyjnego oraz programów wymiany igieł i strzykawek. Inne czynniki, takie jak spadek dożylnego przyjmowania narkotyków, o którym informują niektóre kraje, również mogły odegrać istotną rolę. Niemniej jednak dane wskazują, że w 2007 r. w niektórych częściach UE wskaźniki przenoszenia wirusa HIV w wyniku dożylnego przyjmowania narkotyków nadal prawdopodobnie utrzymywały się na stosunkowo wysokim poziomie, uwypuklając potrzebę rozszerzenia zakresu i podniesienia skuteczności lokalnych praktyk zapobiegawczych.

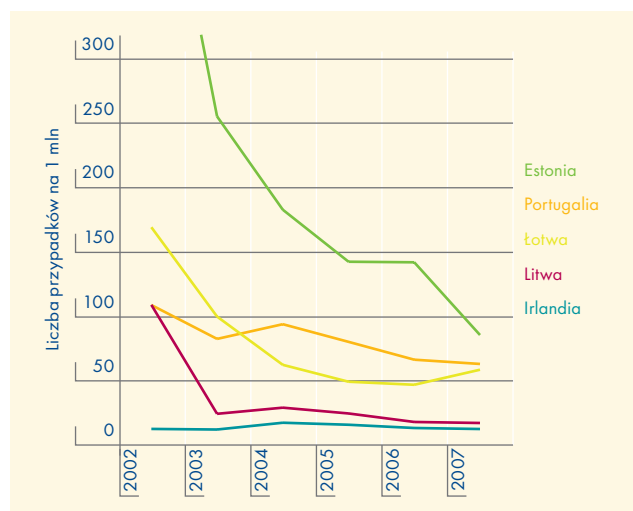
Tendencje w zakażeniach wirusem HIV

Dane na temat nowych zgłoszonych przypadków związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków

w 2007 r. wskazują, że w Unii Europejskiej wskaźniki zakażeń zasadniczo nadal spadają, po osiągnięciu szczytowego poziomu w latach 2001–2002, co było wynikiem epidemii w Estonii, na Łotwie oraz Litwie ⁽¹³⁰⁾. W 2007 r. ogólny wskaźnik nowo zdiagnozowanych zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie w 24 państwach członkowskich UE, dla których dostępne są dane krajowe, wynosił 4,7 przypadków na 1 mln mieszkańców, czyli nastąpił spadek z poziomu 5,0 w 2006 r. ⁽¹³¹⁾. Z trzech krajów podających najwyższy wskaźnik nowo zgłoszonych zakażeń w Portugalii i Estonii nadal trwała tendencja spadkowa, chociaż w Portugalii wydaje się ona wyrównywać, natomiast na Łotwie zgłoszono wzrost z 47,1 przypadków w 2006 r. do 58,7 przypadków w 2007 r. na 1 mln mieszkańców (wykres 12).

Ogólnie rzecz biorąc, między 2002 a 2007 r. nie zaobserwowano wyraźnego wzrostu liczby nowych

Wykres 12: Tendencje w pięciu państwach członkowskich UE o wysokiej liczbie nowo zgłoszonych zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie



Uwaga: W przypadku Estonii wartość za 2002 r. znajduje się poza skalą (516 przypadków na milion). Więcej informacji – zob. tabela INF-104 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: ECDC i Biuro Regionalne WHO dla Europy.

⁽¹²⁹⁾ Więcej szczegółów na temat metod i definicji – zob. Biuletyn statystyczny za 2009 r..

⁽¹³⁰⁾ Zob. tabela INF-104 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹³¹⁾ W przypadku Hiszpanii, Włoch i Austrii brak danych krajowych.

zakażeń wirusem HIV i zgłoszone wskaźniki pozostają niskie. Jednakże w Bułgarii i Szwecji wskaźnik zgłoszeń nowych zakażeń wzrasta – z 0,3 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców w 2002 r. do 5,6 przypadków w 2007 r. w Bułgarii, a w Szwecji z 3,5 nowych przypadków na 1 mln w 2002 r. do szczytowej wartości 6,7 przypadków w 2007 r., tuż przed powrotem do poprzedniego poziomu w 2008 r., co sugeruje, że nadal istnieje możliwość wybuchu epidemii HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie.

Dane dotyczące tendencji, pochodzące z monitorowania rozpowszechnienia HIV w próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie, stanowią ważne uzupełnienie danych na temat zgłaszania przypadków zakażeń HIV. Dane za lata 2002–2007 dotyczące rozpowszechnienia są dostępne w odniesieniu do 25 krajów ⁽¹³²⁾. W 11 krajach rozpowszechnienie HIV w tym okresie pozostawało na niezmiennym poziomie. W sześciu krajach (Bułgaria, Niemcy, Hiszpania, Włochy, Łotwa, Portugalia) wskaźniki rozpowszechnienia wykazywały statystycznie istotne spadki, przy czym wszystkie oparte były na badaniach prób krajowych. Poinformowano o wzrostach regionalnych w dwóch z tych krajów: w Bułgarii – jedno miasto (Sofia) a we Włoszech – 3 z 21 regionów. W dwóch krajach (Litwa, Polska) wskaźniki rozpowszechnienia HIV, w obu przypadkach oparte na próbach krajowych, pokazują statystycznie znaczny wzrost.

Porównanie tendencji w zakresie nowo zdiagnozowanych zakażeń związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków z tendencjami w rozpowszechnieniu HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wskazuje, że w większości krajów na poziomie krajowym spada częstość występowania zakażeń HIV związana z dożylnym przyjmowaniem narkotyków.

Wysoki roczny wskaźnik nowych rozpoznanych zakażeń HIV związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków w Estonii, na Łotwie i w Portugalii sugeruje jednak, że w tych krajach występuje nadal wysoki poziom przenoszenia się tego zakażenia, nawet jeżeli wskaźniki w Estonii i Portugalii obecnie maleją. W przypadku Estonii jest to potwierdzone przez dane dotyczące rozpowszechnienia w 2005 r., które sugerują, że około jednej trzeciej nowych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (przyjmujących narkotyki dożylnie krócej niż dwa lata) była seropozytywna. Dalsze wskazania na temat istniejącego przenoszenia się HIV wynikają z doniesień dotyczących poziomu rozpowszechnienia wyższego niż 5% wśród młodych osób przyjmujących narkotyki dożylnie (próby liczące 50 lub więcej osób poniżej 25. roku życia przyjmujących narkotyki dożylnie) w kilku

krajach: Hiszpania (dane krajowe, 2006), Francja (pięć miast, 2006), Estonia (dwa regiony, 2005), Litwa (jedno miasto, 2006) oraz Polska (jedno miasto, 2005) ⁽¹³³⁾.

Liczba zachorowań na AIDS i dostęp do terapii HAART

Informacje na temat zachorowalności na AIDS są ważne z punktu widzenia wykazywania nowych przypadków choroby objawowej, chociaż nie jest to dobry wskaźnik przenoszenia HIV. Wysokie wskaźniki zachorowalności na AIDS w niektórych krajach europejskich mogą świadczyć o tym, że wiele seropozytywnych osób przyjmujących narkotyki dożylnie nie otrzymuje terapii HAART na dostatecznie wczesnym etapie zakażenia, by móc uzyskać maksymalne korzyści z leczenia.

HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich: tendencje wzrostowe na wschodzie

Epidemia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wciąż rozwija się różnie w poszczególnych częściach Europy. W państwach należących do Unii Europejskiej liczba zgłaszanych nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV wśród osób przyjmujących dożylnie narkotyki jest zwykle na niskim, stabilnym poziomie lub spada. Jednakże w wielu byłych republikach radzieckich liczba ta zwiększyła się od 2007 r. (Wiessing i in., 2008b), co sugeruje, że istniejące środki zapobiegawcze mogą nie być wystarczające i konieczne może być ich wzmocnienie.

W krajach wschodnich, gdzie od czasu szczytowego poziomu w 2001 r. nastąpił spadek (Federacja Rosyjska, Białoruś), w ostatnich latach zaobserwowano wzrost liczby zakażeń. W 2007 r. nowo zdiagnozowane i zgłoszone zakażenia HIV wśród osób zażywających dożylnie narkotyki wahały się od zera w Turkmenistanie do 80 przypadków na 1 mln mieszkańców w Kazachstanie i 152 przypadków na 1 mln na Ukrainie. Najnowsze dane dla Federacji Rosyjskiej podają 78 przypadków na 1 mln w 2006 r.

Jeśli chodzi o liczby absolutne, na Ukrainie w 2007 r. zaobserwowano najwięcej nowo zgłoszonych przypadków HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie (7087 przypadków), drugi w kolejności jest Uzbekistan (1816 przypadków), a następnie Kazachstan (1246 przypadków), natomiast w 2006 r. Federacja Rosyjska zgłosiła 11 161 przypadków. Kilka byłych republik radzieckich o ogólnie niskich wskaźnikach wykazuje tendencje wzrostowe, jeśli chodzi o liczbę zgłaszanych przypadków, co sugeruje, że epidemia mogła mieć miejsce wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Wśród tych krajów są: Azerbejdżan, Białoruś, Gruzja, Kirgistan, Mołdawia i Tadżykistan.

⁽¹³²⁾ Zob. tabela INF-108 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹³³⁾ Zob. tabela INF-109 i INF-110 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Estonia jest krajem o najwyższej zachorowalności na AIDS związanej z dożywotnim przyjmowaniem narkotyków, mając w 2007 r., jak się ocenia, 33,5 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców wobec 17,1 nowych przypadków w 2006 r. Stosunkowo wysoki poziom zachorowalności na AIDS zgłoszono również na Łotwie, w Hiszpanii, Portugalii i na Litwie: odpowiednio 13,2; 8,8; 8,6 i 6,2 nowych przypadków na 1 mln mieszkańców. Wśród tych czterech krajów odnotowano tendencję spadkową w Hiszpanii, na Łotwie i w Portugalii, lecz nie na Litwie (¹³⁴).

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Chociaż wysoki stopień rozpowszechnienia zakażenia wirusem HIV stwierdza się tylko w niektórych państwach członkowskich UE, wirusowe zapalenie wątroby, a w szczególności zakażenia wywołane wirusem typu C (HCV), jest znacznie częstsze w całej Europie u osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W latach 2006–2007 poziom przeciwciał HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie waha się od 18 do 95%, przy czym połowa krajów zgłasza poziom przekraczający 40%. Trzy kraje (Bułgaria, Republika Czeska, Finlandia) zgłaszają rozpowszechnienie poniżej 25% w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki dożylnie (¹³⁵), chociaż wskaźniki zakażenia na tym poziomie nadal stanowią znaczny problem dla zdrowia publicznego.

W poszczególnych krajach poziomy rozpowszechnienia HCV mogą się znacznie różnić, odzwierciedlając zarówno różnice regionalne, jak i cechy charakterystyczne właściwe dla populacji próby. Na przykład w Zjednoczonym Królestwie badania lokalne zawierają informacje na temat wskaźników w przedziale od 29 do 60%, podczas gdy we Włoszech rozmaite szacunkowe dane regionalne wahają się od około 36 do 92%.

Niedawne badania (2006–2007) pokazują duże zróżnicowanie poziomu rozpowszechnienia wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w wieku poniżej 25 lat oraz przyjmujących narkotyki dożylnie krócej niż przez dwa lata, co wskazuje na różne poziomy współczynników występowania HCV w tej populacji na obszarze całej Europy (¹³⁶). Niemniej jednak badania te także wykazują, że wiele osób zaraża się wirusem w początkowym okresie przyjmowania narkotyków, dlatego odpowiedni czas na rozpoczęcie skutecznego zapobiegania zakażeniom HCV jest dość krótki.

