



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

ISSN 1830-0790

SPRAWNOZDANIJE ROCZNE 2006

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWNOZDANIJE ROCZNE 2006

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

Nota prawna

Niniejsza publikacja Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA publikacja E) 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 Unii Europejskiej czy innych instytucji lub organów Unii Europejskiej lub Wspólnot Europejskich.

Wiele dodatkowych informacji na temat Unii Europejskiej znajduje się w Internecie. Dostęp do nich jest możliwy poprzez serwer Europa (<http://europa.eu.int>).

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

Oto numer bezpłatny (*):
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: hiszpańskim, czeskim, duńskim, niemieckim, estońskim, greckim, angielskim, francuskim, włoskim, łotewskim, litewskim, węgierskim, niderlandzkim, polskim, portugalskim, słowackim, słoweńskim, fińskim, szwedzkim, bułgarskim, rumuńskim, tureckim i norweskim. Wszystkie tłumaczenia wykonało Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej. Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2006

ISBN 92-9168-259-4

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2006

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła informacji.

Printed in Belgium

DRUK NA PAPIERZE BIAŁYM BEZCHLOROWYM



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

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

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

Spis treści

Wprowadzenie	5
Podziękowania	7
Informacje wstępne	9
Komentarz: problem narkotykowy w Europie	11
Rozdział 1	
Polityka i prawo	17
Rozdział 2	
Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie	27
Rozdział 3	
Konopie indyjskie	37
Rozdział 4	
Amfetaminy, ecstasy i inne środki psychotropowe	47
Rozdział 5	
Kokaina i crack	58
Rozdział 6	
Zażywanie opiatów i narkotyków dożylnych	66
Rozdział 7	
Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami	75
Rozdział 8	
Poprawa monitorowania problemowego zażywania narkotyków i zażywania wielu narkotyków	89
Bibliografia	95



Wprowadzenie

Mamy przyjemność przedstawić Państwu jedenaste roczne sprawozdanie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, w tym roku dostępne w 23 językach europejskich. Patrząc wstecz na sprawozdania wydane przez agencję w ubiegłych latach, trudno nie dostrzec zwiększenia poziomu szczegółowości obecnie dostępnych informacji odzwierciedlających bardziej złożoną sytuację zarówno pod względem wykorzystania nielegalnych narkotyków w Europie, jak i sposobu reakcji Europy na problem narkotykowy.

Zakres informacji dostępnych w celu wsparcia naszej analizy znacznie się zwiększył. Tegoroczne sprawozdanie oparte jest na danych z 25 państw członkowskich UE i Norwegii, a także, w miarę dostępności, z Bułgarii, Rumunii i Turcji. Wzrosła nie tylko liczba państw dostarczających informacje, ale nieustannie rośnie też ilość porównywalnych informacji udostępnionych przez każde z nich. Informacje te dają nam o wiele bardziej szczegółowy niż dotychczas obraz sytuacji narkotykowej w Europie i jej dynamikę. Do zadań EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) należy badanie tej złożoności i czerpanie korzyści z obustronnych doświadczeń oraz komentowanie różnic. Poprzez inwestowanie w gromadzenie danych i uczestniczenie w pracach Centrum Monitorowania nasze państwa członkowskie rozumiały, że dzisiejsze problemy ich sąsiadów mogą wkrótce stać się ich problemami. Ten element uświadamiania został wprowadzony do nowej strategii narkotykowej UE i towarzyszących jej planów działania popartych porozumieniem w sprawie istoty gromadzenia i udostępniania informacji, potrzebą identyfikacji i rozpowszechniania dobrej praktyki, a także wartości współpracy i skoordynowanego działania w odpowiedzi na wspólne zagrożenie narkotykami dla zdrowia, samopoczucia i bezpieczeństwa naszych obywateli.

Refleksja nad dostępnymi informacjami przypomina nam również o potrzebie ciągłej ostrożności i o niebezpieczeństwie spoczęcia na laurach. Niniejsze sprawozdanie zawiera ostrzeżenia przed zagrożeniem zakażeniem HIV i śmiercią w wyniku przedawkowania narkotyków. Niemniej w Europie włożono ogromy wysiłek w rozwiązanie tego rodzaju problemów, a konkretne

efekty widać gołym okiem. Oznacza to, że decydenci europejscy musieli dokonać trudnych wyborów i dokonali ich po uważnym zbadaniu dostępnych dowodów. Taka perspektywa polityki powinna zyskać uznanie. Jeśli chodzi o zrównoważone podejście oparte na dowodach, globalna dyskusja na temat problemu narkotykowego nie jest pozbawiona elementu retorycznego. W Europie — być może bardziej niż gdzie indziej — retoryka ta stała się rzeczywistością. Pomimo różnic między państwami członkowskimi w szczegółach dotyczących problemów narkotykowych, z którymi się stykają, oraz w kwestii priorytetów działania, istnieje porozumienie co do istoty wymiany informacji i współpracy mającej na celu ograniczenie dostępu do narkotyków, jak i co do potrzeby zrównoważenia działań mających na celu ograniczenie dostaw wraz ze środkami ograniczającymi popyt. Coraz bardziej krystalizuje się porozumienie w sprawie potrzeby kierowania się dowodami przy dokonywaniu trudnych wyborów dotyczących programów i działań w interesie naszych obywateli. To europejskie podejście znajduje odzwierciedlenie w nowej strategii europejskiej, ale również w krajowych strategiach narkotykowych przyjętych przez państwa członkowskie, w silniejszym i bardziej zjednoczonym głosie Europy w tej sprawie i w pracach EMCDDA, gdyż staramy się jak najlepiej odegrać naszą rolę w ułatwianiu podejmowania kompetentnych decyzji poprzez dostarczanie bezstronnej i rygorystycznej pod względem naukowym analizy informacji na temat zjawiska narkotykowego w Europie.

Zażywanie narkotyków jest złożonym problemem, którego nie da się rozwiązać w prosty sposób. Jednakże z europejskiego doświadczenia można wysnuć jeden wyraźny wniosek — nauczyliśmy się, że współpraca nie tylko jest możliwa, ale jest też niezbędna, jeżeli pragniemy znaleźć skuteczną odpowiedź na wyzwania rzucone nam przez stosowanie nielegalnych narkotyków.

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 danych pierwotnych do niniejszego sprawozdania we wszystkich państwach członkowskich,
- członkom Zarządu i Komitetu Naukowego EMCDDA,
- Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej — w szczególności jej Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków — oraz Komisji Europejskiej,
- Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control — ECDC) i Europolowi,
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości, Europejskiemu Biuru Światowej Organizacji Zdrowia, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i Innych Używkach (Council for Information on Alcohol and other Drugs — CAN) oraz Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS,
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej oraz Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich,
- Prepress Projects Ltd.

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

Reitox jest europejską siecią informacji o narkotykach i uzależnieniu od narkotyków. W skład sieci wchodzić krajowe punkty kontaktowe w państwach członkowskich UE, w Norwegii, w 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/?nnodeid=1596>.



Informacje wstępne

Niniejsze sprawozdanie roczne sporządzono na podstawie informacji udostępnionych Centrum EMCDDA przez państwa członkowskie UE, państwa kandydujące oraz Norwegię (biorącą udział w pracach EMCDDA od 2001 r.) w postaci sprawozdań krajowych. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2004 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.

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

Biuletyn statystyczny za 2006 r. (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) zawiera pełny zestaw tabel źródłowych, na których oparta jest analiza statystyczna. Ponadto w wersji elektronicznej zawarto dodatkowe informacje dotyczące zastosowanej metodologii oraz ponad 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

Charakterystyki danych krajowych (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) przedstawiają najwyższej jakości podsumowanie graficzne kluczowych aspektów sytuacji w zakresie narkotyków w poszczególnych krajach.

Do sprawozdania dołączono trzy dogłębne analizy następujących zagadnień:

- europejska polityka antynarkotykowa: czy wykroczy poza nielegalne narkotyki;
- podejście do zażywania narkotyków i reakcji na problemy narkotykowe z perspektywy pfcii;
- postępowanie w walce ze stosowaniem narkotyków w obiektach rozrywkowych.

Wybrane zagadnienia są dostępne w wersji drukowanej i w Internecie wyłącznie w języku angielskim (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

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



Komentarz: problem narkotykowy w Europie

Nowe europejskie struktury koordynacji i współpracy

Chociaż formułowanie polityki antynarkotykowej należy do prerogatyw poszczególnych państw członkowskich UE, obecnie istnieje duże przekonanie o korzyściach, które mogą płynąć ze współpracy na szczeblu europejskim. Tendencję tę można zaobserwować na przykładzie wprowadzanych ostatnio zmian mających na celu wspieranie koordynacji i współpracy. Zalicza się do nich wejście w życie dwóch nowych rozporządzeń UE w sprawie prekursorów oraz decyzji Rady dotyczącej nowych narkotyków. Ponadto wzmocniono działania przeciwko handlowi narkotykami, wprowadzając nowe instrumenty prawne w zakresie prania brudnych pieniędzy i konfiskaty mienia. Jednak głównym czynnikiem kształtującym europejską współpracę i przyszłe działania w kwestii narkotyków jest nowa strategia antynarkotykowa Unii Europejskiej na lata 2005–2012 oraz towarzyszące jej plany działań. W pierwszym z nich wymieniono około 100 działań specjalnych, których wdrożenie państwa członkowskie UE planują do 2008 r. Przewidziany jest ciągły program oceny strategii, wraz z dorocznym przeglądem poczynionych postępów i oceną wpływu pod koniec każdego okresu realizacji planu działań.

Strategię można uznać za europejskie porozumienie w sprawie rozwiązywania problemu narkotykowego. Widać wyraźne zaangażowanie wobec stosowania zrównoważonego podejścia, które łączy środki wpływające zarówno na popyt, jak i na podaż. Powszechnie uznaje się także potrzebę wyboru działań na podstawie ich sprawdzonej skuteczności oraz konieczność systematycznej oceny postępów. Nadal istnieją znaczne różnice w polityce państw członkowskich, często odzwierciedlające odmienny stan problemów narkotykowych i zróżnicowane sposoby reagowania. Niemniej jednak nowa strategia antynarkotykowa świadczy o tym, że w europejskiej debacie politycznej na ten temat daje się dostrzec coraz lepsze porozumienie w kwestii wspólnych ram działania. Na przykład praktycznie wszystkie strategie ograniczenia popytu obejmują elementy profilaktyki, leczenia i ograniczenia szkód zdrowotnych, choć w poszczególnych państwach członkowskich przykładają się do nich różną wagę. Niektóre rozwiązania polityczne nadal wywołują ożywioną dyskusję — ogólnie jednak panuje szerokie porozumienie w sprawie fundamentalnych założeń leżących u podstaw europejskich metod przeciwdziałania problemom narkotykowym.

Zażywanie narkotyków i ich podaż: pojęcia coraz częściej rozróżniane

Utrzymująca się tendencja, którą odzwierciedlają także informacje z bieżącego roku, polega na wprowadzaniu

zmian w krajowych przepisach prawa antynarkotykowego, tak aby większy nacisk położyć na rozróżnienie między wykroczeniami związanymi z posiadaniem narkotyków na własny użytek a handlem narkotykami i ich rozprowadzaniem. Ogólnie rzecz biorąc, jest to zmiana w kierunku zwiększenia kar za ten drugi rodzaj przestępstw oraz ograniczenia kar pozbawienia wolności za posiadanie narkotyków na użytek własny. Takie działania są zgodne z coraz powszechniejszym w Europie naciskiem na poszerzenie możliwości leczenia uzależnień od narkotyków i interwencje, których celem jest kierowanie osób z problemami narkotykowymi na terapię i rehabilitację przez organy wymiaru sprawiedliwości. W krajach, w których prawo rozróżnia posiadanie narkotyków na użytek własny od ich posiadania w celu sprzedaży, powstaje pytanie o potrzebę ustanowienia przepisów określających limity ilości narkotyków przeznaczonych na użytek własny. W tej sprawie nie osiągnięto jeszcze porozumienia i w Europie stosuje się różne podejścia — od wydawania ogólnych wskazówek operacyjnych do określania w przepisach dopuszczalnych limitów.