Rozpowszechnienie przeciwciał wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) również jest bardzo zróżnicowane,

prawdopodobnie częściowo z powodu różnic w zasięgu szczepień, chociaż pewną rolę mogą odgrywać inne czynniki. Najbardziej kompletne dane uzyskuje się dzięki przeciwciałom przeciwko antygenowi rdzeniowemu HBV (anty-HBc), które wykazują historię zakażenia. W latach 2006–2007 trzy z dziesięciu krajów dostarczających dane na temat osób przyjmujących narkotyki dożylnie zgłosiło poziom rozpowszechnienia przeciwciał anty-HBc powyżej 40% (¹³⁷).

Tendencje czasowe w odnotowanych przypadkach wirusowego zapalenia wątroby typu B i C przedstawiają zróżnicowany obraz, ale istnieje trudność z jego interpretacją. Jednakże odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie wśród wszystkich odnotowanych przypadków, w których czynniki ryzyka są znane, może dawać wgląd w epidemiologię tych zakażeń (Wiessing i in., 2008a). W przypadku wirusowego zapalenia

Rozpowszechnienie wirusowego zapalenia wątroby typu C jako możliwy wskaźnik ryzyka zakażenia wirusem HIV poprzez iniekcję

Grupa statystyków i epidemiologów zebranych przez EMCDDA zbadała możliwości wykorzystania informacji o rozpowszechnieniu wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie jako wskaźnika ryzyka zakażenia HIV. HCV przenoszony jest w podobny sposób jak HIV, m.in. poprzez korzystanie ze wspólnych igieł. Jako że HCV jest dużo bardziej zaraźliwy, może on wykazać ogólny poziom ryzykownych zachowań, w tym wspólne korzystanie z igieł, akcesoriów do iniekcji i zmiany partnera wstrzykującego w populacjach osób przyjmujących narkotyki dożylnie tam, gdzie HIV jeszcze się nie rozpowszechnił.

Analiza danych na temat równoczesnego występowania HCV i HIV wykazała, że rozpowszechnienie HCV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, wynoszące do około 30% (przedział ufności 95%, 21–38%) powiązane jest z zerowym lub bardzo niskim występowaniem HIV. Przy wyższym wskaźniku występowania HCV wykazano liniową zależność między występowaniem HIV i HCV, a analiza szeregów czasowych sugeruje, że zaobserwowane rozpowszechnienie HIV rośnie o około połowę wolniej niż rozpowszechnienie HCV.

Wyniki te sugerują, że występowanie HCV może posłużyć do stworzenia interwencji profilaktycznych i zmniejszających szkodę wśród osób zażywających narkotyki dożylnie. Oprócz tego można je również wykorzystać do oceny ryzyka epidemii HIV w krajach, gdzie występowanie HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie jest wciąż niskie.

Źródło: Vickerman i in. (w druku).

(¹³⁴) Zob. wykres INF-1 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(¹³⁵) Zob. tabele od INF-111 do INF-113 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(¹³⁶) Zob. wykres INF-6 (część ii) i (część iii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

(¹³⁷) Zob. tabela INF-115 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

wątroby typu B odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie spadł pomiędzy 2002 i 2007 r. w 4 z 17 krajów. Wśród odnotowanych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C pomiędzy 2002 i 2007 r. w siedmiu krajach spadł odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie, natomiast w czterech innych krajach wzrósł (Republika Czeska, Luksemburg, Malta, Zjednoczone Królestwo) (¹³⁸).

Profilaktyka chorób zakaźnych oraz reagowanie na nie

Siedemnaście państw członkowskich UE i Turcja zgłosiły, że profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki jest częścią ich krajowej strategii antynarkotykowej, a sześć kolejnych krajów zgłosiło, że jest to temat konkretnej strategii. Dziesięć z tych 23 krajów zgłosiło istnienie strategii zapobiegania chorobom zakaźnym na szczeblu lokalnym lub regionalnym.

Państwa członkowskie UE reagują na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych wśród zażywających narkotyki poprzez kombinację różnych podejść, w tym: leczenie uzależnienia od narkotyków, zapewnienie sterylnej sprzątu do iniekcji, zapewnienie informacji poprzez działania oparte na społeczności, edukację, wykonywanie badań i interwencje behawioralne, często za pośrednictwem jednostek terenowych lub niskoprogowych. Eksperci z 27 krajów przekazali informacje na temat priorytetowego traktowania wybranych interwencji w ramach profilaktyki chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki (¹³⁹). Dostęp do sterylnej sprzątu do iniekcji w programach wymiany igieł i strzykawek stanowi priorytet w 23 krajach, przeprowadzanie badań i poradnictwo w zakresie chorób zakaźnych – w 16 krajach, a rozpowszechnianie informacji, edukacja i materiały informacyjne – w 14 krajach.

Dostęp do sterylnych strzykawek jest najczęściej zgłaszanym priorytetem, co wykazano w podobnych badaniach, przeprowadzonych w 2005 r. Większa liczba krajów zgłasza obecnie jako priorytet poradnictwo i przeprowadzanie badań w zakresie chorób zakaźnych oraz ukierunkowane programy szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby.

Interwencje

Wyniki badań wykazały, że stałe leczenie jest powiązane ze zmniejszeniem dożylnego zażywania narkotyków i powiązanych zachowaniach ryzykownych, a tym samym z ochroną przed zakażeniem HIV. Od połowy lat 90.

Leczenie osób przyjmujących narkotyki dożylnie z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C

W przypadku do 30% pacjentów z nieleczonym przewlekłym zapaleniem wątroby typu C w ciągu 30 lat rozwinię się marskość wątroby, a koszty związane z leczeniem końcowego stadium choroby wątroby są znaczne (Jager i in., 2004). Aby zmniejszyć występowanie zapalenia wątroby typu C w Europie niezbędne jest promowanie i zwiększanie dostępu do leczenia wśród największej grupy pacjentów – nosicieli wirusa, którzy aktywnie przyjmują dożylnie narkotyki.

Obecne metody leczenia przewlekłego zapalenia wątroby typu C – od 6 do 12 miesięcy leczenia skojarzonego z działającym długofalowo interferonem i rybawiryną – skuteczne są w przypadku ponad 50% pacjentów osiągających trwałą reakcję wirologiczną. Choć liczba długofalowych badań pozostaje ograniczona, dostępne badania naukowe wykazały sukcesy w leczeniu przeciwwirusowym osób przyjmujących narkotyki dożylnie (np. Moussalli i in., 2007). Wykazano również opłacalność leczenia zapalenia wątroby typu C w więzieniach (Sutton i in., 2008) oraz bezpieczeństwo i skuteczność leczenia osób zażywających narkotyki, u których współwystępują zaburzenia psychiczne (Loftis i in., 2006).

Dostęp osób zażywających narkotyki do leczenia zapalenia wątroby typu C pozostaje jednak niewielki. Przyczyny takiej sytuacji mogą obejmować zbyt małą liczbę ośrodków, brak informacji o możliwościach leczenia lub traktowanie osób zażywających narkotyki w sposób niepriorytetowy. W niektórych krajach UE, w tym w Danii, Niemczech, we Francji, w Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie, w ostatnich latach zmieniono politykę w tym względzie, mając na celu rozszerzenie dostępu do badań i leczenia dla nosicieli wirusa zapalenia wątroby typu C, którzy aktywnie przyjmują narkotyki dożylnie.

Leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w kontekście uzależnienia od narkotyków jest czasami wyzwaniem, ale można poprawić sytuację dzięki starannie zaplanowanemu i zorganizowanemu zarządzaniu klinicznemu oraz dzięki współpracy pacjentów, którzy wyrażą na to świadomą zgodę. Zespoły wielodyscyplinarne, które mogą leczyć uzależnienie od narkotyków, zapalenie wątroby oraz współistniejące problemy psychiczne, przyczyniają się do osiągnięcia poprawy wyników leczenia (Grebely i in., 2007).

w większości krajów europejskich zapewnienie usług w zakresie ograniczania szkód i leczenia znacznie wzrosło (Hedrich i in., 2008b). Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów jest dostępne we wszystkich państwach członkowskich UE, Chorwacji i Norwegii, ale w kilku krajach zapewnienie tej formy interwencji pozostaje ograniczone (zob. rozdział 2 i 6).

(¹³⁸) Zob. tabele INF-105 i INF-106 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

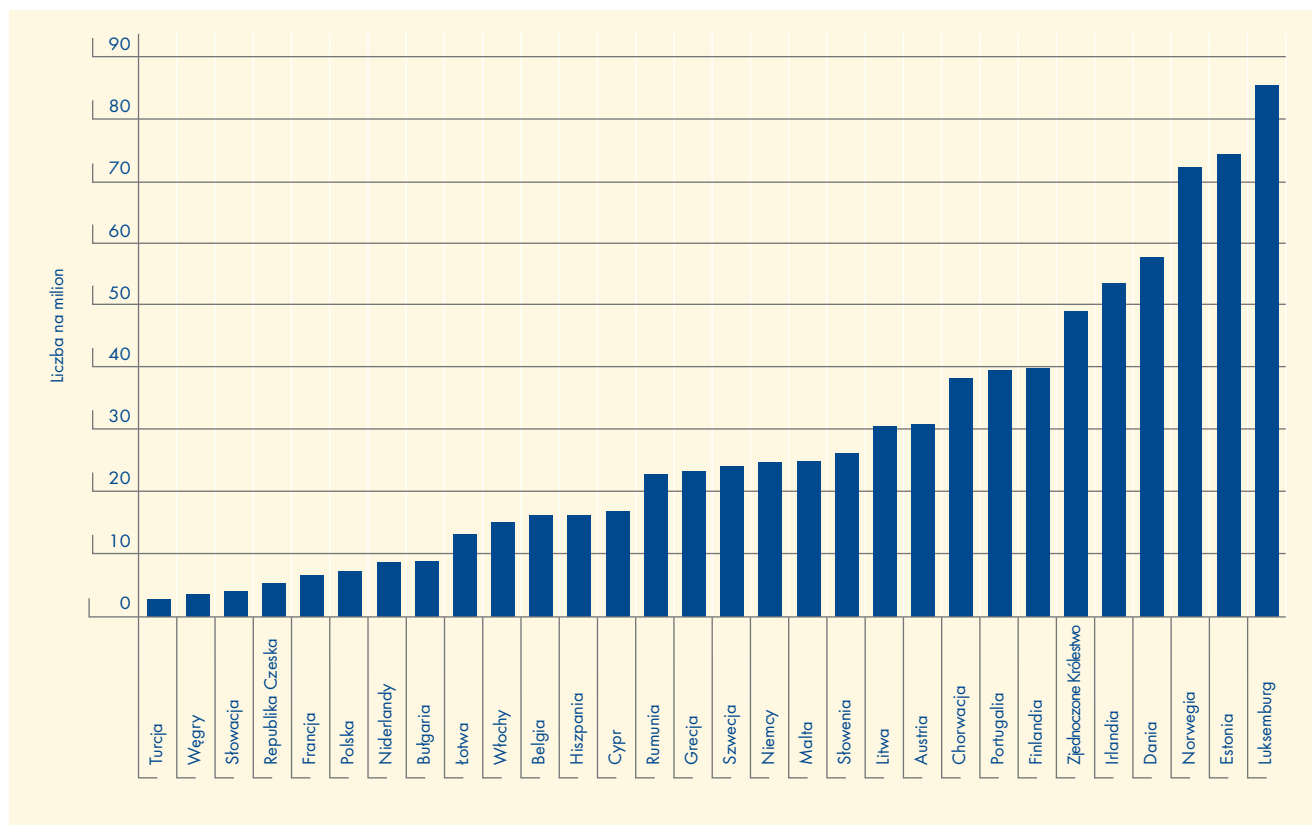
(¹³⁹) Zob. tabela HSR-6 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Eksperti krajowi szacują, że w 17 krajach indywidualne poradnictwo na temat chorób zakaźnych otrzymały w zeszłym roku niemal wszystkie osoby problemowo zażywające narkotyki ⁽¹⁴⁰⁾. W 12 krajach podobnie było w odniesieniu do badań pod kątem HCV, w 11 krajach eksperci oszacowali, że w zeszłym roku praktyczne porady i przeszkolenie w zakresie bezpieczniejszego zażywania i iniekcji otrzymała większość osób problemowo zażywających narkotyki. Szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest włączona do harmonogramu szczepień w 21 spośród 28 krajów objętych raportem, a w 17 krajach istnieją także konkretne programy szczepień adresowane do osób zażywających narkotyki. Działania na polu edukacji zdrowotnej dla osób zażywających narkotyki, w tym kontakty bezpośrednie, także zgłosiło 17 państw.

Programy wymiany igieł i strzykawek są obecne we wszystkich państwach członkowskich UE, w Chorwacji i Norwegii, jednak w 2007 r. na Cyprze program prawie nie był wykorzystywany. Szacuje się, że w 15 krajach większość osób zażywających narkotyki dożylnie otrzymała w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej jedną strzykawkę w ramach takiego programu. W 11 krajach w tym samym okresie jedynie niektóre osoby zażywające narkotyki dożylnie otrzymały strzykawkę, mimo że 9 z tych krajów dostęp do sterylnej sprzątu do iniekcji uznało za priorytetowe działanie w profilaktyce rozprzestrzeniania chorób zakaźnych.

Liczba strzykawek rozprowadzonych w ramach programów wymiany igieł i strzykawek wzrosła w latach 2005–2007 w 18 z 26 krajów, dla których dostępne są dane. Liczba wydanych rocznie strzykawek na pacjenta

Wykres 13: Wskaźniki śmiertelności wśród wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat) w wyniku zgonów spowodowanych przez narkotyki



Uwaga: W przypadku Republiki Czeskiej zamiast definicji krajowej zastosowano definicję zgodną z „Selekcją D” EMCDDA; w przypadku Zjednoczonego Królestwa zastosowano definicję strategii antynarkotykowej; w przypadku Rumunii – dane dotyczą tylko Bukaresztu i kilku powiatów w rejonie kontrolowanym przez laboratorium toksykologii w Bukareszcie; w przypadku Portugalii dane obejmują wszystkie przypadki, w których w badaniu post mortem wykryto nielegalne narkotyki – dane te prawdopodobnie dają ocenę zawyżoną w porównaniu z „Selekcją D”. Wyliczenia wskaźnika śmiertelności w populacji są oparte na wielkościach populacji krajowych w 2006 r. według danych Eurostatu. Przy porównaniach wskaźników dla populacji należy wykazać ostrożność, ponieważ występują pewne różnice w definicji przypadków i jakości sprawozdawczości. Więcej informacji na temat danych – zob. wykres DRD-7 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2008), informacje zebrane z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (medycyny sądowej lub policji) i Eurostat.

⁽¹⁴⁰⁾ Eksperti z 26 państw UE, Turcji i Norwegii ocenili poziom stosowania wybranych interwencji wobec osób uzależnionych od narkotyków.

znacznie się waha, na przykład w 2007 r. wynosiła od około 50 strzykawek na pacjenta objętego programem wymiany igieł i strzykawek w Chorwacji i na Litwie, do 200 w Finlandii i 300 w Rumunii ⁽¹⁴¹⁾.

Całkowita liczba strzykawek rozprowadzonych w 2007 r. w 14 krajach, dla których dostępne są wiarygodne lub szacunkowe dane, była o 33% wyższa niż w 2003 r. Stały wzrost w tym okresie zgłosiły: Belgia, Bułgaria, Republika Czeska, Estonia, Węgry, Austria, Słowacja i Finlandia. Liczba rozprowadzonych strzykawek na łotwie pozostała taka sama, a spadek odnotowały Hiszpania, Litwa, Luksemburg, Portugalia i Polska.

Dane uzyskane z 15 krajów pokazują, że ponad 125 000 osób miało w 2007 r. dostęp do placówek działających w ramach programu wymiany igieł i strzykawek ⁽¹⁴²⁾. Jednakże informacje o dostępie pacjentów nie są dostępne dla czterech największych państw członkowskich UE (Niemcy, Hiszpania, Włochy, Zjednoczone Królestwo). Krajowe badania ankietowe przeprowadzone w 120 francuskich ośrodkach ograniczania szkód CAARUD wykazały, że w 2007 r. skorzystało z nich w przybliżeniu 40 000 osób (Toufik i in., 2008). W Zjednoczonym Królestwie w 2008 r. przyjęto nowy program monitorowania wymiany igieł.

Placówki niskoprogowe mogą zapewnić możliwość świadczenia usług podstawowej opieki medycznej i działań interwencyjnych ograniczających szkody grupom ludności, do których trudno jest dotrzeć. Niedawna ocena niskoprogowych ośrodków świadczących usługi medyczne adresowane do osób zażywających narkotyki dożylnie w Finlandii wskazała, że taka kombinacja usług odgrywa znaczącą rolę w profilaktyce chorób zakaźnych. Było to również uważane za innowację efektywną pod względem kosztów i zdolną do działania w obrębie restrykcyjnej krajowej polityki antynarkotykowej (Arponen i in., 2008).

Programy wymiany igieł i strzykawek mogą służyć również promowaniu lepszego stanu zdrowia. Szkolenia w zakresie promocji zdrowia, oparte na oficjalnym programie nauczania lub podręcznikach, są proponowane personelowi programów wymiany igieł i strzykawek w 20 krajach oraz aptekarzom w 9 krajach. Wytyczne w zakresie pracy w placówkach niskoprogowych obejmujące zagadnienia takie jak: przeprowadzanie badań w zakresie chorób zakaźnych, wymiana igieł, organizacja pomocy potrzebującym oraz trening bezpośredni, zgłosiło również 11 państw członkowskich UE.

Zgony związane z narkotykami i wskaźniki śmiertelności

Zażywanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn problemów zdrowotnych i zgonów wśród ludzi młodych w Europie. Można to zilustrować za pomocą wyników międzynarodowych badań wspieranych przez EMCDDA, które wykazały, że w siedmiu europejskich obszarach miejskich od 10 do 23% przypadków zgonów w grupie wiekowej od 15 do 49 lat można przypisać zażywaniu opiatów (Bargagli i in., 2005).

Śmiertelność związana z narkotykami obejmuje włącznie zgony, które są bezpośrednio spowodowane farmakologicznym działaniem jednej lub kilku substancji (zgony spowodowane przez narkotyki) oraz zgony, które są pośrednio spowodowane zażyciem narkotyków, często przy jednoczesnym wystąpieniu innych czynników (np. wypadków). Znane przyczyny śmierci obejmują ostrą toksyczność, wypadki drogowe, szczególnie w połączeniu z alkoholem (EMCDDA, 2007c), przemoc, samobójstwa wśród osób podatnych na zagrożenia lub przewlekłe schorzenia wywołane regularnym zażywaniem narkotyków (np. problemy z układem krążenia u osób zażywających kokainę). Chociaż większość zgonów związanych z narkotykami występuje wśród osób problemowo zażywających narkotyki, niektóre mają miejsce w innych grupach osób zażywających narkotyki, w tym także sporadycznie ⁽¹⁴³⁾.

Zgony związane z narkotykami

Przyjęta przez EMCDDA definicja zgonów spowodowanych przez narkotyki odnosi się do zgonów bezpośrednio spowodowanych (przedawkowania) przyjęciem jednego lub więcej narkotyków, gdy przynajmniej jedna z występujących substancji to nielegalny narkotyk. Na liczbę zgonów mogą mieć wpływ czynniki takie, jak: wskaźnik i schematy zażywania narkotyków (dożylnie, zażywanie więcej niż jednego narkotyku), wiek i współwystępujące choroby osób zażywających narkotyki oraz dostępność leczenia służb medycznych i ratunkowych.

Poprawa wiarygodności europejskich danych umożliwiła sporządzenie lepszej charakterystyki tendencji europejskich i krajowych. Obecnie większość krajów przyjęła definicję przypadku zgodną z definicją EMCDDA ⁽¹⁴⁴⁾. Niemniej jednak występujące różnice jakości raportowania ustalonych przypadków zgłaszanych do krajowych rejestrów zgonów i do EMCDDA

⁽¹⁴¹⁾ Zob. tabela HSR-5 (część i) i (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁴²⁾ Zob. tabela HSR-5 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁴³⁾ Zob. „Śmiertelność związana z narkotykami: pojęcie złożone”, w sprawozdaniu rocznym 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Szczegółowe informacje metodologiczne – zob. Biuletyn statystyczny za 2009 r.

w zależności od kraju oznaczają, że jakiegokolwiek bezpośrednie porównania wymagają zachowania ostrożności.

W latach 1990–2006 w państwach członkowskich UE, Chorwacji, Norwegii i Turcji co roku odnotowywano od 6400 do 8500 przypadków zgonów spowodowanych przez narkotyki, co daje łączną liczbę około 135 000 zgonów. W 2006 r. połowa wszystkich zgłoszonych zgonów miała miejsce w Zjednoczonym Królestwie i Niemczech. W poszczególnych krajach wskaźniki śmiertelności w wyniku zgonów spowodowanych przez narkotyki są bardzo zróżnicowane i wahają się od 3 do ponad 85 przypadków śmiertelnych na 1 mln mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat, przy czym średnia wartość wynosi 22 zgony na 1 mln mieszkańców. W 17 europejskich krajach odnotowano wskaźniki powyżej 20 zgonów na 1 mln mieszkańców, natomiast w pięciu krajach – ponad 40 zgonów na 1 mln mieszkańców (wykres 13). Wśród Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat zgony związane z zażywaniem narkotyków stanowiły 4% wszystkich zgonów ⁽¹⁴⁵⁾.

Zgony związane z opiatami

Heroina

Opiaty, głównie heroina lub jej metabolity, występują w większości przypadków zgonów spowodowanych przez narkotyki w Europie. W 22 krajach dostarczających dane opiaty dotyczą od 35 do blisko 100% wszystkich przypadków, przy czym 11 z tych krajów informuje o odsetku powyżej 85% ⁽¹⁴⁶⁾. Oprócz heroiny raporty toksykologiczne wykazują także inne substancje. Najczęściej zgłaszane substancje to alkohol, benzodiazepiny, inne opiaty, a w niektórych krajach – kokaina. To wskazuje, że znaczny odsetek wszystkich przypadków śmiertelnych spowodowanych przez opiaty może być związany z zażywaniem wielu narkotyków.

Najwyższy wskaźnik zgonów spowodowanych przedawkowaniem heroiny w Europie przypada na mężczyzn (82%). W większości krajów średnia wieku osób umierających w wyniku przedawkowania waha się w okolicach 35 lat i w wielu przypadkach rośnie, co prawdopodobnie świadczy o ustabilizowaniu się lub spadku liczby młodych osób zażywających heroinę. W Europie w sumie 14% zgłoszonych zgonów z powodu przedawkowania miało miejsce wśród osób w wieku poniżej 25 lat, a chociaż w Bułgarii, Austrii i kilku innych krajach zgłaszana liczba zgonów związanych

z narkotykami jest niewielka (Malta, Cypr, Słowacja, Rumunia), to ponad jedna trzecia zgonów spowodowanych przedawkowaniem nastąpiła w tej grupie wiekowej. Może to wskazywać na młodszą w tych krajach populację osób zażywających heroinę lub przyjmujących narkotyki dożylnie ⁽¹⁴⁷⁾.