Zażywanie heroiny: istotny fragment szerszego problemu

Dane przedstawione w niniejszym sprawozdaniu wskazują, że w całej Europie należy poszerzyć spojrzenie na problem narkotykowy, zawężane zwyczajowo do zażywania i wstrzykiwania heroiny, ze względu na coraz popularniejsze zażywanie więcej niż jednego narkotyku oraz stymulantów, a także powszechne zażywanie konopi indyjskich, które ma coraz większy wpływ na zdrowie publiczne. Niemniej jednak w wielu krajach opiaty (zwłaszcza heroina) to nadal główne narkotyki, z których powodu pacjenci zgłaszają się na leczenie. Odsetek takich zgłoszeń wynosił w 2004 r. około 60% — nieco ponad połowa pacjentów (53%) wśród nich przyznała się do przyjmowania narkotyków dożylnie.

Prawie 25% wniosków o leczenie uzależnień od opiatów pochodziło od osób w wieku powyżej 35 lat, a tylko 7% pacjentów zgłaszających się na terapię po raz pierwszy nie ukończyło 20 lat. Należy zwrócić uwagę, że dane dotyczące zgłoszeń na leczenie odzwierciedlają liczbę pacjentów rozpoczynających leczenie w roku sprawozdawczym i nie uwzględniają osób kontynuujących terapię. W związku z tym liczba osób poddanych leczeniu jest znacznie wyższa. Ujawniony w ubiegłych latach w całej Europie duży wzrost przypadków leczenia zastępczego z uzależnień narkotykowych oznacza, że system leczenia obejmuje rosnącą i starzejącą się populację osób zażywających heroinę, które prawdopodobnie wymagają opieki i pozostaną głównymi konsumentami zasobów przez wiele kolejnych lat.

Heroinę zażywaną w Europie wytwarza się przede wszystkim w Afganistanie. W Europie nadal konfiskuje się największe ilości heroiny na świecie. W wyniku zwiększonych konfiskat w krajach Europy Południowo-Wschodniej (szczególnie w Turcji), w regionie tym przejęto ilościowo więcej tego narkotyku niż w Europie Zachodniej i Środkowej. Ta tendencja wzrostowa w liczbie konfiskat heroiny nie tylko uwypukla znaczenie skoordynowanych działań przeciwko handlowi narkotykami na szerszym poziomie europejskim, ale również nasuwa istotne pytania o wpływ zwiększonej produkcji heroiny na rynek europejski. Brak jest wyraźnych prawidłowości, jeśli chodzi o średnią czystość heroiny, natomiast ceny w 5-letnim okresie (1999–2004), z uwzględnieniem współczynnika inflacji, wykazywały w większości krajów tendencję spadkową. Jednakże, chociaż w Europie heroina staje się łatwiej dostępna i tańsza, nie ma na razie dowodów na to, że ma to wpływ na ogólny poziom jej spożycia. Z ogólnych wskaźników wynika, że na naszym kontynencie maleje liczba przypadków sięgania po heroinę po raz pierwszy i jest to prawdopodobnie sytuacja stabilna — przy dużym odsetku osób z problemami uzależnień od opiatów obecnie poddawanych terapii zastępczej, przynajmniej w niektórych krajach. W większości państw wśród pacjentów rozpoczynających leczenie maleje liczba osób z poważnymi problemami spowodowanymi zażywaniem opiatów. Niemniej jednak w przeszłości zdarzały już się „epidemie” narkomanii, dlatego też nie należy popadać w euforię.

W tegorocznym sprawozdaniu można znaleźć niepokojące wskaźniki świadczące o niewielkim wzroście przypadków zgonów związanych z narkotykami w większości krajów w 2004 r., choć ogólnie od 2000 r. odnotowuje się ogólny spadek ich liczby. Jeszcze za wcześnie na stwierdzenie, czy te niewielkie wahania zwiastują długoterminową zmianę, ale należy pamiętać, że zgony związane z narkotykami stanowią jedną z głównych konsekwencji nielegalnego zażywania narkotyków, mających wpływ na zdrowie publiczne. Wprawdzie odsetek zgonów związanych z narkotykami wśród osób młodych zmniejszył się, co potwierdza przypuszczenia o spadku liczby osób zaczynających wstrzykiwać heroinę, ale dostępne dane szacunkowe dla miast dotyczące śmiertelności związanej z narkotykami (przedawkowanie i inne przyczyny) wskazują, że obecnie 10–23% wszystkich zgonów wśród osób dorosłych w wieku 15–49 lat można przypisać zażywaniu opiatów.

Bezpośrednie i pochodne problemy zdrowotne związane z dożywym zażywaniem narkotyków: nieodłączne zagrożenie

W wielu krajach dożylnie przyjmowanie narkotyków jest niemal jednoznaczne z zażywaniem heroiny, istnieją jednak wyjątki. Kilka krajów UE zanotowało duży stopień rozpowszechnienia dożylnego zażywania stymulantów, głównie wśród osób intensywnie zażywających amfetaminę.

Według dostępnych informacji liczba przypadków dożylnego zażywania narkotyków maleje w perspektywie długookresowej, odzwierciedlając do pewnego stopnia sytuację dotyczącą heroiny. Jednakże odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie w wielu nowych państwach członkowskich nadal pozostaje wysoki. Istotnym czynnikiem w tym przypadku jest niedostatek danych szacunkowych na temat dożylnego zażywania narkotyków na poziomie kraju lub regionu. Ponadto badania prowadzone w niektórych regionach wykazują niewielki wzrost przypadków wstrzykiwania narkotyków. Najpełniejszy obraz sytuacji zapewni monitorowanie osób zażywających heroinę poddanych terapii, wśród których odsetek pacjentów przyjmujących narkotyki dożylnie drastycznie spadł w niektórych krajach, chociaż w innych takiego spadku nie odnotowano. Wskaźniki dożylnego przyjmowania narkotyków wśród poddanych leczeniu osób zażywających heroinę spadły przede wszystkim w starych państwach członkowskich — w Danii, Grecji, Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie.

Związek między dożywym zażywaniem narkotyków a problemami zdrowotnymi jest dobrze znany. U osób przyjmujących narkotyki dożylnie istnieje duże ryzyko wystąpienia przedawkowania i poważnych infekcji, jak również innych problemów zdrowotnych, takich jak posocznica i zakrzepica. Zakażenie wirusem HIV stanowi zagrożenie dla zdrowia, które spowodowało ożywienie europejskich działań w zakresie zdrowia publicznego związanych z tą formą zażywania narkotyków, i niemal wszystkie kraje starają się zapobiegać nowym infekcjom. Na przykład dostarczanie igieł i strzykawek, kiedyś postrzegane jako kontrowersyjne, wprowadzono w pewnym stopniu prawie we wszystkich państwach członkowskich, choć zakres takiej dystrybucji znacząco różni się w poszczególnych krajach. W większości krajów odnotowuje się niski odsetek nowo zdiagnozowanych zakażeń wirusem HIV przypisywanych dożylnemu zażywaniu narkotyków, a szacowany wskaźnik zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wynosi poniżej 5%. Należy jednak pamiętać o pewnych istotnych czynnikach: po pierwsze, dwa z największych krajów najbardziej dotkniętych problemem AIDS u osób zażywających narkotyki dożylnie, czyli Hiszpania i Włochy, obecnie nie przekazują krajowych danych o zgłoszonych przypadkach zakażeń HIV, a po drugie, na terenie Europy odnotowuje się stałe występowanie zakażeń HIV w określonych grupach osób wstrzykujących narkotyki. Są nawet oznaki tendencji wzrostowych u niektórych badanych grup populacji.

O wiele gorzej sytuacja wygląda w przypadku zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV), którego wskaźnik wśród osób zażywających narkotyki dożylnie pozostaje niemal wszędzie wysoki. Przez wiele kolejnych lat największe koszty będą prawdopodobnie wiązać się z leczeniem problemów zdrowotnych związanych z HCV u pacjentów zażywających narkotyki dożylnie obecnie lub w przeszłości. Przekonanie o powolnym

Krótkie zestawienie danych szacunkowych dotyczących zażywania narkotyków w Europie

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

Konopie indyjskie

Przynajmniej jednokrotne zażycie: co najmniej 65 mln osób, czyli 1 na 5 dorosłych Europejczyków
 Zażycie w ciągu ostatniego roku: 22,5 mln dorosłych Europejczyków, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz
 Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: 12 mln Europejczyków
 Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
 Ogólna rozpiętość: od 0,8% do 11,3%
 Typowa rozpiętość: od 2,8% do 7,5% (15 krajów)

Kokaina

Przynajmniej jednokrotne zażycie: co najmniej 10 mln osób, czyli ponad 3% dorosłych Europejczyków
 Zażycie w ciągu ostatniego roku: 3,5 mln dorosłych Europejczyków, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz
 Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: ponad 1,5 mln osób
 Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
 Ogólna rozpiętość: od 0,1% do 2,7%
 Typowa rozpiętość: od 0,3% do 1,2% (18 krajów)

Ecstasy

Przynajmniej jednokrotne zażycie: około 8,5 mln dorosłych Europejczyków
 Zażycie w ciągu ostatniego roku: 3 mln dorosłych Europejczyków, czyli jedna trzecia osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz
 Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: ponad 1 mln osób
 Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
 Ogólna rozpiętość: od 0,0% do 3,5%
 Typowa rozpiętość: od 0,3% do 1,5% (15 krajów)

Amfetamina

Przynajmniej jednokrotne zażycie: prawie 10 mln osób, czyli około 3% dorosłych Europejczyków
 Zażycie w ciągu ostatniego roku: 2 mln dorosłych Europejczyków, czyli jedna piąta osób, które zażyły narkotyk co najmniej jeden raz
 Zażycie w ciągu ostatnich 30 dni: poniżej 1 mln osób
 Różnice między krajami pod względem zażywania narkotyku w ciągu ostatniego roku:
 Ogólna rozpiętość: od 0,0% do 1,4%
 Typowa rozpiętość: od 0,0% do 1,1% (16 krajów)

Opiaty

Problemowe zażywanie opiatów: 1–8 przypadków na 1000 osób dorosłych (15–64 lata)
 Prawie 7000 nagłych zgonów związanych z narkotykami, przy czym w 70% przypadków wykryto obecność opiatów (dane z 2003 r.)
 Główny narkotyk (60%) będący przyczyną zgłaszania się na leczenie
 Ponad pół miliona osób zażywających opiaty poddano w 2003 r. leczeniu zastępczemu

zmniejszaniu się liczby przypadków dożylnego zażywania narkotyków i o właściwej reakcji Europy na problemy związane z epidemią HIV w latach dziewięćdziesiątych może utwierdzić w fałszywym przekonaniu o zanikających zagrożeniach dla zdrowia, które jednak nadal istnieją. Wysokie wskaźniki zakażeń endemicznych HCV, utrzymujące się przenoszenie wirusa między osobami zażywającymi narkotyki dożylnie wraz ze wzrostem liczby przypadków w niektórych grupach oraz duża liczebność grupy wysokiego ryzyka w niektórych nowych państwach członkowskich przemawia za potrzebą uznawania dożylnego przyjmowania narkotyków oraz związanych z nim problemów zdrowotnych nadal za główny problem zdrowia publicznego w Europie oraz za krytyczną dziedzinę polityki antynarkotykowej i nadzoru badawczego.