Czynniki powiązane z przedawkowaniem heroiny obejmują: iniekcje i jednoczesne zażywanie innych substancji, w szczególności alkoholu, beznodiazepin oraz niektórych antydepresantów, a także współistnienie innych schorzeń, wcześniejsze przedawkowania i samotność (rząd Szkocji, 2008). Czas bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia lub po przerwaniu terapii został rozpoznany jako okres szczególnie wysokiego ryzyka przedawkowania.

Szacuje się, że na każde śmiertelne przedawkowanie może przypadać 20 do 25 przedawkowań nieskutkujących śmiercią, ale ich konsekwencje są słabo rozpoznane. EMCDDA przygotowuje krytyczny przegląd powiązanych czynników ryzyka i możliwych interwencji w tej dziedzinie.

Metadon i buprenorfina

Badania pokazują, że leczenie substytucyjne zmniejsza ryzyko przedawkowania prowadzącego do zgonu. Pojawiają się jednak doniesienia na temat kilku zgonów związanych z zażywaniem leków stosowanych w leczeniu substytucyjnym (metadon lub buprenorfina), przeważnie w wyniku nieprawidłowego zażywania lub – w mniejszej liczbie przypadków – problemów występujących podczas leczenia.

Kilka krajów informuje o stwierdzeniu obecności metadonu w przypadku znacznej części zgonów spowodowanych przez narkotyki, chociaż ze względu na brak wspólnych standardów raportowania rola odgrywana przez tę substancję często jest niejasna, ponieważ inne narkotyki mogły być obecne. Ponadto mogły być obecne inne czynniki, w tym: utrata tolerancji na opiaty, nadmierna dawka lub niewłaściwe zażycie – nieregularnie lub w celach innych niż terapeutyczne. Wydaje się, że zgony w wyniku zatrucia buprenorfiną występują rzadko, mimo rosnącego stosowania tej substancji w leczeniu substytucyjnym w Europie (zob. rozdział 6). W Finlandii jednak buprenorfina jest obecnie substancją najczęściej wykrywaną w przypadku zgonów spowodowanych przez narkotyki, zwykle w połączeniu z lekami nasennymi lub alkoholem, bądź po jej dożylnym przyjęciu.

⁽¹⁴⁵⁾ Zob. wykres DRD-7 (część i) oraz tabele DRD-5 (część ii) i DRD-107 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁴⁶⁾ Ponieważ większość przypadków zgłaszanych do EMCDDA to przedawkowanie opiatów (głównie heroiny), do ich opisu stosuje się ogólną charakterystykę nagłego przypadku zgonu z powodu narkotyków. Zob. wykres DRD-1 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁴⁷⁾ Zob. wykresy DRD-2 i DRD-3 oraz tabela DRD-1 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

Fentanyl i pozostałe syntetyczne opiaty

Epidemia śmiertelnych zatruc w Estonii była przyczyną zgonu 117 osób zażywających narkotyki dożylnie w latach 2005–2006 (EMCDDA, 2008b). Nie ma dostępnych informacji na temat zgonów związanych z fentanylem w Estonii w 2007 r., jednak niedawne badania potwierdzają wzrost przypadków zażywania fentanylu przez osoby przyjmujące narkotyki dożylnie. W 2007 r. w Tallinie dwie trzecie przebadanych osób zażywających narkotyki dożylnie zadeklarowało, że fentanyl jest ich głównym narkotykiem, a jeden na dziesięciu uczestniczących w programie wymiany strzykawek zgłosił zażycie dożylnego fentanylu w ostatnim miesiącu. Z innych badań przeprowadzonych w Tallinie wynika, że wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, które zgłaszały fentanyl jako główny narkotyk, zakażenie HIV było bardziej rozpowszechnione, a osoby te były bardziej narażone na ryzykowne zachowania związane z iniekcją oraz przynajmniej jednokrotne przedawkowanie w porównaniu do osób dożylnie zażywających amfetaminę (Tal i in., 2009). W Finlandii opiaty takie, jak oksykodon, tramadol czy fentanyl zostały zgłoszone w przypadku 21 zgonów, chociaż ich rola nie została określona.

Zgony związane z innymi narkotykami

Zgony spowodowane kokainą są trudniejsze do zdefiniowania i ustalenia niż ma to miejsce w przypadku opiatów. Wydaje się, że zgony spowodowane przez przedawkowanie występują rzadko i wówczas ma to zazwyczaj związek z bardzo dużymi dawkami kokainy. Natomiast większość zgonów związanych z kokainą to prawdopodobnie efekt ostrej toksyczności tego narkotyku, prowadzącej do powikłań sercowo-naczyniowych i neurologicznych. W przypadku tych zgonów nie zawsze można ustalić rolę narkotyku, mogą one też nie być zgłaszane jako zgony związane z kokainą. Interpretację danych dodatkowo komplikuje częsta obecność innych substancji, co utrudnia ustalenie związków przyczynowych.

W 2007 r. w 12 państwach członkowskich zgłoszono około 500 zgonów powiązanych z zażyciem kokainy (w porównaniu do 450 w 14 krajach w 2006 r.). Niemniej jednak prawdopodobnie liczba zgonów spowodowanych kokainą w Unii Europejskiej jest niedoszacowana.

Nadal rzadko zgłaszane są przypadki zgonów, w których stwierdzono ecstazy. W wielu przypadkach nie określono tego narkotyku jako bezpośredniej przyczyny śmierci. Chociaż w Europie równie rzadko odnotowuje się zgony

związane z amfetaminą, w Republice Czeskiej znaczną liczbę zgonów w 2007 r. spowodowanych przez narkotyki – z wyłączeniem leków – (11 z 40) przypisano środkowi o nazwie pervitin (metamfetamina), w porównaniu do 14 zgonów przypisanych opiatom. W Finlandii amfetaminy były obecne w przypadku 40% z 229 przypadków zgonów w 2007 r., chociaż niekonieczne oznacza to, że ten narkotyk był bezpośrednią przyczyną śmierci ⁽¹⁴⁸⁾.

Tendencje w zakresie zgonów spowodowanych przez narkotyki

W latach 80. i na początku lat 90. XX w. nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki, równoległe ze wzrostem zażywania heroiny i dożylnego przyjmowania narkotyków, a następnie liczba ta utrzymywała się na wysokim poziomie. Dane z poszczególnych krajów w dłuższej skali czasowej wskazują jednak na występowanie zróżnicowanych tendencji: w niektórych (np. Niemcy, Hiszpania, Francja, Włochy) śmiertelność osiągnęła poziom szczytowy w połowie lat 90., w innych krajach (np. Grecja, Portugalia, Finlandia) wskaźniki najwyższą wartość osiągnęły około 2000 r., a w kilku innych (Dania, Niderlandy, Austria, Zjednoczone Królestwo) obserwowano tendencję wzrostową, ale bez wyraźnego szczytu ⁽¹⁴⁹⁾.

W latach 2000–2003 większość państw członkowskich UE zgłosiła spadek, a w latach 2003–2006 – wzrost liczby zgonów. Dostępne wstępne dane dla 2007 r. wskazują wartość co najmniej równą tej z poprzedniego roku, przy czym wzrost zgłosiło 14 z 18 krajów.

Przyczyny utrzymujących się ilości zgłoszonych zgonów związanych z narkotykami są trudne do wyjaśnienia, szczególnie w kontekście wskaźników spadku dożylnego zażywania narkotyków oraz rosnącej liczby osób zażywających opiaty, które kontaktują się z placówkami leczniczymi i służbami działającymi na rzecz ograniczania szkód. Wobec możliwego spadku w grupie wysokiego ryzyka stabilne lub rosnące wskaźniki zgonów spowodowanych przez narkotyki dają powody do poważnych obaw.

Może istnieć kilka wyjaśnień tego zjawiska, a każde z nich wymaga dalszych badań. Obejmują one: rosnącą podatność starzejącej się i bardziej problemowej populacji; większe występowanie zażywania więcej niż jednego narkotyku i zachowań wysokiego ryzyka; niepowodzenie istniejących służb w dotarciu do osób najbardziej zagrożonych; a nawet rosnącą liczbę osób powracających do zażywania opiatów i opuszczających

⁽¹⁴⁸⁾ Dane dotyczące zgonów związanych z narkotykami innymi niż heroina - zob. tabela DRD-108 w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁴⁹⁾ Zob. wykresy DRD-8 i DRD-11 w Biuletynie statystycznym za 2009 r. Z powodów historycznych tendencje w UE odnoszą się do UE-15 i Norwegii.

więzienia lub terapię, która to osoby stanowią grupę szczególnie wysokiego ryzyka ⁽¹⁵⁰⁾.

Ogólny poziom śmiertelności związanej z zażywaniem narkotyków

Oprócz zgonów spowodowanych narkotykami ogólny poziom śmiertelności związanej z zażywaniem narkotyków obejmuje zgony spowodowane pośrednio przez zażywanie narkotyków. Zgony te występują głównie w przypadku osób problemowo zażywających narkotyki, chociaż mogą też przytrafić się osobom zażywającym narkotyki okazjonalnie (np. wypadki samochodowe, niektóre samobójstwa). Chociaż liczba zgonów spowodowanych pośrednio przez zażywanie narkotyków jest trudna do określenia, to wpływ na zdrowie publiczne może być znaczny.

Ogólny poziom śmiertelności można oszacować na różne sposoby: jedną z metod jest połączenie informacji z badań kohortowych nad śmiertelnością ze wskaźnikiem zażywania narkotyków ⁽¹⁵¹⁾. Inną metodą jest użycie istniejących statystyk śmiertelności ogólnej i oszacowanie odsetka zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. Można wykorzystać pozostałe specjalistyczne źródła informacji, na przykład w przypadku śmiertelności związanej z HIV/AIDS połączono dane Eurostat i EuroHIV.

Badania kohortowe śmiertelności

Badania kohortowe śmiertelności zajmują się przez cały czas tą samą grupą osób problemowo zażywających narkotyki i, poprzez powiązanie z rejestrami zgonów, próbują zidentyfikować przyczyny wszystkich zgonów występujących w obrębie danej grupy. Ten rodzaj badania pozwala ustalić ogólne i szczegółowe wskaźniki śmiertelności dla kohorty, a także oszacować nadmierną śmiertelność grupy w porównaniu do populacji ogólnej. Obserwacyjne badania kohortowe na dużą skalę mogą zostać użyte do sprawdzenia hipotez dotyczących np. przyczyn zmiany liczby zgonów spowodowanych zażywaniem narkotyków, jak również do monitorowania ogólnego ryzyka i wykrycia zmian schematu w zakresie przyczyn zgonu.

W zależności od doboru próby (np. badania prowadzone w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków) i kryteriów włączenia (np. osoby zażywające narkotyki dożylnie, osoby zażywające heroinę), większość badań kohortowych wykazuje wskaźniki śmiertelności na poziomie od 1 do 2% rocznie wśród osób problemowo zażywających narkotyki. Chociaż względne znaczenie

przyczyn śmierci jest zróżnicowane w czasie i w zależności od kraju, to główną przyczyną jest na ogół przedawkowanie narkotyku, które powoduje od 50 do 60% zgonów wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w krajach o niskim poziomie rozpowszechnienia HIV/AIDS. Niestety niektóre kraje wykazują niski stopień wykrywalności przypadków przedawkowania w rejestrach zgonów w populacji ogólnej, a zatem znaczna część zgonów, w których przyczynę odnotowano jako „nieznaną” lub niewystarczająco określoną (np. zatrzymanie akcji serca) może być spowodowana przedawkowaniem. Aby poprawić prawidłowość opisu przyczyn zgonu możliwa jest konsultacja z innymi źródłami informacji (np. specjalne rejestry zgonów policji lub zakładów medycyny sądowej).

EMCDDA opracowało protokół mający na celu zachęcenie państw członkowskich do podjęcia badań kohortowych śmiertelności, aby dostarczyć porównywalnych informacji o ryzyku śmiertelności w grupie osób problemowo

Szacowanie całkowitej śmiertelności związanej z problemowym zażywaniem narkotyków: nowe osiągnięcia

Niedawne kohortowe badania śmiertelności w Unii Europejskiej wykazują, że zgony spowodowane przedawkowaniem narkotyków stanowią zwykle od jednej piątej do połowy całkowitej liczby zgonów wśród osób problemowo zażywających narkotyki. Sugeruje to, że całkowita śmiertelność w tej grupie może być około 2 do 5 razy większa niż liczba zarejestrowanych zgonów spowodowanych przedawkowaniem. Ten mnożnik jest różny w poszczególnych państwach i zależy od rozmaitych czynników, takich jak zachowania ryzykowne, częstotliwość przedawkowań zakończonych zgonem i występowanie innych potencjalnych przyczyn zgonu.

EMCDDA promuje badania nad oszacowaniem całkowitej śmiertelności wśród osób problemowo zażywających narkotyki. W 2008 r. w ramach projektu prowadzonego we współpracy z czeskimi naukowcami zbadano literaturę przedmiotu, źródła danych i potencjalne metody w tej dziedzinie ⁽¹⁾. Grupa ekspertów zaleciła dwie metody dalszych badań: metodę mnożnikową w oparciu o liczbę zarejestrowanych zgonów spowodowanych przedawkowaniem oraz metodę ekstrapolacji w oparciu o śmiertelność wśród osób problemowo zażywających narkotyki i krajowych szacunków populacji tych osób. Obie metody z powodzeniem przetestowano w Republice Czeskiej i EMCDDA planuje utworzenie grupy zainteresowanych państw, które mogłyby wykorzystać te osiągnięcia w niedalekiej przyszłości.

⁽¹⁾ Zob. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>.

⁽¹⁵⁰⁾ Zob. „Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem po zwolnieniu z więzienia”, str. 99.

⁽¹⁵¹⁾ Zob. „Szacowanie całkowitej śmiertelności związanej z problemowym zażywaniem narkotyków: nowe osiągnięcia”.

zażywających narkotyki, i przekazania ich na potrzeby polityk w zakresie profilaktyki i opieki. Najnowsze badania w Europie zostały przeprowadzone w Niemczech, Hiszpanii, we Włoszech, w Niderlandach, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii. W jednej trzeciej państw członkowskich UE jeszcze nie przeprowadzono badań kohortowych śmiertelności, ale kilka państw zgłosiło, że są w trakcie ich przeprowadzania lub planują je na 2009 r. (np. Republika Czeska, Francja, Łotwa, Polska).

Zgony pośrednio związane z zażywaniem narkotyków

Można ocenić, że w 2006 r. ponad 2100 osób w Unii Europejskiej zmarło z powodu HIV/AIDS związanego z zażywaniem narkotyków ⁽¹⁵²⁾, przy czym do 89% tych zgonów doszło w Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii. W następstwie wprowadzenia wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (HAART) w 1996 r. śmiertelność wywołana HIV/AIDS znacznie spadła w większości krajów UE, chociaż spadek ten był mniej wyraźny w Portugalii. Wzrost zaobserwowany w ostatnich latach w Estonii jest konsekwencją wysokiego szacunkowego rozpowszechnienia HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w tym kraju (od 5 do 6 na 10 osób) oraz stosunkowo wysokiego zgłoszonego poziomu braku wiedzy o własnym zakażeniu. Ostatnio wzrost odnotowano także na Łotwie. Obecnie szacunkowa śmiertelność z powodu HIV/AIDS wśród osób zażywających narkotyki jest niska w większości krajów z wyjątkiem Hiszpanii i Portugalii. We Włoszech, Francji i na Łotwie śmiertelność z powodu HIV/AIDS oraz przedawkowania znajduje się na podobnym poziomie ⁽¹⁵³⁾.

Pozostałe choroby, które także stanowią przyczynę pewnej liczby zgonów wśród osób zażywających narkotyki, obejmują schorzenia przewlekłe, takie jak choroby wątroby (wywołane zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby typu C oraz nadużywaniem alkoholu), nowotwory oraz problemy z układem krążenia. Do pozostałych przyczyn zgonów przykładają się znacznie mniej uwagi, mimo oznak, że mają znaczny wpływ. Na przykład urazy (wypadki, zabójstwa i inne rodzaje przemocy) oraz samobójstwa mogą stanowić przyczynę co najmniej 25% zgonów wśród osób problemowo zażywających narkotyki. Przeglądu literatury przedmiotu (Darke i Ross, 2002) wykazał, że wskaźnik samobójstw był 14-krotnie

wyższy wśród osób zażywających heroinę niż w populacji ogólnej. W niedawnych badaniach kohortowych w Europie samobójstwa stanowiły od 6 do 11% zgonów w grupie osób problemowo zażywających narkotyki. Jednak ogólny wpływ tych przyczyn jest trudny do oceny z powodu ograniczonej dostępności danych.

Ograniczanie liczby zgonów związanych z narkotykami

Dwanaście krajów zgłosiło, że ich krajowa strategia antynarkotykowa zawiera część dotyczącą ograniczania liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki. Zjednoczone Królestwo jako jedyne posiada szczegółowy plan działania na rzecz ograniczenia szkód związanych z narkotykami, który określa konkretne działania mające na celu zapobieganie zgonom związanym z narkotykami. Trzydzieści krajów nie posiada ani określonej strategii, ani części krajowej strategii antynarkotykowej poświęconej ograniczaniu liczby zgonów spowodowanych przez narkotyki, a dwa kraje nie przekazały na ten temat żadnych informacji.

Interwencje

Długoterminowe badania prospektywne wśród osób problemowo zażywających narkotyki i rozpoczynających leczenie we Włoszech pokazało, że ryzyko śmierci wśród kohorty było dziesięć razy większe niż w populacji ogólnej (Davoli i in., 2007). Poddanie się leczeniu obniżało ryzyko śmierci do poziomu czterokrotnie wyższego niż w populacji ogólnej, co potwierdza, że leczenie uzależnienia od narkotyków zmniejsza śmiertelność związaną z narkotykami. Jednakże badania wykazały także, że najwyższy wskaźnik śmiertelności wśród osób zażywających narkotyki zaobserwowano 30 dni po ustaniu leczenia. Podkreśla to konieczność starannego planowania działań po udzieleniu pomocy, a także unikania bardzo krótkich okresów leczenia, gdyż ryzyko może przewyższać korzyści wynikające z terapii.

Zapewnianie materiałów poszarżujących wiedzę i dotyczących profilaktyki zgłosiła większość krajów, w których informacje na ten temat są dostępne. Według ekspertów z 28 krajów ⁽¹⁵⁴⁾ drukowane lub multimedialne materiały profilaktyki przedawkowania dla osób zażywających narkotyki zostały w zeszłym roku dostarczone większości lub niemal wszystkim

⁽¹⁵²⁾ Rok 2006 przyjęto jako ostatni rok, za który dostępne są – za pośrednictwem Eurostatu – informacje z prawie wszystkich państw członkowskich dotyczące przyczyn zgonów. Więcej informacji na temat źródeł, grup przenoszenia, liczb i wyliczeń – zob. tabela DRD-5 (część iii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁵³⁾ Zob. wykres DRD-7 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁵⁴⁾ Zob. tabela HSR-8 w Biuletynie statystycznym za 2009 r. Eksperti z 26 państw UE, Turcji i Norwegii ocenili poziom świadczenia wybranych interwencji w zakresie zapobiegania zgonom związanym z narkotykami.

problemowo zażywającym narkotyki w 9 krajach, a mniejszości w 12 krajach oraz we francuskiej społeczności w Belgii. Takie materiały nie istnieją w Turcji, a w Estonii, na Łotwie, Węgrzech i Słowacji dostęp do nich ma niewiele osób zażywających narkotyki. W przypadku Bułgarii nie ma żadnych dostępnych informacji.

Duża część śmiertelnych i nieskutkujących śmiercią przedawkowań miała miejsce w obecności osób trzecich w tym: rówieśników lub członków rodziny osoby zażywającej narkotyki, personelu opieki medycznej i społecznej, policji lub strażników więziennych, którzy mieliby możliwość interwencji. Dziesięć krajów zgłosiło specjalne materiały mające pomóc rodzinom osób zażywających narkotyki rozpoznać i poradzić sobie z przedawkowaniem narkotyku, w ośmiu krajach takie materiały są dostępne dla funkcjonariuszy policji; w siedmiu krajach zostały opracowane dla personelu więziennego ⁽¹⁵⁵⁾. Inne grupy docelowe obejmują pracowników jednostek antynarkotykowych, załogi karetek pogotowia, personel oddziałów pomocy doraźnej, a także imigrantów z krajów rosyjskojęzycznych i Romów. Jednak liczba krajów, w których dostępne są materiały dla kilku grup docelowych, jest ograniczona i nie wszystkie materiały są dostępne w całym kraju.

Edukowanie na temat ryzyka przedawkowania zgłosiły wszystkie kraje, a w 9 z nich istnieje ono w najważniejszych miastach o znacznej liczbie osób problemowo zażywających narkotyki. Jednak w 4 krajach taka aktywność ma miejsce tylko w niektórych ważnych miastach, a w kolejnych 12 krajach – tylko w kilku miastach.

Specjalne szkolenia dotyczące reakcji na przedawkowanie prowadzone są indywidualne lub w grupach. Osoby zażywające narkotyki są informowane o: ryzyku przedawkowania, w tym spadku tolerancji po okresach abstynencji, skutkach i zagrożeniach związanych z zażywaniem więcej niż jednego narkotyku, szczególnie przy jednoczesnym spożywaniu alkoholu, ryzyku zażywania narkotyków w samotności. Są również szkolone w zakresie pierwszej pomocy. Według szacunków ekspertów krajowych w 7 krajach większość osób problemowo zażywających narkotyki uczestniczyła w ciągu ostatnich 12 miesięcy w szkoleniu dotyczącym reagowania na przedawkowanie, natomiast w 10 krajach jedynie nieliczne osoby otrzymały takie przeszkolenie. W kolejnych 6 krajach (Belgia, Łotwa, Austria, Polska, Rumunia, Słowacja) tylko niektóre osoby problemowo zażywające narkotyki uczestniczyły w takim szkoleniu.

Szkolenie w zakresie reagowania na przedawkowanie nie jest dostępne w Estonii, na Węgrzech i w Turcji.

Osoby zażywające narkotyki, które wcześniej doświadczyły przedawkowania nieskutkującego śmiercią, znajdują się w grupie wysokiego ryzyka przedawkowania w przyszłości (Coffin i in., 2007) i powinny być szczególną grupą docelową. Indywidualną ocenę ryzyka przedawkowania przeprowadza przeszkolony personel; ma ona na celu określenie osób potrzebujących dodatkowego wsparcia. Według ekspertów w 9 krajach większość osób problemowo zażywających narkotyki otrzymała ocenę ryzyka przedawkowania przynajmniej raz w zeszłym roku, natomiast w 16 krajach tylko nieliczne osoby brały udział w tego typu interwencjach. W przypadku Bułgarii, Niemiec i Francji nie ma dostępnych informacji.