Kokaina: oznaki stabilizacji w zażywaniu drugiego pod względem największego rozpowszechnienia w Europie nielegalnego narkotyku

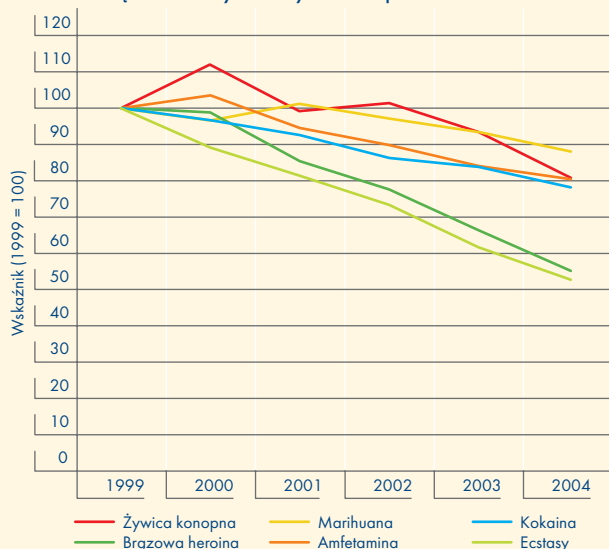
Dane szacunkowe dotyczące zażywania kokainy (zażycie w ciągu ostatniego roku) wskazują, że narkotyk ten zajmuje drugie miejsce wśród najczęściej stosowanych narkotyków w Europie, wyprzedzając nieco amfetaminę i ecstasy. Ogólny obraz sytuacji wskazuje jednak na stabilizację w zażywaniu tej substancji po okresie znacznego wzrostu liczby osób przyjmujących ją. Wydaje się, że duży wzrost wskaźnika rozpowszechnienia kokainy w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie w okresie od połowy do końca lat dziewięćdziesiątych ustabilizował się w 2000 lub 2001 r. W innych krajach, oprócz pewnego umiarkowanego wzrostu zażywania kokainy zanotowanego w kilku państwach, nie zaobserwowano drastycznego zwiększenia liczby przypadków. Ogólnie rzecz ujmując, rozpowszechnienie kokainy jest w Europie wciąż bardzo zróżnicowane. Wysoki wskaźnik zażywania tego narkotyku ogranicza się do kilku krajów, głównie Europy Zachodniej.

Błędem byłoby wyciąganie wniosku, że oznaki stabilizacji w zażywaniu kokainy muszą doprowadzić do stabilizacji w zakresie problemów przypisywanych przyjmowaniu tego narkotyku. W Europie zażywanie kokainy osiąga poziom najwyższy w historii, a badania sugerują, że zgodnie z powszechnym schematem nasilenie problemów związanych z narkotykiem wystąpi z opóźnieniem w stosunku do wzrostu wskaźnika jego rozpowszechnienia. Dzieje się tak, ponieważ na rozwinięcie się schematów intensywnego i regularnego zażywania narkotyku i na wystąpienie widocznych problemów potrzeba trochę czasu. Być może proces ten rozpoczyna się już w krajach europejskich, gdzie zażywanie kokainy jest od dawna rozpowszechnione. Zarówno w Niderlandach, jak i w Hiszpanii przynajmniej jedna czwarta zgłoszeń na leczenie jest związana z zażywaniem kokainy, a ogólnie w Europie liczba nowych wniosków o leczenie w związku z przyjmowaniem tego narkotyku w latach 1999–2004 prawie się podwoiła. Choć zażywanie cracku utrzymuje się w Europie na niskim

Narkotyki w Europie tańsze niż kiedykolwiek

W niniejszym sprawozdaniu po raz pierwszy przedstawiono 5-letnią analizę cen detalicznych nielegalnych narkotyków (z uwzględnieniem współczynnika inflacji) w celu umożliwienia dokładnego prześledzenia tendencji cenowych w czasie. Dane dotyczące cen detalicznych trudno jest zebrać, a także zinterpretować. Na cenę wpływa czystość narkotyku, jego ilość i odmiana substancji, jak również czynniki geograficzne, takie jak miejsce zamieszkania w dużym mieście czy w miejscu przebiegu regularnej trasy tranzytowej przemytu narkotyków. Ceny narkotyków różnią się także znacznie w poszczególnych krajach i na przestrzeni czasu podlegają wahaniom, które odzwierciedlają przerwy w dostawach. Pomimo wymienionych odchyleń w danych dostępne informacje dotyczące większości

Kształtowanie się cen detalicznych narkotyków w Europie w latach 1999–2004



substancji świadczą o tym, że w całej Europie ceny narkotyków spadły. W większości krajów w cenach detalicznych konopi indyjskich, heroiny, amfetaminy, ecstasy i kokainy przeważała w okresie 5-letnim tendencja spadkowa (patrz wykres poniżej). Mimo że brakuje danych historycznych dotyczących cen detalicznych bądź trudno jest je zinterpretować, to niepokój budzi fakt, że ta najnowsza tendencja potwierdza przypuszczenie o spadku cen w dłuższym okresie. Na przykład dostępne dane pochodzące z krajów o wysokim wskaźniku rozpowszechnienia sugerują, że kokaina i ecstasy były znacznie droższe w końcu lat osiemdziesiątych i na początku dziewięćdziesiątych.

Uwagi: Przedstawione tendencje odzwierciedlają dostępne informacje na temat krajowych cen detalicznych poszczególnych narkotyków w państwach członkowskich UE i Norwegii. Dane są ważone według liczby ludności krajów, tak aby uzyskać ogólną tendencję europejską. Ceny uwzględniają krajowe współczynniki inflacji (przyjmując za podstawę 1999 r.), a wszystkie zestawy danych indeksowano do wielkości bazowej 100 z 1999 r.

Wiele krajów nie może dostarczyć danych z powodu trudności w ich uzyskaniu, często są one niewiarygodne i niekompletne. Kraje, które nie miały danych o cenach z co najmniej dwóch kolejnych lat, zostały pominięte przy wyznaczaniu tendencji cenowych narkotyków: obliczenia dotyczące cen brązowej heroiny przeprowadzono na podstawie danych z 9 krajów, amfetaminy – również 9 krajów, kokainy – 13 krajów, ecstasy – 13 krajów, marihuany – 13 krajów i żywicy konopnej – 14 krajów.

Ponadto przy braku danych z 2004 r. (11 przypadków) wykorzystane zostały ceny z 2003 r., brakujące dane z 1999 r. (1 przypadek) zastąpiono cenami z 2000 r., brakujące zaś informacje za pozostałe lata (12 przypadków) interpolowano na podstawie danych z lat kolejnych lub poprzednich.

Więcej informacji o cenach z 2004 r. znajduje się w tabelach PPP-1, PPP-2, PPP-3 i PPP-4 w Biuletynie statystycznym.

Źródła: Dane dotyczące cen: krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox. Dane dotyczące inflacji i liczby ludności: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

poziomie, doniesienia o problemach występujących w niektórych miastach świadczą o tym, że sytuacja może się pogarszać.

Kokainę często wykrywa się w analizach toksykologicznych zgonów przypisywanych zażywaniu opiatów, w niektórych krajach zaś jednocześnie z nimi przyjmowanie kokainy stało się częstym problemem rozpoznawanym przez osoby zajmujące się leczeniem problemów związanych z heroiną. Choć ilość danych jest niewielka, w 2005 r. w krajowych raportach zgłoszono ponad 400 zgonów związanych z zażywaniem kokainy. Liczba takich zgonów zdaje się rosnąć we wszystkich krajach o wysokim wskaźniku rozpowszechnienia narkotyku. Nie ulega wątpliwości, że dane te są zaniżone. Nie wiadomo również, do jakiego stopnia kokaina przyczynia się do zgonu związanego z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi. Przesłanie jest jasne: jeśli Europa ma uniknąć wzrostu kosztów ochrony zdrowia publicznego spowodowanych zażywaniem kokainy, to żadna oznaka stabilizacji ogólnych wskaźników jej zażywania nie może przesłonić potrzeby zarówno lepszej identyfikacji, jak i zrozumienia problemów związanych z kokainą oraz konieczności ponoszenia nakładów na skuteczne działania.

Sposoby reagowania na złożony problem narkotykowy w Europie

Tematem, który często przewija się w sprawozdaniu, jest wzrastająca potrzeba opracowania sposobów działania, które uwzględniłyby złożony i wielopłaszczyznowy charakter obecnego problemu narkotykowego. Przy rozważaniu kwestii profilaktyki, leczenia i ograniczania szkód zdrowotnych konieczne jest lepsze zrozumienie, co składa się na dobrą praktykę, i działania poparte wiarygodnymi danymi. Z łącznej liczby około 380 tys. zgłoszeń na leczenie odnotowanych w 2004 r. konopie indyjskie stanowiły główny powód skierowania na terapię w około 15% przypadków; daje im to drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków. Terapeuci mają też częściej do czynienia z problemami związanymi z zażywaniem stymulantów i wielu różnych narkotyków. Bardzo często problemy wynikające ze stosowania nielegalnych narkotyków łączą się z problemem alkoholowym. Jednakże na poziomie populacji nie mamy wystarczających informacji o wpływie regularnego i stałego zażywania tego rodzaju substancji na zdrowie

publiczne ani o potencjalnych potrzebach w zakresie działań interwencyjnych wobec narkomanów. Najbardziej przekonujące dowody, które umożliwiają określenie sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie, dotyczą nielegalnego zażywania opiatów. W tej dziedzinie zgromadzono obszerny zbiór informacji pomagających w opracowaniu i ukierunkowaniu usług terapeutycznych. W miarę jak wzrasta stopień porozumienia w kwestii wyboru właściwych kierunków działań interwencyjnych wobec problemowego zażywania heroiny, rośnie także potrzeba opracowania również przejrzystych metod reagowania na bardziej zróżnicowane problemy narkotykowe w Europie.

Potrzeba lepszego zdefiniowania i zrozumienia problemu zażywania wielu narkotyków

Najważniejszą sprawą jest potrzeba reagowania na problemy spowodowane zażywaniem wielu substancji psychoaktywnych. Zażywanie wielu narkotyków jest coraz częściej uznawane za kluczową dziedzinę rozwoju usług terapeutycznych. Nadal jednak niejasna pozostaje definicja tego pojęcia. Pod pewnymi względami niemal wszyscy zażywający narkotyki mogą zostać uznani za osoby, które przyjmują kilka substancji. Zjawisko to stanowi poważne wyzwanie dla systemów monitorowania narkotyków, które zwykle opierają się na behawioralnych miernikach zażywania narkotyków, dotyczących jednej substancji. Dlatego też pierwszym, koniecznym krokiem do zrozumienia skutków takich zachowań jest opracowanie lepszych ram koncepcyjnych, w których opisane zostaną różne schematy zażywania wielu narkotyków. W tegorocznym sprawozdaniu znalazło się miejsce na przedstawienie problemów natury badawczej, które trzeba rozwiązać, jeżeli Europa ma sprostać wyzwaniu polegającemu na spełnieniu potrzeb coraz większej liczby osób borykających się z problemem zażywania wielu narkotyków, a nie na uzależnieniu od jednej substancji.

Powrót do przyszłości: przewidywanie zagrożeń i wyzwań

Autorzy tegorocznego sprawozdania jak zawsze starają się zidentyfikować nowe tendencje, aby przewidzieć przyszłe problemy. Taka analiza z zasady opiera się na przypuszczeniach i musi być prowadzona ostrożnie. Narkotykiem, który wyraźnie wiąże się z wieloma poważnymi problemami w zakresie zdrowia publicznego, jest metamfetamina. Choć w skali globalnej problem

metamfetaminy wciąż narasta, w Europie zażywanie tej substancji ogranicza się do kilku krajów, gdzie problemy związane z tym narkotykiem istnieją od dawna. Mimo że z dostępnych informacji trudno wyciągnąć zdecydowane wnioski na temat tendencji, coraz więcej krajów zgłasza konfiskatę czy zażywanie tej substancji, wyraźnie podkreślając potrzebę bardziej intensywnego monitorowania najbardziej zagrożonych grup populacji.

W 2006 r. EMCDDA opublikowało dokument techniczny o grzybach halucynogennych i zagadnienie to także ujęto w sprawozdaniu rocznym. Wydaje się, że dostępność i spożycie grzybów halucynogennych wzrosło od końca lat dziewięćdziesiątych, choć fakt ten pozostał w dużej mierze niezauważony. W większości przypadków zażywanie tego rodzaju narkotyków ma charakter eksperymentalny i rzadko zgłasza się związane z nim problemy. Jednak rosnąca świadomość władz w zakresie dostępności grzybów halucynogennych wpływa na wprowadzanie pewnych działań służących wzmocnieniu środków kontroli.

Psylocybina i psylocyna, dwie substancje psychoaktywne obecne w grzybach halucynogennych, są kontrolowane na mocy międzynarodowej konwencji. Jednak w wielu krajach grzyby rosną w warunkach naturalnych i są odmiennie traktowane w różnych częściach Europy, co powoduje dość złożony problem legislacyjny. Ogólnie rzecz biorąc, nadzór nad nowo pojawiającymi się substancjami, które mogą stwarzać zagrożenie dla zdrowia publicznego i dlatego wymagają kontroli, reguluje nowa decyzja Rady (2005/387/WSiSW) w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych. O potrzebie wczesnego ostrzegania w tej dziedzinie świadczy na przykład błyskawiczne rozpowszechnienie się mCPP (1-3-chlorofenylo-piperazyny) w 2005 r. Pojawienie się mCPP dowodzi, że osoby zaangażowane w produkcję nielegalnych narkotyków stale poszukują innowacyjnych rozwiązań pod postacią nowych środków chemicznych, które wprowadzają na rynek — w tym przypadku w celu wzmocnienia lub zmodyfikowania skutków oddziaływania MDMA (ecstasy). Takich nowatorskich substancji nie wolno lekceważyć, ponieważ nie wiadomo, jak bardzo szkodliwe mogą się okazać dla zdrowia. System wczesnego ostrzegania wprowadzony przez decyzję Rady stanowi zatem istotny mechanizm interwencji w procesie, w którym osoby czerpiące zyski poprzez obchodzenie istniejących mechanizmów kontroli narkotyków powodują zagrożenie dla zdrowia młodych Europejczyków.



Rozdział 1

Polityka i prawo

Krajowe strategie antynarkotykowe

W okresie objętym sprawozdaniem pięć krajów przyjęło krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania (tabela 1). Łotwa po raz pierwszy przyjęła krajową strategię antynarkotykową na lata 2005–2008, natomiast nowe krajowe strategie i plany antynarkotykowe przyjęło w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Luksemburgu i Rumunii.

Finlandia przyjęła ponadto strategię antynarkotykową dla więziennictwa (2005–2006), a w Zjednoczonym Królestwie umowy o służbie publicznej (*public service agreements* – PSA) wytyczają nowe cele i zadania w dziedzinie polityki antynarkotykowej mającej na celu ograniczanie szkód powodowanych przez nielegalne narkotyki u poszczególnych osób, w rodzinach i społecznościach.

W okresie objętym sprawozdaniem Włochy, Austria, Polska, Portugalia, Szwecja i Norwegia przygotowywały krajowe strategie antynarkotykowe (tabela 2).

Pewne kraje, w których już wcześniej wdrożono po raz pierwszy krajowe strategie antynarkotykowe i plany działania (począwszy od 1998 r.), przeformułowały obecnie swoje strategie i plany, kładąc większy nacisk na wyznaczenie bardziej przejrzystych i wykonalnych celów. Na przykład Luksemburg podał, że jego nowy plan działania na lata 2005–2009 jest prosty, ma przejrzystą strukturę i jest ukierunkowany na wyniki; wyznacza cele działania,

Tabela 1: Kraje, które przyjęły nowe strategie antynarkotykowe w 2005 r.

Kraj	Dokument	Okres
Republika Czeska	Krajowa strategia antynarkotykowa Plan działania	2005–2009
		2005–2006
Hiszpania	Plan działania	2005–2008
Łotwa	Krajowa strategia antynarkotykowa	2005–2008
Luksemburg	Krajowa strategia antynarkotykowa i plan działania	2005–2009
Rumunia	Krajowa strategia antynarkotykowa	2005–2012

Tabela 2: Kraje pracujące nad strategiami antynarkotykowymi w 2005 r.

Kraj	Dokument	Okres
Włochy	Plan działania	2004–2008
Austria	Krajowa strategia	
Portugalia	Krajowy plan strategiczny i plan działania	2005–2008
Szwecja	Plan działania	
Norwegia	Plan działania	

określa kwestie odpowiedzialności i ustala budżety, oczekiwane wyniki i ostateczne terminy osiągnięcia wyników i przeprowadzenia ocen. W Belgii organy do spraw zdrowia publicznego społeczności francuskiej i regionu Walonii powołały grupę ekspertów w celu opracowania „wspólnego planu profilaktyki, udzielania pomocy i opieki dla osób uzależnionych od narkotyków”. Grupa zaleciła, aby „rządy określały priorytety i cele w sposób bardziej przejrzysty”, aby „wprowadzić jasną definicję podstawowych zasad wspólnej polityki antynarkotykowej” oraz „ustalić harmonogram wybranych strategii”. W Republice Czeskiej przyjęto plan działania na lata 2005–2006 o podobnych założeniach, w którym wyszczególniono konkretne cele i działania potrzebne do ich realizacji, jak również ustalono odpowiedzialność poszczególnych ministrów oraz warunki i wskaźniki realizacji w każdej z dziedzin.

Ocena krajowych strategii antynarkotykowych

Wiele krajów europejskich automatycznie przedłużyło krajowe strategie antynarkotykowe, rozpoczynając cykliczny proces, w którym wyniki poprzedniej strategii lub jej ocenę przyjmuje się jako dane wyjściowe dla przyszłej strategii (EMCDDA, 2004a).

W 2005 r. tego typu proces miał miejsce w Irlandii, Luksemburgu, na Węgrzech i w Rumunii. Wdrożenie węgierskiej strategii zwalczania problemu narkotykowego ocenił holenderski Trimbos Institute – po raz pierwszy oceny strategii antynarkotykowej kraju dokonali zagraniczni eksperci. W ocenie skupiono się na średnioterminowych

wynikach strategii antynarkotykowej, co pozwoliło na opracowanie szeregu zaleceń dotyczących przyszłych strategii antynarkotykowych oraz sposobu wzmocnienia struktury koordynacyjnej w dziedzinie polityki antynarkotykowej. Portugalska krajowa strategia antynarkotykowa na 1999 r. i plan działania na lata 2001–2004, przeprowadzone przez ekspertów zewnętrznych z portugalskiego Krajowego Instytutu Administracji Publicznej oraz ekspertów wewnętrznych z Instytutu ds. Narkotyków i Uzależnienia (Institute for Drugs and Addiction — IDT), wykazują podobieństwa do oceny z 2004 r. Węgry i Portugalia to pierwsze dwa kraje europejskie, które wystąpiły z wnioskiem o zewnętrzną ocenę krajowych strategii antynarkotykowych.

Przeprowadzona w 2005 r., a więc w połowie okresu realizacji, ocena irlandzkiej strategii antynarkotykowej na lata 2001–2008, oparta na procesie konsultacji publicznych oraz analizie kluczowych danych krajowych i unijnych, zaleciła przeorientowanie priorytetów w celu ujęcia nowych tendencji w leczeniu, problemu zażywania wielu narkotyków, stosowania kokainy i rozprzestrzeniania się wirusa HIV i wirusowego zapalenia wątroby typu C, jak również nadanie nowego impulsu do wprowadzania i wdrażania rozmaitych działań kluczowych w pozostałym okresie objętym strategią. W Rumunii ocenę krajowej strategii antynarkotykowej na lata 2003–2004 przeprowadzono z udziałem wszystkich instytucji państwowych zajmujących się narkotykami; jej wyniki przyjęto za podstawę nowej krajowej strategii antynarkotykowej na lata 2005–2012. W Luksemburgu 87% środków określonych w krajowym planie działania na lata 2000–2004 wdrożono w przewidzianym terminie. Z doniesień wynika, że środki, których dotychczas nie wprowadzono (np. program dotyczący dystrybucji heroiny), opóźniły się przede wszystkim z powodów politycznych. Niewdrożone dotychczas działania włączono do nowego planu działania.

Sprawozdania za ubiegły rok wskazują ponadto, że krajowe strategie antynarkotykowe zaczynają przynosić skutki. Chociaż nie ma jeszcze podstaw do zdecydowanego twierdzenia, że spełniono ogólne cele obniżenia popytu i podaży, to nie ulega wątpliwości, że dzięki krajowym strategiom antynarkotykowym osiągnięto konkretne i ważne cele.

Ocena portugalskiej strategii antynarkotykowej przyjętej w 1999 r. przypisuje jej wzrost dostępności leczenia uzależnienia od narkotyków, obniżenie liczby zgonów wiążących się z narkotykami i stopnia rozpowszechnienia wirusa HIV, jak również wzrost liczby raportów policyjnych dotyczących handlu narkotykami. Jednocześnie stwierdzono obniżenie wieku osób mających pierwsze doświadczenia z narkotykami oraz wzrost liczby zgonów związanych z narkotykami w wyniku zażycia substancji innych niż opiaty. Według oceny strategii krajowej (2003) w Hiszpanii cel, jaki stanowiło obniżenie zażywania narkotyków, nie został wprawdzie osiągnięty, ale uzyskano dobre

wyniki w dziedzinie udzielania pomocy i ograniczania szkód zdrowotnych oraz zadowalające wyniki w innych dziedzinach, takich jak badania naukowe i edukacja, współpraca międzynarodowa i obniżenie podaży. Ponadto Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumenckich zatwierdziło plan działania na lata 2005–2008, przewidujący uruchomienie zasobów i wdrożenie inicjatyw w celu rozwoju i rewitalizacji krajowej strategii antynarkotykowej. W Grecji skutkiem krajowego planu działania na lata 2002–2006 był wzrost zróżnicowania i zasięgu dostępnych programów leczenia.

W Szwecji krajowy plan działania na lata 2002–2005 dotyczący narkotyków sprawił, że kwestia narkotyków przesunęła się na wyższą pozycję w programach politycznych na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym. Większość władz miejskich w Szwecji realizuje obecnie różne formy planu działania dotyczącego narkotyków, nadając wyższy priorytet kwestii koordynacji i współpracy pomiędzy działaczami zajmującymi się problematyką narkotyków. Dzięki temu nastąpiła poprawa sytuacji w tych obszarach. Nastąpił również rozwój zarówno rodzajów leczenia, jak i jego dostępności dla osób uzależnionych od narkotyków. W Zjednoczonym Królestwie Komisja Rewizyjna (Audit Commission), uznając postęp w leczeniu osób zażywających narkotyki, stwierdziła, że wiele pozostaje do zrobienia w zakresie zwiększenia możliwości integracji i rehabilitacji osób zażywających narkotyki, w takich dziedzinach jak mieszkalnictwo, opieka społeczna i inne usługi pomocnicze. W przyszłości sukces rządu w osiągnięciu celów strategii antynarkotykowej będzie oceniany w zestawieniu z celami wytyczonymi w PSA oraz z wykorzystaniem wskaźnika szkodliwości narkotyków (*drug harm index* — DHI), który pozwoli na ocenę szkód wynikających z problemowego zażywania jakiegokolwiek nielegalnego narkotyku.

Ponadto ocenę uważa się za kluczowy element nowo przyjętych krajowych strategii antynarkotykowych. Na Łotwie rada koordynacyjna do spraw kontroli narkotyków i ograniczenia uzależnienia od narkotyków będzie co roku oceniać postęp we wdrażaniu programu, a w Luksemburgu końcowa zewnętrzna ocena wyników zostanie przeprowadzona w 2009 r.

Wydatki publiczne związane z narkotykami

Zestawienia wydatków często obejmują różne przedziały czasowe, nie istnieje ogólnie przyjęta definicja wydatków publicznych wiążących się z narkotykami, niemniej jednak dostępne dane szacunkowe wskazują, że w kilku krajach, w tym w Republice Czeskiej, Danii, Luksemburgu, Austrii i Polsce, nastąpił wzrost wydatków związanych z narkotykami.

Kraje, które w sprawozdaniach podały poniesione w 2004 r. wydatki wiążące się z narkotykami, to Republika

Czeska (11,0 mln euro), Hiszpania (302–325 mln euro), Cypr (2,8 mln euro), Polska (51 mln euro) i Norwegia (46 mln euro). Dwa kraje podały bardziej aktualne dane o wydatkach budżetowych wiążących się ze zwalczaniem narkotyków: Luksemburg (6 mln euro w 2005 r.) oraz Zjednoczone Królestwo (2 mld euro w latach 2004–2005).

W Słowacji ocenia się, że łączne wydatki publiczne w dziedzinie narkotyków w 2004 r. wyniosły 14,5 mln euro, z czego około 8,4 mln euro przypada na organa ścigania, a 6,1 mln euro — na opiekę społeczną i zdrowotną.

W Szwecji ocenia się, że wydatki wiążące się z polityką antynarkotykową wyniosły w 2002 r. około 0,9 mld euro (niższe szacunki podają 0,5 mld euro, a wyższe 1,2 mld euro). Porównanie danych szacunkowych za 2002 r. z liczbami z 1991 r. wskazuje na znaczny wzrost wydatków publicznych ponoszonych z tytułu polityki antynarkotykowej.