Zapewnienie osobom zażywającym narkotyki naloksonu nie jest typowym w Europie podejściem do profilaktyki przedawkowania, chociaż we Włoszech wydzielanie naloksonu do stosowania w domu jest powszechnie stosowane przez służby antynarkotykowe; tam też osoby uzależnione mogą kupować określone leki bez recepty. Zjednoczone Królestwo zmieniło status prawny naloksonu w czerwcu 2005 r. zezwalając na podawanie go przez każdego członka społeczeństwa w sytuacji zagrożenia życia. Ponadto wpływ szkolenia w zakresie reagowania na przedawkowanie oraz zaopatrywania w naloksonu z możliwością wzięcia do domu został oceniony w badaniu kohortowym w grupie 239 osób zażywających opiaty; dobór próby przeprowadzono w jednostkach leczenia (Strang i in., 2008). Wyniki pokazują wzrost wiedzy na temat objawów przedawkowania i większe zaufanie do zażywania naloksonu. Podczas pierwszych 3 miesięcy wszystkie 12 przypadków przedawkowania, w których użyto naloksonu, zostało z powodzeniem wyleczonych, natomiast na 6 przedawkowań, w których nie użyto naloksonu, doszło do 1 zgonu. Autorzy podsumowują, że powszechniejsze wydawanie naloksonu może jeszcze bardziej ograniczyć liczbę zgonów powiązanych z narkotykami, a także zalecają dodatkowe badania wpływu szkoleń w zakresie reagowania na przedawkowanie i zaopatrzenie osób uzależnionych od opiatów w nalokson na wypadek zagrożenia.

Innym kontrowersyjnym podejściem jest wprowadzenie nadzorowanych placówek zażywania narkotyków ⁽¹⁵⁶⁾, które mają zmniejszyć ryzyko zgonu ich pacjentów poprzez zapewnienie szybkiej i właściwej opieki medycznej, gdyby na miejscu doszło do przedawkowania. Dane operacyjne z takich placówek w Europie, Kanadzie i Australii wskazują,

⁽¹⁵⁵⁾ Zob. tabela HSR-8 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2009 r.

⁽¹⁵⁶⁾ Przegląd dotyczący tej kwestii – zob. EMCDDA (2004).

że przypadki przedawkowania narkotyków, do których doszło w takiej placówce, skończyły się udaną interwencją. Nie zgłoszono żadnego przypadku przedawkowania skutkującego śmiercią. Milloy i jego współpracownicy obliczyli liczbę zgonów, których prawdopodobnie uniknięto dzięki działaniu placówki zażywania narkotyków

w Vancouver. Oszacowali, że w ciągu roku udało się zapobiec od 2 do 12 zgonom (Milloy i in., 2008 r.). To potwierdza wcześniejsze wnioski dotyczące przypuszczalnego korzystnego wpływu tych placówek na obniżenie liczby zgonów z powodu przedawkowania w otoczeniu, gdzie taki zasięg jest wystarczający.

Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem po zwolnieniu z więzienia

W Anglii oszacowano, że w 2005 r. 15% z 1506 zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków miało miejsce wśród osób niedawno zwolnionych z więzienia (Department of Health, 2007). Międzynarodowe badania potwierdzają to zwiększone ryzyko zgonu z powodu przypadkowego przedawkowania bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia (np. Farrell i Marsden, 2008). Badania te podkreślają również potrzebę lepszej reakcji na problemy psychiczne i narkotykowe osób opuszczających więzienia.

Według ekspertów z 24 państw poradnictwo więzienne przed opuszczeniem więzienia, dotyczące ryzyka związanego z przedawkowaniem oraz zapobiegania mu, nie występuje w sześciu państwach europejskich. Jest ono dostępne tylko dla nielicznych osób problemowo zażywających narkotyki w dziesięciu państwach oraz dla mniej niż połowy

w kolejnych sześciu. Jedynie we Włoszech i w Luksemburgu usługi te dostępne są dla większości populacji docelowej. Jako że trudno przewidzieć dzień zwolnienia, szczególnie w przypadku osób przebywających w areszcie śledczym, poszerzenie wiedzy na temat ryzyka przedawkowania powinno być najlepiej stale dostępne w więzieniach w celu ograniczenia ryzykownych zachowań.

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów, które wykazało efekt ochronny w warunkach więziennych (Dolan i in., 2005), wydaje się coraz bardziej dostępne w więzieniach w UE, a prawna możliwość rozpoczęcia leczenia substytucyjnego w więzieniu istnieje w 21 krajach (zob. rozdział 2). Możliwość podjęcia tego rodzaju leczenia w więzieniu zmniejsza ryzyko przedawkowania i zgonu po opuszczeniu więzienia, a także obniża ryzyko ponownego pozbawienia wolności (WHO, 2009). Ważne jest jednak, aby usługi zdrowotne w więzieniu oraz społeczne ośrodki leczenia były odpowiednio powiązane, co ma na celu zapobieganie przerwom w ciągłości leczenia.

Rozdział 8

Nowe narkotyki i tendencje

Wprowadzenie

Zażywanie nowych substancji psychoaktywnych oraz nowe schematy zażywania narkotyków mogą mieć istotne implikacje dla zdrowia publicznego i dla polityki. Trudno je jednak wykryć, ponieważ pojawiają się zwykle w niewielkim wymiarze i w specyficznych miejscach lub w zamkniętych podgrupach populacji. Niewiele krajów dysponuje systemami monitorowania, które są wyczułone na nowe zjawiska w zakresie narkotyków, a trudności metodologiczne, jakie stwarza ich wykrycie, są znaczne. Niemniej jednak znaczenie, jakie ma ustalenie potencjalnych nowych zagrożeń, jest powszechnie uznawane. System wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej zapewnia mechanizm szybkiego reagowania na pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych na scenie narkotykowej. Działania wspierające system wczesnego ostrzegania stanowią ważną część prac EMCDDA i wpisują się w szerszą perspektywę stosowania całej gamy różnych źródeł danych w celu doskonalenia europejskiego systemu monitorowania narkotyków, aby poprawić czas i czułość jego odpowiedzi.

Działania dotyczące nowych narkotyków

Decyzja Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych ⁽¹⁵⁷⁾ ustanawia mechanizm szybkiej wymiany informacji na temat nowych substancji psychoaktywnych, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego i dla społeczeństwa (system wczesnego ostrzegania) ⁽¹⁵⁸⁾. Zapewnia również możliwość uruchomienia formalnego procesu oceny ryzyka, którego wyniki mogą doprowadzić do decyzji politycznej, aby nowe substancje kontrolowane były w całej Unii Europejskiej.

Od utworzenia systemu wczesnego ostrzegania w 1997 r. zgłoszono za jego pośrednictwem ponad 90 substancji. Do niedawna duży odsetek zgłoszeń dotyczył fenetylamin i tryptamin. Jednakże w ciągu ostatnich kilku lat pojawiło się wiele bardziej zróżnicowanych substancji. Są wśród nich różnego rodzaju pochodne piperazyny i katynonu,

a także heterogeniczna mieszanka innych substancji, w tym produktów pochodzenia roślinnego, kilka nietypowych środków pobudzających i halucynogenów oraz niektóre produkty lecznicze.

W 2008 r. za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania oficjalnie zgłoszono po raz pierwszy w UE 13 nowych substancji psychoaktywnych. Oprócz nowych narkotyków syntetycznych, które stanowiły 11 nowo zgłoszonych substancji, w grupie tej były dwie rośliny, ale żadnych produktów leczniczych.

Skład chemiczny dwóch zgłoszonych roślin – kratomu i kawy – jest stosunkowo dobrze znany z literatury przedmiotu. Są one tradycyjnie stosowane w innych częściach świata i ich obecność na europejskiej scenie narkotykowej wydaje się być ograniczona.

Większość z tych nowo zgłoszonych związków syntetycznych to substancje psychotropowe zbliżone do ujętych w wykazie I i II Konwencji Narodów Zjednoczonych o substancjach psychotropowych z 1971 r. Z nowych substancji zgłoszonych w 2008 r. mniej – w porównaniu z poprzednimi latami – należy do głównych grup chemicznych: fenetylamin (jedna), tryptamin (dwie) i piperazyn (żadna). Co istotne, sześć z nowo zgłoszonych substancji to pochodne katynonu. Większość nowych substancji syntetycznych ma właściwości pobudzające, natomiast tylko trzy mają działanie halucynogenne.

W 2008 r. za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania po raz pierwszy w historii zgłoszono syntetyczny kannabinoid (JWH-018). Pojawienie się syntetycznych kannabinoidów oznacza najnowsze stadium rozwoju tzw. narkotyków projektowanych, czyli syntetycznie zmodyfikowanych (ang. *designer drugs*): od narkotyków opartych na fentanilu w latach 80., podstawionych w pierścieniu fenetylamin pod koniec lat 80. i tryptamin w latach 90., po pochodne piperazyny i katynonu na początku XXI w. Istnieje ponad sto związków chemicznych działających na receptory kannabinoidów i można założyć, że na scenie narkotykowej będą wciąż pojawiały się nowe substancje z różnych grup

⁽¹⁵⁷⁾ Decyzja Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U. L 127 z 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psychoaktywne rośliny zgłaszane poprzez system wczesnego ostrzegania

W ostatnich latach zgłoszono produkty pochodzące z pięciu roślin psychoaktywnych. Gatunki wykryte przez system wczesnego ostrzegania nie są pod kontrolą międzynarodową, ale mogą być kontrolowane przez państwa członkowskie UE.

Pieprz metystynowy (kava kava, *Piper methysticum*) to krzew używany od wieków na wyspach południowego Pacyfiku do celów obrzędowych. Napar z korzeni tej rośliny działa przeciwlękowo i rozluźniająco. Istnieją jednak obawy, że długotrwałe stosowanie pieprzu metystynowego może prowadzić do uszkodzenia wątroby. Ani roślina, ani jej związki aktywne (kawalaktony) nie są kontrolowane w żadnym państwie członkowskim UE.

Khat składa się z liści i świeżych pędów czuwaliczki jadalnej (*Catha edulis*), krzewu uprawianego w Afryce Wschodniej i na Półwyspie Arabskim. Używany jest jako łagodny środek pobudzający. Zazwyczaj stosowane jest żucie świeżej rośliny. Zawierane przez nią związki aktywne, katynon i katyna, są pod względem chemicznym podobne do narkotyków syntetycznych, takich jak amfetamina i metylokatynon, i są kontrolowane międzynarodowo w ramach Konwencji ONZ z 1971 r. *Catha edulis* kontrolowana jest w 12 państwach członkowskich UE.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) to drzewo występujące w południowo-wschodniej Azji. Liście można żuć, palić lub

parzyć. W małych dawkach ma działanie pobudzające. W większych dawkach kratom ma działanie zbliżone do opiatów i używany był w medycynie ludowej do leczenia bólu i głodu opiatowego. Główne aktywne składniki kratomu to mitragynina, mitrafilina oraz 7-hydroksymitragynina; choć to mitragynina jest zapewne odpowiedzialna za analgetyczne działanie kratomu i łagodzenie skutków głodu opiatowego. Roślina, mitragynina oraz 7-hydroksymitragynina kontrolowane są w Danii, natomiast na Litwie kontrolowana jest roślina i mitragynina.

Szałwia wieszcza (*Salvia divinorum*) to roślina wieloletnia występująca w południowym Meksyku, gdzie, ze względu na właściwości halucynogenne, jest tradycyjnie używana do celów obrzędowych. Główny składnik aktywny, salwinoryna A, to silny agonista receptora opioidowego kappa. Sposoby rekreacyjnego zażywania szalwii wieszczej obejmują żucie liści, palenie lub umieszczanie pod językiem skoncentrowanego ekstraktu, który wydaje się mieć intensywne działanie. Spożycie liści lub nasion rośliny daje dłuższy, ale mniej intensywny efekt. *Salvia divinorum* lub jej aktywne składniki kontrolowane są w sześciu państwach członkowskich i Chorwacji.