W Irlandii w ocenie krajowej strategii antynarkotykowej, dokonanej w połowie okresu jej realizacji i opublikowanej w czerwcu 2005 r., stwierdzono, że „ustalenie wysokości wydatków jest istotnym czynnikiem pomiaru opłacalności różnych elementów strategii” i wkrótce podjęte zostaną działania w celu oszacowania wydatków policji. W Portugalii Instytut ds. Narkotyków i Uzależnienia od Narkotyków (IDT) finansuje badania w celu opracowania i przetestowania modelu szacowania kosztów nadużywania narkotyków, a w Belgii pod koniec 2005 r. wprowadzono działania uzupełniające do studium wydatków publicznych z 2004 r. Pomimo ich skąpej ilości, te interesujące dane wskazują, że badanie wydatków wiążących się z narkotykami odgrywa coraz ważniejszą rolę w programach politycznych niektórych państw członkowskich.

Zmiany prawne i polityczne w UE

Plany działania

Na poziomie UE dwa plany działania przyjęte w 2005 r. bezpośrednio lub pośrednio tworzą nowe ramy odniesienia na potrzeby opracowania polityki UE w dziedzinie narkotyków na najbliższych kilka lat. Po dokonaniu oceny propozycji Komisji z lutego 2005 r. i pełnym uwzględnieniu końcowej oceny antynarkotykowej strategii UE i planu działania UE (2000–2004) w czerwcu 2005 r. Rada zatwierdziła plan działania UE na lata 2005–2008 dotyczący narkotyków. Struktura i cele nowego planu działania wzorowane są na strategii antynarkotykowej UE na lata 2005–2012; wymienia się w nim około 100 działań specjalnych przewidzianych do wdrożenia przez UE i państwa członkowskie do końca 2008 r.

Ocena stanowi istotny element nowego antynarkotykowego planu działania UE. Pomyślana została jako proces ciągły, narastający i partycypacyjny. Jest procesem ciągłym, ponieważ Komisja Europejska, przy wsparciu ze strony EMCDDA i Europolu, przedstawia doroczne oceny

postępu w tej dziedzinie. Ocena będzie również zadaniem narastającym, ponieważ ocena postępu osiągniętego w danym roku pozwoli na umiejscowienie wyników ostatniego roku w kontekście poprzedniego. Ponadto będzie to proces partycypacyjny, z udziałem oceniającej grupy sterującej, której zadaniem będzie określenie metodologii, wyników i wstępnego harmonogramu. Podobnie jak w przypadku oceny planu działania UE (2000–2004) w skład grupy sterującej wejdą przedstawiciele odpowiednich służb Komisji, EMCDDA i Europolu, jak również przedstawiciele państw członkowskich. Zorganizowane zostaną również spotkania konsultacyjne dla przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego. Pod koniec okresu objętego planem działania 2005–2008 po raz pierwszy na szczeblu europejskim zorganizowana zostanie ocena wpływu w celu zaproponowania nowego planu działania na okres 2009–2012, dla którego ocena ta będzie stanowić punkt wyjścia. Kończącą ocenę strategii i planów działania przeprowadzi Komisja w 2012 r.

Ten antynarkotykowy plan działania UE jest również elementem planu działania ukierunkowanego na wdrożenie programu haskiego, w którym wyznaczono cele do wdrożenia w takich dziedzinach, jak wolność, bezpieczeństwo i sprawiedliwość w Unii Europejskiej w okresie 2005–2010. Ten plan działania Komisja przedstawiła w maju 2005 r., a Rada zatwierdziła go w czerwcu 2005 r.

Plan działania UE na lata 2005–2008 jest odzwierciedleniem jej zrównoważonego podejścia do zjawiska narkotyków, tj. obszernego, wielodyscyplinarnego sposobu podejścia, w którym każde zagadnienie rozważa się ze wszystkich punktów widzenia: koordynację; obniżenie popytu; obniżenie podaży; współpracę międzynarodową; informacje, badania i ocenę.

Obniżenie podaży narkotyków

Dwa istotne działania w UE w dziedzinie obniżania podaży narkotyków charakteryzuje fakt wejścia w życie 18 sierpnia 2005 r. dwóch rozporządzeń WE o prekursorach, przyjętych w 2004 r. Kontrolowanie prekursorów chemicznych stanowi ważny aspekt ograniczenia podaży narkotyków, ponieważ substancje te są niezbędne w procesie ich produkcji. W UE działanie w tym obszarze przyjmuje dwie formy: po pierwsze rozporządzenia dotyczące handlu niektórymi substancjami pomiędzy UE i krajami trzecimi, a po drugie rozporządzenia obowiązującego na rynku wewnętrznym.

Pierwsze rozporządzenie, przyjęte w 1990 r. w celu zastosowania się do warunku art. 12 Konwencji ONZ z 1988 r. o nielegalnym obrocie środkami odurzającymi i psychotropowymi, dotyczącego kontroli prekursorów; ujmuje działania podejmowane w celu zapobiegania zmianie zastosowania określonych substancji i przeznaczenia ich do nielegalnej produkcji środków odurzających i substancji psychotropowych (1).

(1) Rozporządzenie Rady (EWG) nr 3677/90 z 13 grudnia 1990 r., Dz.U. L 357 z 20.12.1990, str.1.

W grudniu 2004 r. zastąpiono je nowym rozporządzeniem o rozszerzonym zakresie stosowania, którego celem było zwalczanie również produkcji narkotyków syntetycznych ⁽²⁾.

Dyrektywa Rady ⁽³⁾ wydana dwa lata później w 1992 r. stanowiła uzupełnienie systemu i umożliwiła wprowadzenie odpowiednich ustaleń na rynku wewnętrznym (wytworzenie i wprowadzanie na rynek pewnych substancji stosowanych do nielegalnej produkcji środków odurzających i substancji psychotropowych), w tym ustanowienie środków kontroli. Zastąpiło ją nowe rozporządzenie przyjęte 11 lutego 2004 r. ⁽⁴⁾. W wyniku rozszerzenia UE ustawodawcy wspólnotowi zdecydowali o zastąpieniu dyrektywy z 1992 r. rozporządzeniem, gdyż „każda zmiana tej dyrektywy oraz jej załączników zainicjuje środki ich wdrażania na poziomie krajowym w 25 państwach członkowskich”. Nowy instrument ustanawia zharmonizowane środki kontroli i monitorowania wewnątrz UE pewnych substancji często wykorzystywanych w produkcji nielegalnych środków odurzających i substancji psychotropowych, co ma na celu zapobieganie zmianom zastosowania tych substancji. W szczególności zobowiązuje on państwa członkowskie do przyjęcia niezbędnych środków umożliwiających wykonywanie przez odpowiednie władze obowiązków kontroli i monitorowania. Ponadto 18 sierpnia 2005 r. weszło w życie rozporządzenie określające zasady wdrożenia tych dwóch rozporządzeń ⁽⁵⁾.

Działania w dziedzinie kontroli prekursorów uzupełniają kolejną część istotnych działań UE w zakresie obniżania podaży. Wykorzystując nowe możliwości, które pojawiły się po Traktacie z Maastricht, UE opracowała ramy prawne zwalczania handlu narkotykami i poprawy współpracy organów ścigania. Od 1995–1996 r. podjęto kilka wspólnych działań w tej dziedzinie, a niedawno przyjęto decyzję ramową o zharmonizowaniu minimalnych sankcji za handel narkotykami oraz decyzję o nowych substancjach psychoaktywnych (patrz „Działanie dotyczące nowych narkotyków”, str. 55).

Oprócz powyższych instrumentów prawnych przyjęto i wdrożono program współpracy policyjnej i sądowej w sprawach karnych. Agis jest programem ramowym wspierającym współpracę w sprawach karnych wiążących się ze zwalczaniem przestępczości między policją, innymi odpowiednimi organami oraz sądami w państwach członkowskich UE i w państwach kandydujących. Od 2003 r. sfinansowano dzięki niemu wiele projektów. Obszary działania i konkretne tematy wchodzące w zakres programu roboczego Agis w 2006 r. oraz zaproszenia do składania wniosków (którego termin dobiegł końca w styczniu 2006 r.) obejmują zorganizowaną międzynarodową produkcję i handel narkotykami oraz zmianę zastosowania prekursorów.

Pranie pieniędzy i konfiskata mienia

Wprowadzono również pewne zmiany w instrumentach prawnych odnoszących się do prania pieniędzy i konfiskaty mienia. W dyrektywie 91/308 w sprawie uniemożliwienia korzystania z systemu finansowego w celu prania pieniędzy ⁽⁶⁾, przyjętej w 1991 r. na podstawie przepisów odnoszących się do rynku wewnętrznego i zmienionej w 2001 r., podjęto próbę harmonizacji ustawodawstwa państw członkowskich w tej dziedzinie. Jedną z przyczyn przyjęcia tej dyrektywy było uniknięcie sytuacji, w której brak działania ze strony Wspólnoty Europejskiej skierowanego przeciwko praniu pieniędzy spowodowałby przyjęcie przez państwa członkowskie środków protekcjonistycznych, które mogłyby opóźnić wprowadzenie i sfinalizowanie rynku wewnętrznego. W czerwcu 2004 r. Komisja wysunęła propozycję nowej dyrektywy o takim samym celu, ale obejmującej dodatkowo finansowanie terroryzmu. Uznano, że ograniczenie zakresu dyrektywy do dochodów z handlu narkotykami byłoby zbyt daleko restrykcyjne; Komisja zaproponowała więc rozszerzenie zakresu przestępstw nią objętych. W nowej dyrektywie przyjętej w październiku 2005 r. podano dokładną definicję poważnych przestępstw i uwzględniono pranie dochodów pochodzących z takich przestępstw, w tym finansowanie działań terrorystycznych.

24 lutego 2005 r. Rada przyjęła również decyzję ramową o „konfiskacie zysków, narzędzi i mienia pochodzących z przestępstwa”. Celem jej jest zapewnienie, aby wszystkie państwa członkowskie wprowadziły skuteczne przepisy dotyczące konfiskaty narzędzi i zysków pochodzących z przestępstw karnych podlegających karze pozbawienia wolności na okres dłuższy niż 1 rok. W UE istniały wcześniej przepisy prawne dotyczące tego obszaru, ale uznano je za niewystarczające. Celem nowej decyzji ramowej jest osiągnięcie skutecznej współpracy transgranicznej w zakresie konfiskaty. Mechanizm konfiskaty rozszerzono na mienie pochodzące z przestępstw innego rodzaju, popełnionych w ramach organizacji przestępczej oraz przestępstw ujętych w jednej z kilku pozostałych decyzji ramowych UE. Jedną z nich jest decyzja ramowa 2004/757/WSiSW określająca minimalne przepisy dotyczące elementów czynów przestępczych i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami. Państwa członkowskie podejmą niezbędne działania w celu dostosowania się do tej decyzji ramowej w terminie do 15 marca 2007 r.

Zdrowie publiczne

Ograniczenie popytu jest integralnym elementem zrównoważonego europejskiego podejścia do kwestii narkotyków. W kontekście wdrożenia programu działań wspólnotowych 2003–2008 w dziedzinie zdrowia

⁽²⁾ Rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 z 22 grudnia 2004 r., Dz.U. L 22 z 26.1.2005., str. 1.

⁽³⁾ Dyrektywa Rady (EWG) nr 109/92 z 14 grudnia 1992 r., Dz.U. L 370 z 19.12.1992, str. 76.

⁽⁴⁾ Rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z 11 lutego 2004, Dz.U. L 47 z 18.2.2004, str. 1.

⁽⁵⁾ Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1277/2005 z 27 lipca 2005 r., Dz.U. L 202 z 3.8.2005, str. 7.

⁽⁶⁾ Dyrektywa Rady 91/308/EWG z 10 czerwca 1991 r. w sprawie uniemożliwienia korzystania z systemu finansowego w celu prania pieniędzy. Dz.U. L 166 z 28.6.1991, str. 77–83.

publicznego w 2005 r. Komisja Europejska wybrała pewne projekty wiążące się z narkotykami, które będą finansowane w celu „promocji zdrowia i zapobiegania chorobom poprzez wprowadzenie czynników warunkujących zdrowie we wszystkich programach politycznych i działaniach”. Pierwszy finansowany projekt w dziedzinie narkotyków, znany jako EU-Dap 2, stanowi ocenę skuteczności programu prewencji EU-Dap w szkołach. Jego długoterminowym celem jest obniżenie spożycia tytoniu, alkoholu i narkotyków. Drugi projekt, IATPAD, ma na celu ułatwienie dostępu do leczenia osobom z problemami alkoholowymi lub narkotykowymi. Wśród innych projektów horyzontalnych znajdują się projekty, których celem jest zapobieganie narkotykom i które również powinny podlegać współfinansowaniu. Są to np. „PEER Drive clean!” — innowacyjny projekt adresowany do młodych osób w wieku 18–24 lata, mający na celu zapobieganie prowadzeniu samochodu pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Powyższe projekty wybrano do finansowania i powinny one otrzymać współfinansowanie, pod warunkiem że procedury negocjacyjne z Komisją Europejską zakończą się pomyślnie, a umowa finansowa zostanie podpisana (?).

Rozporządzenie EMCDDA

Dnia 31 sierpnia 2005 r. Komisja przyjęła nowy wniosek zmiany rozporządzenia ustanawiającego EMCDDA. Nowe rozporządzenie jest ważnym instrumentem ułatwiającym pracę Centrum ze względu na nowe, określone w nim zadania. W szczególności umożliwia ono EMCDDA uwzględnienie nowych schematów zażywania narkotyków oraz nowych tendencji w stosowaniu więcej niż jednego narkotyku, w tym połączonego zażywania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych; umożliwia także opracowanie narzędzi i instrumentów wspierania państw członkowskich i UE w monitorowaniu oraz ocenie polityki i strategii antynarkotykowych, jak również współpracę z krajami spoza UE, takimi jak kraje kandydujące lub kraje z regionu zachodnich Bałkanów. Ponadto wprowadzono w nim pewne zmiany dotyczące Komitetu Naukowego i Zarządu. Na podstawie art. 152 Traktatu WE tekst rozporządzenia musi zostać przyjęty przez Radę i Parlament Europejski zgodnie z procedurą współdecydowania.

Nowe przepisy krajowe

W okresie objętym niniejszym sprawozdaniem niektóre kraje wprowadziły istotne zmiany w przepisach prawa antynarkotykowego w odniesieniu do przestępstw i kar zarówno za posiadanie narkotyków, jak i handel nimi.

W Rumunii nowa ustawa i nowy kodeks karny wprowadziły rozróżnienie pomiędzy poważnymi przestępstwami a wykroczeniami (wykroczenia podlegają obecnie głównie karze pracy społecznej lub grzywny), pomiędzy osobami zażywającymi narkotyki a uzależnionymi od nich oraz

pomiędzy narkotykami niskiego i wysokiego ryzyka. Wobec osób łamiących prawo antynarkotykowe można obecnie stosować zwolnienie z kary i jej odroczenie. Leczenie osób uzależnionych odbywa się obecnie w ramach zintegrowanego programu pomocowego, pod indywidualnym nadzorem specjalisty prowadzącego (*case manager*). Podniesiono wymiar kar pozbawienia wolności za wykroczenia polegające na udostępnieniu miejsca do zażywania narkotyków, tolerowaniu ich zażywania w takim miejscu lub zachęcaniu do ich zażywania. Podniesiono również wymiar kar za bezprawne podawanie narkotyków wysokiego ryzyka oraz za dostarczanie nieletnim toksycznych środków chemicznych do inhalacji.

W Bułgarii w czerwcu 2004 r. przyjęto nową ustawę o kontroli substancji odurzających i prekursorów. Ustawa określa funkcję organów państwa w zakresie kontroli procedur regulacyjnych dotyczących narkotyków, wdrażania działań zapobiegających nadużywaniu narkotyków i handlu nimi oraz w zakresie badań naukowych. W dodatkowej poprawce usunięto zwolnienie z odpowiedzialności karnej osób uzależnionych, u których wykryto posiadanie pojedynczej dawki (kwestię tę omówiono szczegółowo poniżej).

W nowym słowackim kodeksie karnym na nowo zdefiniowano wykroczenia polegające na posiadaniu narkotyków do użytku własnego i w celach handlowych. W przeciwieństwie do wcześniej zdefiniowanego wykroczenia polegającego na posiadaniu narkotyków do użytku własnego (określonego jako nie więcej niż jedna dawka) w art. 171 określono dwa rodzaje wykroczenia polegającego na posiadaniu narkotyków na własny użytek, w zależności od liczby dawek (szczegóły podano niżej). Za te wykroczenia można nałożyć dwa nowe rodzaje kar: areszt domowy pod nadzorem lub pracę społeczną. Posiadanie więcej niż 10 dawek podlega karze przewidzianej w art. 172, w którym przewiduje się kary pozbawienia wolności od 4 lat do dożywocia, w zależności od okoliczności obciążających. Obniżono ponadto z 15 do 14 lat wiek, po którego przekroczeniu ponosi się odpowiedzialność karną.

Na Litwie za posiadanie narkotyków z zamiarem sprzedaży nie można już nałożyć kary do 90 dni pobytu w areszcie policyjnym — tego rodzaju wykroczenie podlega obecnie znacznie surowszej karze minimalnej, czyli karze pozbawienia wolności, chociaż minimalny jej wymiar obniżono z 5 do 2 lat. Maksymalny wyrok za kradzież znacznych ilości narkotyków lub kradzież dokonaną przez grupę zorganizowaną wydłużono do 15 lat.

We Włoszech w wyniku niedawnych zmian w przepisach (luty 2006) wprowadzono klasyfikację narkotyków na dwie główne grupy zamiast sześciu (wszystkie substancje, które nie mają zastosowania w lecznictwie, połączono w jedną grupę, rezygnując z pojęcia narkotyków twardych i miękkich);

(?) Więcej informacji znajduje się na stronie http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm.

określono próg pomiędzy ilością na własny użytek i do celów handlowych; zmieniono kary, wprowadzając areszt domowy i pracę społeczną; a także zwiększono możliwości orzekania kar innych niż pozbawienie wolności. Ponadto wszystkie osoby zażywające narkotyki mają obecnie prawo do swobodnego wyboru rodzaju i miejsca leczenia oraz instytucji poświadczającej ich status osoby uzależnionej. Usługi tego typu nie są już zastrzeżone wyłącznie dla sektora publicznego.

W Zjednoczonym Królestwie ustawa o narkotykach z 2005 r. wprowadziła kilka istotnych zmian w przepisach prawa krajowego, m.in. wyjaśniła kwestię zakwalifikowania grzybów zawierających psylocynę lub psylocybinę do narkotyków klasy A; wprowadziła domniemanie zamiaru dostawy w przypadku znalezienia określonej ilości kontrolowanych narkotyków; pozwoliła policji na badanie sprawców wykroczeń po ich aresztowaniu, a nie dopiero po postawieniu zarzutu — przy pozytywnym wyniku badania konieczne jest przeprowadzenie testu na obecność narkotyków; nałożyła także na sądy obowiązek uwzględnienia przy wydawaniu wyroku okoliczności obciążających (np. rozprowadzanie narkotyków w pobliżu szkoły). Ponadto sądy mogą skazywać na pobyt w areszcie śledczym na okres do 8 dni (wcześniej do 4 dni) osoby, które połknęły opakowania z narkotykami, a sąd lub ława przysięgłych mogą wyciągnąć wnioski w przypadku odmowy poddania się rewizji osobistej lub badaniu USG bez uzasadnionego powodu.

Ogólnie w Europie rysuje się tendencja do obniżania lub rezygnowania z kar pozbawienia wolności za wykroczenia związane z posiadaniem narkotyków na użytek własny, przy jednoczesnym podnoszeniu wymiaru kar za wykroczenia związane z dostarczaniem narkotyków ⁽⁸⁾.

Ilości posiadanych narkotyków

W okresie objętym niniejszym sprawozdaniem niektóre kraje wprowadziły przepisy dotyczące progowych ilości narkotyków.

W Belgii po uchyleniu przez Sąd Konstytucyjny art. 16 ustawy z 2003 r. wydano nową wspólną dyrektywę ministra sprawiedliwości i prokuratora generalnego, w której określono rodzaje naruszenia przepisów w odniesieniu do konopi indyjskich. Dyrektywa stanowi, że posiadanie przez osobę dorosłą niewielkich ilości konopi na własny użytek (nie więcej niż 3 g lub jednej rośliny) powinno skutkować jedynie rejestracją przez policję, o ile nie występują żadne okoliczności obciążające.

W Słowacji kwestia ilości narkotyków odgrywa kluczową rolę w nowych przepisach kodeksu karnego dotyczących wykroczeń związanych z narkotykami. W art. 171 wprowadzono dwa rodzaje przestępstw za posiadanie narkotyków na własny użytek. Posiadanie nie więcej niż trzech dawek podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat, podczas gdy za posiadanie „większej ilości”

(nieprzekraczającej 10 dawek) można nałożyć karę do 5 lat pozbawienia wolności. Posiadanie jeszcze większej ilości narkotyków podlega karom określonym w art. 172. Na mocy tego przepisu przy braku okoliczności obciążających nakłada się karę pozbawienia wolności 4–10 lat za posiadanie większej ilości narkotyków (o wartości w sprzedaży detalicznej przewyższającej ponad 10-krotnie „podstawową” kwotę 8000 konon — około 200 euro) — karę 10–15 lat pozbawienia wolności, za posiadanie narkotyków na dużą skalę (określoną jako przewyższająca ponad 100-krotnie wartość podstawową) — karę 15–20 lat pozbawienia wolności, a za posiadanie narkotyków na wielką skalę (określoną jako przewyższająca ponad 500-krotnie wartość podstawową) — na karę 20–25 lat pozbawienia wolności.

W latach 2002–2005 w niemieckim Instytucie Maxa Plancka przeprowadzono ocenę art. 31 a niemieckiej ustawy o środkach odurzających, który dopuszczał posiadanie „nieznacznych ilości” narkotyków, przy czym w określonych okolicznościach przestępstwo to nie podlegało karze. Ocena ta wykazała, że w praktyce wystąpiły znaczne różnice we wdrażaniu art. 31 a ustawy w 16 landach niemieckich, częściowo spowodowane różnymi interpretacjami określenia „nieznaczny” (Schäfer i Paoli, 2006). W marcu 2005 r. land Berlin wydał poprawkę do „Wytycznych dotyczących konopi indyjskich”, zgodnie z którą posiadanie do 10 g pochodnych konopi indyjskich nie podlega ściganiu przy spełnieniu określonych warunków dodatkowych. W indywidualnych przypadkach ilość ta może zostać zwiększona do 15 g.

Minister zdrowia Litwy zmienił zalecenia dotyczące ustalania, jakie ilości narkotyków i substancji psychotropowych należy uważać za małe, duże i bardzo duże, ponownie określając te ilości. Brytyjska ustawa antynarkotykowa z 2005 r. wprowadza pojęcie domniemanego zamiaru sprzedaży w sytuacji znalezienia określonej ilości narkotyków podlegających kontroli. Ilości te sprecyzowano w przepisach wiośną 2006 r.

W Bułgarii ustawa zmieniająca i uzupełniająca kodeks karny (nowy SG 26/04) znosi art. 354a (3), który osoby uzależnione uwalniał od odpowiedzialności karnej w przypadku znalezienia przy nich pojedynczej dawki narkotyku. Jako powody tej zmiany podano m.in. trudności w określaniu wielkości pojedynczej dawki oraz dowody na nadużywanie tego wyjątku przez sądy z korzyścią dla handlarzy narkotyków.

We Włoszech zmiany wprowadzone w lutym 2006 r. narzuciły nowe ograniczenia ilości narkotyków, które zniesiono wcześniej w 1993 r. Na podstawie zawartości składnika czynnego w narkotyku wyznaczono granicę pomiędzy ilością posiadaną na własny użytek a ilością przeznaczoną do sprzedaży. Ograniczenia określono w specjalnym dekreście ministra zdrowia wydanym w kwietniu 2006 r.