Powój hawajski (*Argyreia nervosa*) to pnąca roślina wieloletnia. Jej nasiona zawierają aktywny składnik – amid kwasu D-lizergowego (LSA, zwana również erginą), substancję blisko spokrewnioną z LSD, i mogą mieć łagodne działanie halucynogenne. LSA kontrolowana jest jako narkotyk w Irlandii i Zjednoczonym Królestwie.

chemicznych. Sytuacja ta stanowi ciągłe wyzwanie dla organów zdrowia publicznego i organów ścigania, zarówno jeśli chodzi o sądową i toksykologiczną identyfikację nowych substancji, jak i szybką ocenę ryzyka oraz, w razie konieczności, wprowadzenie środków kontroli.

„Spice” i powiązane kannabinoidy syntetyczne

Produkty sprzedawane w Internecie i w niektórych sklepach specjalistycznych pod nazwą „spice” (pol. przyprawa) dostępne są przynajmniej od 2006 r. Choć „spice” może być reklamowany jako kadzidło, niektóre osoby zażywające go opisują działanie w przypadku palenia jako podobne do konopi indyjskich. Na skutek sprawozdania ze Szwecji system wczesnego ostrzegania od początku 2008 r. monitoruje produkty określone jako „spice”.

Informacja na opakowaniu „spice” wskazuje na to, że produkt składa się nawet z 14 składników pochodzenia roślinnego. Chociaż co najmniej dwa ze składników – *Pedicularis densiflora* i *Leonotis leonurus* – mogą mieć działanie psychoaktywne, niewiele wiadomo o farmakologicznych i toksykologicznych właściwościach

materiałów roślinnych rzekomo zawartych w produktach „spice”. Nie można więc definitywnie stwierdzić, jakie jest potencjalne zagrożenie dla zdrowia lub możliwe efekty psychoaktywne tych produktów. W informacjach o produkcie nie wymieniono żadnych składników syntetycznych.

W 2008 r. produkty „spice”, a także rozmaite inne mieszanki ziołowe, można było zakupić w sklepach internetowych oraz w sklepach z „legalnymi dopalaczami” co najmniej w 9 państwach członkowskich EU (Republika Czeska, Niemcy, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Austria, Polska, Portugalia, Zjednoczone Królestwo).

W celu identyfikacji psychoaktywnych składników „spice” państwa członkowskie rozpoczęły szeroko zakrojone sądowe badania naukowe. W grudniu 2008 r. w Niemczech i Austrii wykryto syntetyczny kannabinoid JWH-018⁽¹⁵⁹⁾. Struktura chemiczna JWH-018 różni się znacznie od struktury tetrahydrokannabinolu (THC), głównego składnika aktywnego we wszystkich produktach otrzymywanych z konopi indyjskich. U zwierząt doświadczalnych JWH-018 wywołuje takie same efekty jak THC, przy czym stwierdzono, że ma od niego większą siłę działania. Na początku 2009 r. wykryto w próbkach

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-ylo-(1-pentylindol-3-ylo)metanon.

„spice” w Europie drugi syntetyczny kannabinoid, CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾, oraz trzy jego homologi.

Syntetyczne kannabinoidy wykryto jedynie w ograniczonej liczbie próbek, w różnych ilościach. Wygląda na to, iż syntetyczne substancje dodano potajemnie, ponieważ informacje na opakowaniu produktów „spice” wspominają jedynie o składnikach roślinnych.

Substancje JWH-018 i CP 47,497 i jej homologi nie były do tej pory znane jako powszechnie zażywane środki psychoaktywne. Należy więc określić, czy istnieje określony popyt na te substancje oraz czy konieczne są dalsze działania, przewidziane decyzją Rady 2005/387/WSiSW.

W odpowiedzi na potencjalne obawy zdrowotne pięć państw członkowskich podjęło różnego rodzaju działania

prawne w celu zakazania produktów „spice” i powiązanych związków lub kontrolowania ich w inny sposób. W Niemczech wykorzystano wyjątkowe przepisy antynarkotykowe w celu objęcia roczną kontrolą pięciu syntetycznych kannabinoidów wykrytych w „spice”. We Francji sześć syntetycznych kannabinoidów znalezionych w produktach „spice” zaklasyfikowano jako narkotyki. W Austrii wykorzystano ustawę o lekach, aby zakazać importu i sprzedaży na terenie kraju mieszanek do palenia, zawierających te sześć syntetycznych kannabinoidów. W Luksemburgu zdecydowano się na objęcie kontrolą różnych syntetycznych kannabinoidów jako substancji psychotropowych. Polska zmieniła prawo narkotykowe, obejmując kontrolą JWH-018 i dwa z domniemanych składników ziołowych „spice”.

Krajowe procedury oceny ryzyka

W 2008 r. EMCDDA przeprowadziło badania nad różnymi krajowymi procedurami prawnymi dotyczącymi umieszczanie nowych substancji pod kontrolą prawodawstwa antynarkotykowego, czasu trwania takiej procedury oraz tego, czy ma miejsce procedura oceny ryzyka. W 26 przebadanych krajach widoczne są trzy różne podejścia do oceny ryzyka. W sześciu krajach nie wykonuje się oceny ryzyka. Ogólnie rzecz biorąc, kraje te polegają na ocenach ryzyka wykonywanych na szczeblu międzynarodowym lub europejskim. W siedmiu państwach krajowa ocena ryzyka może być przeprowadzana doraźnie, gdy jest to konieczne. W 13 krajach ocena ryzyka odbywa się w przypadku rozpatrywania czy dana substancja ma być kontrolowana, albo na podstawie przepisów antynarkotykowych lub ich odpowiedników, lub też w ramach wymaganej procedury tworzenia projektów nowych aktów prawnych.

Poziomy wykrytych zagrożeń nie będą miały wpływu na szybkość procedury legislacyjnej w 12 z 20 krajów, które mogą przeprowadzać własną ocenę ryzyka. W czterech krajach (Niemcy, Luksemburg, Słowacja, Szwecja) możliwa jest przyspieszona procedura legislacyjna, jeśli poziom ryzyka oceniony zostanie jako wysoki. We Francji, Austrii i Norwegii w pilnych przypadkach skrócona zostanie procedura samej oceny ryzyka. W Niemczech dostępne są obie możliwości.

W 16 państwach krajowe oceny ryzyka wykonywane są przez grupę ekspertów w ramach administracji publicznej, odpowiednie ministerstwo lub agencję państwową lub rządową. Sześć krajów konsultuje się lub może konsultować się z niezależnymi naukowcami, jeśli występuje taka potrzeba. W trzech krajach zaś (Niderlandy, Austria, Zjednoczone Królestwo) oceny ryzyka dokonują niezależne ośrodki naukowe.

Więcej informacji można znaleźć w sprawozdaniach prawnych ELDD (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

Internet – miejsce handlu substancjami psychoaktywnymi

Internet stał się nowym rynkiem substancji psychoaktywnych, dając sprzedawcom detalicznym możliwość oferowania sprzedaży alternatyw dla kontrolowanych narkotyków dużej liczbie klientów. Rynek internetowy w konsekwencji umożliwia rozpowszechnianie nowych substancji psychoaktywnych. Monitorowanie go jest coraz istotniejszym elementem identyfikacji nowych tendencji dotyczących narkotyków. Szczególnie ważne jest skupienie się na zagrożeniach związanych z oferowanymi substancjami. Informacji o nowych produktach potrzebują zarówno użytkownicy, jak i specjaliści, w tym kliniczni toksykolodzy, specjaliści w zakresie kontrolowania trucizn oraz inne osoby zajmujące się narkotykami.

W celu ustalenia aktualnych zjawisk na internetowym rynku narkotyków EMCDDA przeprowadza coroczne badania wyrywkowe. W 2009 r. przebadano łącznie 115 sklepów internetowych. Na podstawie kodów domen krajów i innych informacji zamieszczonych na stronach internetowych można sądzić, że sklepy te znajdują się w 17 krajach europejskich. Większość ze zidentyfikowanych internetowych punktów sprzedaży detalicznej ma siedzibę w Zjednoczonym Królestwie (37%), Niemczech (15%), Niderlandach (14%) i Rumunii (7%).

W przeciwieństwie do 2008 r. w 2009 r. grzyby halucynogenne zawierające psylocynę i psylocybinę nie były dostępne w żadnym z przebadanych sklepów internetowych. Jednakże cztery internetowe punkty sprzedaży detalicznej, posiadające siedzibę we Francji i w Niderlandach, oferowały sklerocja – stwardniałą

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimetyloetylo)-2-[(1R,3S)-3-hydroksycykloheksylo]-fenol.

grzybnie halucynogennych grzybów *Psilocybe mexicana* i *Psilocybe tampanensis*.

Wśród nowych produktów sprzedawanych w 2009 r. znajduje się wiele produktów ziołowych przeznaczonych do palenia oraz „tabletki imprezowe”, zawierające nowe, legalne alternatywy dla benzylopiperazyny (BZP). Sklepy coraz bardziej skupiają się również na produktach do wciągania przez nos i proszkach ziołowych.

Produkty „spice”⁽¹⁶¹⁾ oferowano w 48% przebadanych punktów sprzedaży detalicznej. Podczas gdy sklepy internetowe sprzedające „spice” mieściły się w 14 różnych krajach europejskich, ponad dwie piąte z nich miały siedzibę w Zjednoczonym Królestwie (42%), a znaczna ich liczba także w Irlandii, na Łotwie i w Rumunii.

Obawy dotyczące produktów „spice” doprowadziły do podjęcia przez niektóre kraje kroków prawnych mających na celu zakazanie lub objęcie kontrolą tych substancji. Do marca 2009 r. produkty „spice” wycofano ze sklepów internetowych z siedzibą w Niemczech, Austrii i we Francji.

W 2009 r. na rynku internetowym zaczęły pojawiać się mieszanki do palenia stanowiące alternatywę dla „spice”. Przebadane punkty sprzedaży detalicznej oferowały co najmniej 27 różnych mieszanek ziołowych do palenia jako środki zastępujące „spice”. Produkty te reklamowano jako zawierające składniki roślinne, chociaż niektóre z nich zawierają również grzyb halucynogeny *Amanita muscaria*. Wśród alternatyw dla „spice” oferowanych w Austrii i Niemczech jest kilka mieszanek ziołowych do palenia sprzedawanych jako „odświeżacze powietrza” lub kadzidła. Szybkie pojawienie się produktów zastępujących „spice” zwraca uwagę na zdolność tego rynku do szybkiego reagowania na zmiany w statusie prawnym substancji psychoaktywnych, często poprzez wprowadzenie na rynek nowych substancji.

Jako że BZP stała się przedmiotem działań kontrolnych ze strony państw członkowskich UE, substancja ta nie może być już używana w tabletkach imprezowych sprzedawanych jako legalne alternatywy dla ekstazy. Na początku 2009 r. wiele sklepów internetowych sprzedawało tego typu tabletki niezawierające BZP. Na przykład sklepy internetowe w Irlandii, Polsce i Zjednoczonym Królestwie oferowały „tabletki retro”, które zawierają podobno p-fluorofenylopiperazynę (pFPP), substancję opisywaną jako mającą lekkie działanie halucynogenne i silne efekty euforyczne.