⁽⁸⁾ Patrz Sprawozdanie roczne 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/pl/page013-pl.html>). Patrz również „Illicit drug use in the EU: legislative approaches”, dokument tematyczny opracowany przez EMCDDA (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

Jak już wykazały badania na potrzeby Europejskiej Prawnej Bazy Danych o Narkotykach (European Legal Databases on Drugs — ELDD) ⁽⁹⁾, rola ilości posiadanych narkotyków w przepisach antynarkotykowych jest różna. W niektórych krajach (np. w Słowacji) ściśle określono posiadane ilości, od których zależy rodzaj wykroczenia, podczas gdy w innych (np. w Zjednoczonym Królestwie) ilości dają podstawę do domniemania o zamiarze sprzedaży, podlegającego obaleniu. Ilości narkotyków mogą ponadto dawać podstawę do rozróżniania rodzajów przestępstw (np. posiadanie lub dostarczanie narkotyków) lub wpływając na wymiar kary za to samo przestępstwo. Chociaż w przepisach wielu krajów jest odniesienie do ilości narkotyków, podaje się różne sposoby jej określania (według wagi, wartości) lub nie podaje się ich wcale. Najnowsze, wyraźnie odmienne działania podejmowane przez Włochy i Bułgarię nadal wskazują jedynie na brak jasnego konsensusu w tej dziedzinie w Europie.

Statystyki dotyczące wymiaru kary

Monitorowanie wymiaru kar za przestępstwa narkotykowe brano pod uwagę lub wdrożono w kilku krajach, a w niektórych przypadkach podjęto już działania na podstawie uzyskanych wyników.

W Irlandii zatwierdzono utworzenie centralnej jednostki do spraw statystyki przestępstw, monitorującej dane statystyczne dotyczące aresztowań, oskarżeń oraz rodzaju wymierzanych kar, zgodnie z krajową strategią antynarkotykową.

Niemiecka ustawa o środkach odurzających w określonych okolicznościach pozwala prokuratorowi na przerwanie postępowania za posiadanie narkotyków bez uzyskania zgody sądu. Pomimo istniejących zaleceń i wytycznych w tym zakresie występują znaczne różnice w przepisach stosowanych w poszczególnych landach. We wspomnianym wcześniej badaniu tych różnic, przeprowadzonym przez ministerstwo zdrowia, wzięto pod uwagę wymiar kary nałożonej w około 1800 przypadkach w sześciu różnych landach (Schäfer i Paoli, 2006).

W niektórych prowincjach austriackich podjęto próby unormowania wdrożenia art. 12 i 35(4) Ustawy o narkotykach, w których określono uproszczone sposoby postępowania przy wycofaniu zgłoszenia na policji w przypadku zakupu lub posiadania niewielkich ilości konopi indyjskich. Inne dane statystyczne dotyczące wymiaru kary wykazały, że liczba przypadków wycofania zgłoszenia jako ustawowej alternatywy do kary wzrosła w 2004 r., chociaż liczba zgłoszeń na policji i wyroków skazujących wzrosła jeszcze bardziej, podczas gdy liczba zawieszonych postępowań nieco spadła.

W Rumunii przeprowadzono badania statystyczne dotyczące zasądzonych wyroków w celu monitorowania pomyślnych wyników integracji społecznej osób zażywających narkotyki, które popełniły przestępstwa innego rodzaju niż stosowanie narkotyków. W większości przypadków sankcją było zawieszenie kary i nadzór. Od 2004 r. odnotowano, że sądy rządziej nakładały karę przymusowego leczenia, skutecznie zmniejszając udział służb kuratorskich, a więc i ich wkład w społeczną rehabilitację osób zażywających narkotyki.

Dane statystyczne dotyczące wymiaru kary lub odstąpienia od kary przedstawiają o wiele dokładniejszy obraz wdrażania krajowej polityki antynarkotykowej niż treść ustaw (patrz EMCDDA, 2002a). Chociaż nie wszystkie państwa członkowskie gromadzą wyczerpujące dane statystyczne dotyczące wymiaru kary w przeciwieństwie do statystyk dotyczących aresztowań, niektóre kraje zaczynają wykazywać większe zainteresowanie monitorowaniem realizacji tej polityki. Pozostaje to w zgodzie z tendencją do oceny instrumentów politycznych ⁽¹⁰⁾. Zagadnienie zbierania i analizy danych statystycznych dotyczących wymierzanych kar poruszono na posiedzeniu ekspertów EMCDDA w 2006 r.

Przestępstwa związane z narkotykami

Działanie 25.1 Antynarkotykowego planu działania UE 2005–2008 przewiduje przyjęcie przez Radę w 2007 r. wspólnej definicji „przestępstwa związanego z narkotykami” na podstawie projektu Komisji wykorzystującego dostępne wyniki badań, które przedstawi EMCDDA.

Chociaż dotychczas nie przyjęto w UE definicji przestępstwa związanego z narkotykami, powszechnie uważa się, że pojęcie to obejmuje przestępstwa popełnione pod wpływem narkotyków, przestępstwa popełnione w celu zdobycia środków finansowych na zakup narkotyków, przestępstwa popełnione w kontekście funkcjonowania nielegalnych rynków narkotykowych oraz przypadki naruszenia prawa antynarkotykowego. Rutynowe dane są dostępne w UE jedynie w odniesieniu do ostatniego rodzaju tych przestępstw, tj. przypadków naruszenia prawa antynarkotykowego.

Dane dotyczące trzech pierwszych rodzajów przestępstw są w UE rzadkie lub niepełne. Niektóre z nich uzyskano z doraźnych badań lokalnych, których wyniki trudno jest przewidzieć, podczas gdy pozostałe odnoszą się jedynie do określonego rodzaju przestępstwa związanego z narkotykami.

Dane dotyczące „zgłoszeń” ⁽¹¹⁾ o naruszeniu prawa antynarkotykowego są dostępne we wszystkich krajach europejskich analizowanych w niniejszym sprawozdaniu. Zgłoszenia odzwierciedlają różnice w krajowych

⁽⁹⁾ Patrz „The role of the quantity in the prosecution of drug offences” (Rola ilości posiadanych narkotyków w ściganie przestępstw związanych z narkotykami), sprawozdanie prawne ELDD oraz tabela 1 w „Illicit drug use in the EU: legislative approaches” (Nielegalne stosowanie narkotyków w UE: podejścia prawne), dokument tematyczny opracowany przez EMCDDA (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽¹⁰⁾ Patrz „National policies: evaluation of laws” (Krajowe strategie polityczne: ocena przepisów) (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/pl/page021-pl.html>).

⁽¹¹⁾ Termin „zgłoszenia” podano w cudzysłowie, ponieważ w różnych krajach dotyczy on różnych pojęć. Dokładne definicje dla każdego kraju zamieszczono w uwagach metodologicznych na temat naruszeń prawa antynarkotykowego w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Sprawozdania dotyczące związku narkotyków z przestępczością

W 2005 r. w Republice Czeskiej przez drugi, kolejny rok prowadzono badania ankietowe w regionalnych komendach policji w zakresie przestępstw wiążących się z narkotykami. Oszacowano, że w 2004 r. około 62% przestępstw związanych z produkcją lub dystrybucją narkotyków, 25% oszustw, 21% przestępstw wiążących się ze sprzeniewierzeniem funduszy i własności oraz 20% zwyczajnych kradzieży popełniły osoby zażywające narkotyki w celu zdobycia środków finansowych na ich spożycie (czeskie sprawozdanie krajowe).

Badanie przeprowadzone w 2004 r. w Finlandii wśród 15–16-latków wykazało, że około 7% osób zażywających w ciągu ostatniego roku konopie indyjskie zdobyło fundusze na ich zażywanie w nielegalny sposób — ponad połowa poprzez sprzedaż narkotyków, a pozostali przede wszystkim poprzez kradzież (Kivivuori i in., 2005, cytowany w sprawozdaniu krajowym Finlandii).

W Irlandii dwa badania przeprowadzone przez Garda Research Unit w 1996 r. i w 2000/2001 r. wśród wybranej grupy osób znanych policji zażywających narkotyki wykazały, że w 1996 r. osoby zażywające narkotyki ponosiły odpowiedzialność za 66% wykrytych, podlegających oskarżeniu przestępstw i za 28% takich przestępstw w latach 2000–2001. (Keogh, 1997; Furey i Browne, 2003, cytowani w sprawozdaniu krajowym Irlandii). W badaniu przeprowadzonym w latach 2000–2001 stwierdzono, że osoby zażywające opiaty ponosiły odpowiedzialność za 23% wykrytych przypadków kradzieży i 37% wykrytych przypadków włamań.

przepisach prawa, ale również w sposobach ich stosowania i egzekwowania oraz w priorytetach i zasobach przeznaczonych przez instytucje prawa karnego na poszczególne przypadki naruszania prawa. Ponadto widoczne są różnice w krajowych systemach informowania o naruszeniach prawa antynarkotykowego, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk raportowania i rejestrowania, czyli tego, które dane są rejestrowane, kiedy i w jaki sposób. Ponieważ różnice te sprawiają, że bezpośrednie porównywanie sytuacji w krajach UE jest raczej utrudnione⁽¹²⁾, bardziej właściwe jest podejście polegające na porównywaniu tendencji, a nie danych liczbowych.

W 5-letnim okresie 1999–2004 liczba „zgłoszeń” o naruszeniu prawa antynarkotykowego wzrosła w większości krajów UE (w rzeczywistości we wszystkich krajach objętych sprawozdaniem z wyjątkiem Włoch i Portugalii, przy czym szczególnie wyraźny wzrost — dwukrotnie lub wyższy — miał miejsce w Estonii, na Litwie⁽¹³⁾, na Węgrzech⁽¹⁴⁾ i w Polsce). W 2004 r. ta tendencja wzrostowa potwierdziła się w większości krajów objętych raportem⁽¹⁵⁾, chociaż w niektórych z nich odnotowano spadek w porównaniu z poprzednim rokiem — mianowicie w Republice Czeskiej, Grecji, na Łotwie, w Luksemburgu, Portugalii, Słowenii (od 2001 r.), w Słowacji, Finlandii i Bułgarii⁽¹⁶⁾.

W przeważającej liczbie państw członkowskich UE większość zgłoszonych naruszeń prawa antynarkotykowego⁽¹⁷⁾ wiąże się z zażywaniem narkotyków lub posiadaniem ich na własny użytek⁽¹⁸⁾; w 2004 r. ich liczba wahała się od 61% wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego w Polsce do 90% w Austrii. W Republice Czeskiej, Luksemburgu, Niderlandach i Turcji większość zgłoszonych naruszeń prawa antynarkotykowego odnosi się do dystrybucji narkotyków lub handlu nimi, przy czym udział w całości przestępstw waha się od 48% w Luksemburgu do 93% w Republice Czeskiej.

W tym samym 5-letnim okresie liczba przestępstw związanych z zażywaniem i posiadaniem narkotyków na użytek własny wzrosła we wszystkich krajach objętych sprawozdaniem z wyjątkiem Włoch, Portugalii, Słowenii, Bułgarii i Turcji, w których odnotowano tendencję spadkową⁽¹⁹⁾. W tym okresie w większości krajów objętych sprawozdaniem w niewielkim stopniu wzrósł również udział wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego; wyjątek stanowiły Cypr, Polska i Finlandia, w których odnotowano wyraźniejszą tendencję wzrostową. Jednakże w Luksemburgu, Portugalii, Bułgarii i Turcji odnotowano ogólny spadek udziału przestępstw związanych z zażywaniem i posiadaniem narkotyków⁽²⁰⁾.

W większości państw członkowskich w zgłoszonych naruszeniach prawa antynarkotykowego najczęściej występującym nielegalnym narkotykiem⁽²¹⁾ są konopie indyjskie⁽²²⁾. W takich krajach przestępstwa związane z konopiami indyjskimi w 2004 r. stanowiły 34–87% wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego. W Republice Czeskiej i na Litwie przeważały przestępstwa

⁽¹²⁾ Zagadnienia metodologiczne omówiono szerzej w uwagach na temat naruszeń prawa antynarkotykowego w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹³⁾ Wzrost liczby przestępstw na Litwie wynika z wdrożenia w maju 2003 r. nowego kodeksu karnego.

⁽¹⁴⁾ Wzrost liczby przestępstw na Węgrzech wynika przede wszystkim ze zmian w kodeksie karnym i w procedurach karnych.