Produkty wchłaniane przez śluzówkę nosa reklamowane są jako alternatywa dla kontrolowanych narkotyków, takich jak kokaina czy amfetaminy. Produkty te rzekomo zawierają kofeinę i szereg innych składników pochodzenia roślinnego, np. *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* i *Tilia europea*.

Obserwacje substancji

Piperazyny

W 2007 r. sprawozdanie EMCDDA i Europolu na temat aktywnego monitorowania mCPP (1-(3-chlorofenilo) piperazyny) wykazało, że nie jest ona szczególnie popularna wśród osób zażywających i raczej nie stanie się powszechnie zażywanym narkotykiem rekreacyjnym. Jednakże w 2008 r. mCPP nadal była najszerzej dostępnym nowym narkotykiem syntetycznym na rynku narkotyków nielegalnych, przy czym występowała osobno lub w połączeniu z MDMA. Dowodzi tego zarówno liczba konfiskat, jak i ilość skonfiskowanej substancji zgłoszonej EMCDDA i Europolowi. Nie jest jasne, czy substancja używana jest w celu wzmocnienia lub naśladowania niektórych efektów MDMA, czy też może po prostu jako rozcieńczalnik. Ponieważ jednak w większości państw członkowskich mCPP nie jest substancją kontrolowaną, prawdopodobnie liczba konfiskat jest niedoszacowana.

Dnia 3 marca 2008 r. Rada postanowiła, że państwa członkowskie podjąć mają niezbędne środki, zgodne z prawem krajowym, w celu objęcia BZP środkami kontroli proporcjonalnymi do zagrożenia związanego z tą substancją oraz sankcjami karnymi przewidzianymi przez ich ustawodawstwo krajowe na mocy ich zobowiązań wynikających z Konwencji Narodów Zjednoczonych o substancjach psychotropowych z 1971 r.⁽¹⁶²⁾ Państwa członkowskie mają jak najszybciej podjąć starania w tym względzie, ale nie później niż rok od daty decyzji. W czasie przygotowywania niniejszego sprawozdania 17 państw członkowskich⁽¹⁶³⁾ zgłosiło, że objęły BZP kontrolą.

GHB/GBL i ketamina

W Europie kwas gamma-hydroksymasłowy (GHB) i ketamina pozostają pod nadzorem od 2000 r., gdy w ramach wspólnej akcji dotyczącej nowych narkotyków syntetycznych dokonano oceny ryzyka tych substancji (EMCDDA, 2002).

⁽¹⁶¹⁾ Zob. „Spice» i powiązane kannabinoidy syntetyczne”, str. 102.

⁽¹⁶²⁾ Decyzja Rady 2008/206/WSiSW z dnia 3 marca 2008 r. dotycząca uznania 1-benzylopiperazyny (BZP) za nową substancję psychoaktywną, którą należy objąć środkami kontroli i sankcjami karnymi.

⁽¹⁶³⁾ Belgia, Dania, Niemcy, Estonia, Irlandia, Grecja, Francja, Włochy, Cypr, Litwa, Luksemburg, Malta, Węgry, Portugalia, Słowacja, Szwecja i Finlandia; a także Chorwacja, Turcja oraz Norwegia.

Niewiele krajów zgłasza dane dotyczące rozpowszechnienia GHB i ketaminy, zaś zgłoszone szacunki pozostają dużo niższe niż w przypadku innych nielegalnych narkotyków. Zmiany sytuacji trudno jest ocenić ze względu na pochodzenie danych o rozpowszechnieniu z nieprobabilistycznych próbek o ograniczonej porównywalności w czasie i pomiędzy próbkami. Holenderskie badanie Trendwatch wykazało nieznaczny wzrost zażywania GHB w konkretnych sieciach i regionach w Niderlandach w 2007 r., ale zarówno GHB, jak i ketamina są stosowane rzadziej niż inne narkotyki rekreacyjne i zwykle dzieje się tak w ukrytych populacjach, w domu lub na imprezach. W przeciwieństwie do obserwowanego w poprzednich latach wzrostu najnowsze statystyki dotyczące nagłych wypadków związanych z GHB w Amsterdamie wykazują wyraźny spadek – z 444 przypadków w 2006 r.

do 110 w 2007 r. W badaniu przeprowadzonym w szpitalu w Londynie w 2006 r. zgłoszono 58 nagłych przypadków związanych z zażywaniem ketaminy i tyle samo w 2007 r. W przypadku większości zgłoszeń związanych z ketaminą narkotyk ten był zażywany razem z innymi narkotykami, zaś tylko w 11% zażywano ją samą. Żaden z tych przypadków nie wymagał przyjęcia na intensywną terapię (Wood i in., 2008).

Przeprowadzone w 2007 r. badania ankietowe ESPAD w szkołach dostarczą najnowszych danych dotyczących zażywania GHB wśród 15- i 16-letnich uczniów w całej Europie. Wśród uczniów przebadanych w 26 państwach UE oraz Norwegii i Chorwacji wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia GHB wynosi od 0 do 3%, choć w większości krajów odnotowano wskaźnik na poziomie 1% lub niższym.



Bibliografia

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londyn (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. i Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. i Jenner, L. (red.) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (wyd. drugie), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. i in. (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project”, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, str. 88–100.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M. i in. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, str. 198–202.
- Cherny, N.I., Catane, R. i Kosmidis, P.A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering”, *Annals of Oncology* 17, str. 885–887.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komisja ds. Środków Odurzających, Organizacja Narodów Zjednoczonych: Rada Gospodarcza i Społeczna, Wiedeń.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. i in. (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose”, *Academic Emergency Medicine* 14, str. 616–623.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. i in. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 211–213.
- Darke, S. i Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, str. 1383–1394.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. i in. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, str. 1954–1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Bruksela.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Londyn (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review”, *Journal of Drug Issues* 37, str. 827–844.
- Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, Bruksela (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, Bruksela (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. i in. (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, *Addiction* 100, str. 820–828.
- ECDC i Biuro Regionalne WHO dla Europy (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm.

- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. i in. (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update”, *Substance Abuse* 29, str. 31–49.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. i in. (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution”, *Addictive Behaviours* 31, str. 519–530.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2005), *Co-morbidity: drug use and mental disorders*, *Drugs in focus* nr 14, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, *Selected issue*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, *Selected issue*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, *Selected issue*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, *Drugs in focus* nr 16, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2007c), *Drugs and driving*, *Zagadnienia wybrane*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, *Monograph* No 8, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2008b), *Sprawozdanie roczne 2008: stan problemu narkotykowego w Europie*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, *Selected Issue*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, *Technical datasheet*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EMCDDA (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, *Selected issue*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, *Insights* No 10, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- EMCDDA (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, *Thematic papers*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) (2006), *The CPT standards – ‘substantive’ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haga.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haga.
- Farrell, M. i Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales”, *Addiction* 103, str. 251–255.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londyn.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. i in. (2007), „Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection”, *International Journal of Drug Policy* 18, 437–443.
- Hall, W. i Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis”, *Lancet* 352, str. 1611–1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. i Razc, J. (red.) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. i Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, str. 503–517 (DOI:10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. i in. (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people”, *BMJ* 330, str. 11.

- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. i in. (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction”, *Substance Use Misuse* 43, str. 1464–1475.
- Hibell, B. i in. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Szwedzka Rada ds. Informacji na temat Alkoholu i Innych Narkotyków (CAN) i Grupa Pompidou Rady Europy.
- Hoare, R. i Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londyn.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. i in. (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths”, *American Journal of Public Health* 98, str. 2229–2236.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Organizacja Narodów Zjednoczonych: Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających, Nowy Jork.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Organizacja Narodów Zjednoczonych: Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających, Nowy Jork.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. i in. (red.) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. i Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Komisja Europejska (2007), „Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie realizacji zalecenia Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków”, COM(2007) 199 wersja ostateczna (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0199:FIN:PL:PDF>).
- Komisja Europejska (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20–21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Komisja Europejska (2008b), „Young people and drugs among 15–24 year-olds”, *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Korf, D. (red.) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Grupa Pompidou, Pabst Science Publishers, Lengerich, Niemcy.
- Loftis, J.M., Matthews, A.M. i Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management”, *Drugs* 66, str. 155–174.
- McCambridge, J., Slym, R.L. i Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, str. 1819–1820.
- McIntosh, J., Bloor, M. i Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment”, *Addiction Research and Theory* 16, str. 37–45.
- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. i Cottler, L.B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups”, *Addictive Behaviors* 34, 223–226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. i in. (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America’s first medically-supervised safer injection facility”, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovska, L., Řehan, V. i Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study”, *Československá Psychologie* 103 (Suplement 51), str. 109–118 (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. i Lang, J.P. (2007), „Prise en charge de l’hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues” [Management of hepatitis C among drug user patients], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, str. 51–55.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londyn.
- Nordstrom, B.R. i Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, str. 331–342.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005–2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryż.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. i in. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life”, *Addiction* 103, str. 439–449.
- Piontek, D., Kraus, L. i Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, str. 25.

- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. i in. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, str. 147–155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. i Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, str. 502–506.
- Roesner, S. i Kufner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)”, *Sucht* 54 (Supplement 1), str. 65–77.
- Rosenberg, H., Melville, J. i McLean, P.C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services”, *Addiction* 97, str. 59–65.
- Rząd Szkocji (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, badania społeczne rządu Szkocji (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. i in. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. i Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, str. 963–968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. i in. (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, w *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Strang, J. i Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales”, *Addiction* 92, str. 833–838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. i in. (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses”, *Addiction* 103, str. 1648–1657.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. i Gill, O.N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis”, *Journal of Viral Hepatitis* 15, str. 797–808.
- Swift, W., Hall, W. i Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 309–318.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. i in. (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention”, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. i in. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence”, *American Journal of Psychiatry* 164, str. 160–162.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. i Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryż.
- UNODC (2009), *World drug report*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- UNODC i rząd Maroka (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Wiedeń.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, w Cools, M. i in. (red.), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpia.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. i in. (w druku), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis”, *Addiction*.
- Wagner, F.A. i Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, str. 479–488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. i Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 'Je bent niet gek als je niet blowt'*, Trimbos Institute, Utrecht.
- WCO (2008), *Customs and drugs report 2007*, Światowa Organizacja Celna, Bruksela.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Biuro Regionalne WHO dla Europy, Kopenhaga (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. i in. (2008a), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the

general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability”, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).

Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. i in. (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East”, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).

Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. i Dargan, P.I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED”, *Clinical Toxicology* 46, str. 630.

Zachrisson, H.D., Rödje, K. i Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Sprawozdanie roczne 2009: stan problemu narkotykowego w Europie

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej

2009 – 111 str. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-392-5

Jak otrzymać publikacje UE

Publikacje płatne:

- w EU Bookshop (internetowa księgarnia UE) – <http://bookshop.europa.eu>
- w księgarniach (podając tytuł, wydawcę lub numer ISBN)
- bezpośrednio u naszych przedstawicieli handlowych
Dane kontaktowe przedstawicieli handlowych można uzyskać na stronie <http://bookshop.europa.eu> lub wysyłając faks na numer +352 2929-42758.

Publikacje bezpłatne:

- w EU Bookshop (internetowa księgarnia UE) – <http://bookshop.europa.eu>
- w przedstawicielstwach lub delegaturach Komisji Europejskiej
Dane kontaktowe przedstawicielstw i delegatur można uzyskać na stronie <http://ec.europa.eu> lub wysyłając faks na 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 rzeczowe, obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Dostarcza odbiorcom oparty na dowodach obraz zjawiska narkomanii na szczeblu europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są cennym źródłem informacji dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów i badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów i masowego odbiorcy.

Sprawozdanie roczne to ważny przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA, stanowi publikację źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.



Urząd Publikacji