⁽¹⁵⁾ Dane o „zgłoszeniach” dotyczących naruszeń prawa antynarkotykowego za lata 1999–2004 były dostępne we wszystkich krajach (choć nie zawsze na każdy rok) z wyjątkiem Cypru, Słowacji, Bułgarii, Rumunii, Turcji i Norwegii; a za 2004 r. we wszystkich krajach z wyjątkiem Irlandii, Zjednoczonego Królestwa i Norwegii.

⁽¹⁶⁾ Patrz tabela DLO-1 i wykres DLO-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁷⁾ Podział według rodzajów przestępstw udostępniły wszystkie kraje (choć w niektórych przypadkach nie dotyczył on każdego roku w okresie 1999–2004) z wyjątkiem Danii, Estonii, Łotwy, Litwy, Węgier, Słowacji i Rumunii.

⁽¹⁸⁾ Patrz tabela DLO-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁹⁾ Patrz tabela DLO-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁰⁾ Patrz tabela DLO-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²¹⁾ Podział naruszeń prawa antynarkotykowego według substancji był dostępny we wszystkich krajach (choć nie zawsze za każdy rok w okresie 1999–2004) z wyjątkiem Danii, Estonii, Łotwy, Węgier, Finlandii, Rumunii i Norwegii.

⁽²²⁾ Patrz tabela DLO-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

związane z amfetaminą, których udział we wszystkich naruszeniach prawa antynarkotykowego wynosił odpowiednio 50% i 31%, podczas gdy w Luksemburgu większość przypadków dotyczyła kokainy (43% wszystkich naruszeń prawa antynarkotykowego).

W latach 1999–2004 ogólna liczba „zgłoszeń” o naruszeniach prawa antynarkotykowego związanych z konopiami indyjskimi wzrosła w większości krajów objętych sprawozdaniem, podczas gdy we Włoszech i w Słowenii odnotowano wyraźny spadek ⁽²³⁾. W tym samym okresie odsetek przestępstw narkotykowych związanych z konopiami indyjskimi wzrósł w Niemczech, Hiszpanii, we Francji, na Litwie, w Luksemburgu, Portugalii, Zjednoczonym Królestwie i Bułgarii, podczas gdy w Irlandii i Niderlandach utrzymał się na tym samym poziomie, a obniżył się w Belgii, we Włoszech, w Austrii, Słowenii i Szwecji ⁽²⁴⁾. Pomimo że we wszystkich objętych sprawozdaniem krajach (z wyjątkiem Republiki Czeskiej i Bułgarii, a przez kilka lat również Belgii) występowanie konopi indyjskich w przestępstwach związanych z zażywaniem i posiadaniem narkotyków jest wyższe niż w przypadku innych naruszeń prawa antynarkotykowego, od 1999 r. odsetek przestępstw związanych z zażywaniem narkotyku, w których występują konopie indyjskie, obniżył się w kilku krajach — na

Cyprze (w latach 2002–2004), we Włoszech, w Austrii, Słowenii i Turcji (w latach 2002–2004). W ostatnim roku (2003–2004) odsetek ten obniżył się w większości krajów objętych sprawozdaniem, co może świadczyć o mniejszym zainteresowaniu organów ścigania osobami zażywającymi konopie indyjskie ⁽²⁵⁾.

W ciągu tych samych 5 lat liczba „zgłoszeń” lub odsetek naruszeń prawa antynarkotykowego związanych z heroiną obniżył się w większości krajów objętych sprawozdaniem z wyjątkiem Belgii, Austrii, Słowenii i Szwecji, w których odnotowano tendencje wzrostowe w liczbie „zgłoszeń” dotyczących heroiny ⁽²⁶⁾ lub odsetka przestępstw narkotykowych, w których występowała heroina ⁽²⁷⁾.

Przeciwną tendencję obserwuje się w odniesieniu do przestępstw związanych z kokainą: zarówno pod względem liczby „zgłoszeń” ⁽²⁸⁾, jak i procentowego udziału we wszystkich przestępstwach narkotykowych ⁽²⁹⁾, w większości krajów objętych sprawozdaniem od 1999 r. nastąpił wzrost liczby przestępstw związanych z kokainą. Bułgaria jest jedynym krajem, w którym odnotowano tendencję spadkową w odniesieniu do przestępstw związanych z kokainą (zarówno pod względem liczby, jak i procentowego udziału we wszystkich przestępstwach narkotykowych).

Europejska polityka antynarkotykowa: czy wykroczy poza nielegalne narkotyki? — w Sprawozdaniu rocznym EMCDDA za 2006 r.: wybrane zagadnienia

W Europie zakres polityki antynarkotykowej zaczyna wykraczać poza narkotyki nielegalne i obejmuje inne substancje uzależniające czy nawet rodzaje zachowań. Znajduje to swoje odbicie w polityce antynarkotykowej niektórych państw członkowskich i w strategiach antynarkotykowych UE. W coraz większym stopniu badania dotyczą kwestii uzależnienia lub zachowań uzależniających bez względu na rodzaj substancji, która je wywołuje. To nowe zjawisko w UE po raz pierwszy pokazane zostało w wybranym zagadnieniu dotyczącym większego nacisku, który kładzie się na substancje legalne lub samo uzależnienie w krajowych strategiach antynarkotykowych

skierowanych przeciw narkotynom nielegalnym i w dokumentach politycznych.

Chociaż strategie antynarkotykowe nie zawsze odnoszą się do narkotyków legalnych czy uzależnień, w wybranym zagadnieniu stwierdzono, że w niektórych krajach środki lecznicze stosuje się zarówno wobec narkotyków legalnych, jak i nielegalnych, traktując priorytetowo dzieci i ludzi młodych. Coraz powszechniej stosuje się praktykę powolnego wprowadzania, strategicznie lub instytucjonalnie, kwestii legalnych narkotyków do polityki i środków wymierzonych przeciwko narkotynom nielegalnym.

Wybrane zagadnienie dostępne jest w wersji drukowanej (European drug policies: extended beyond illicit drugs?, in: *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²³⁾ Patrz wykres DLO-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁴⁾ Patrz tabela DLO-6 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁵⁾ Patrz wykres DLO-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁶⁾ Patrz wykres DLO-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁷⁾ Patrz tabela DLO-7 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.; uwaga: w Szwecji w latach 1999–2003 obniżył się odsetek przestępstw związanych z heroiną.

⁽²⁸⁾ Patrz wykres DLO-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁹⁾ Patrz tabela DLO-8 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.



Rozdział 2

Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie

Profilaktyka

Doświadczenia niektórych państw członkowskich wskazują, że skuteczność antynarkotykowych działań zapobiegawczych na poziomie jednostki można podnieść dzięki regulacjom dotyczącym legalnych narkotyków, które ograniczają dostęp młodych ludzi do tych substancji i pomagają obniżyć tolerancję społeczną dla ich zażywania. W związku z tym środowiskowe strategie zapobiegawcze, ukierunkowane na normatywne i kulturowe ramy zażywania tych substancji, zyskują na popularności w niektórych częściach Europy, przy wsparciu pierwszych działań podejmowanych na poziomie UE, takich jak dyrektywa w sprawie reklamy tytoniu oraz Konwencja ramowa Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotycząca kontroli tytoniu (patrz rozdział o strategiach środowiskowych w ramach wybranego zagadnienia dotyczącego zażywania narkotyków w warunkach rekreacyjnych).

Rolę kampanii medialnych postrzega się w coraz większym stopniu jako element podnoszenia świadomości (uzasadniania, wspierania i wyjaśniania opinii publicznej przesłanek leżących u podstaw strategii środowiskowych), a nie jako czynnik wpływający na zmianę sposobu zachowania. W tym względzie dokonany niedawno w Niemczech przegląd literatury międzynarodowej (Bühler i Kröger, 2005, cytowany w niemieckim sprawozdaniu krajowym) zaleca, aby wykorzystywać kampanie medialne jako działanie wspierające, a nie jako jedyny środek do osiągnięcia zmian w zachowaniu.

Działania zapobiegawcze w zakresie zdrowia publicznego

Podczas gdy promowanie zdrowia — jako podstawa profilaktyki — ma na celu zachęcanie ludzi do prowadzenia zdrowego trybu życia i stworzenie zdrowych warunków życia dla wszystkich, nowe pojęcie „działań zapobiegawczych w zakresie zdrowia publicznego” jest coraz częściej wymieniane przez niektóre państwa członkowskie (Włochy, Niemcy, Słowację) oraz Norwegię. Działania zapobiegawcze w zakresie zdrowia publicznego to szereg środków prewencyjnych, które mają na celu poprawienie stanu zdrowia zagrożonych grup społecznych; jeden z elementów tej strategii stanowi zapobieganie zażywaniu narkotyków. Środki te są szczególnie dostosowane do potrzeb młodych ludzi, wśród których problemowe wzorce zachowania, w tym

zażywanie narkotyków, są silnie uzależnione od stopnia zagrożenia (społecznego i osobistego) oraz od warunków życiowych. Ponieważ więc selektywne i określone strategie zapobiegawcze ukierunkowane są na społeczne i osobiste czynniki ryzyka, w naturalny sposób wiążą się one z innymi aspektami polityki zdrowia publicznego dotyczącej młodych ludzi (strategie zdrowia psychicznego młodzieży związane z zaburzeniami zachowania, zaburzeniami koncentracji itp.), z polityką społeczną (zapewnienie miejsc spędzania wolnego czasu oraz wsparcia dla młodzieży zagrożonej lub z ubogich rodzin), z polityką oświatową (obniżenie liczby uczniów porzucających szkołę) itd. Działania zapobiegawcze z zakresu zdrowia publicznego są zatem ukierunkowane na pełny zestaw czynników zagrożenia istotnych w zwalczaniu problemów narkotykowych, przy pomocy służb i sektorów, które z założenia nie zajmują się narkotykami.

Powszechna profilaktyka w szkołach

W ramach działań zapobiegawczych w szkołach na znaczeniu zyskują programowe metody prewencji. Profilaktyka programowa oznacza znormalizowane działanie w formie określonej liczby sesji, przy czym treść każdej z nich jest ściśle określona i przewiduje wykorzystanie szczegółowych materiałów dla nauczycieli i uczniów. Ułatwia to monitorowanie i ocenę oraz zwiększa dokładność, stosowność i spójność działań zapobiegawczych, wpływając w ten sposób na ich wysoką jakość. W konsekwencji większa niż dotychczas liczba państw członkowskich monitoruje zapobiegawcze działania interwencyjne w szkołach (są to Republika Czeska, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Włochy, Cypr, Węgry, Niemcy i Zjednoczone Królestwo). Pierwsza europejska próba zapobiegania narkomanii (EU-Dap) (www.eudap.net) wykazała obiecujące wyniki. Projekt finansowany przez Komisję Europejską wdrożono i poddano szczegółowej ocenie w siedmiu krajach, w dziewięciu ośrodkach regionalnych i 143 szkołach; wzięło w nim udział 7000 uczniów (3500 w grupie próbnej i 3500 w grupie kontrolnej). Jak wskazują wyniki uzyskane w projekcie EU-Dap, w porównaniu z grupą kontrolną prawdopodobieństwo codziennego palenia tytoniu wśród uczniów w grupie próbnej było niższe o 26%, prawdopodobieństwo częstego upijania się niższe o 35%, a prawdopodobieństwo zażywania konopi indyjskich — niższe o 23%. Zjednoczone Królestwo stosuje podobną programową metodę badań o nazwie *Blueprint* ⁽³⁰⁾. Ponadto

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/

obecnie większą wagę przykłada się do ściślejszych wytycznych natury technicznej oraz do szerszego zakresu działań zapobiegawczych wdrażanych w szkołach (np. we Francji i w Irlandii).

Policja w szkołach

Rola policji w profilaktyce w szkołach jest kwestią kontrowersyjną. W Belgii społeczność francuskojęzyczna zaleca, aby działania z zakresu promocji zdrowia oraz profilaktyki wdrażały władze szkolne bez angażowania w program prewencji sił policyjnych. Również w Zjednoczonym Królestwie dokument polityczny (ACPO Drugs Committee, 2002) zaleca, aby służby policyjne działały jedynie w dziedzinach swoich kompetencji (bezpieczeństwo, naruszenie prawa, porządek), nie angażując się w szczegółowe aspekty edukacji antynarkotykowej. Postępując zgodnie z tymi zasadami, Portugalia nadal prowadzi program nadzoru policyjnego — Escola Segura (bezpieczna szkoła). W roku szkolnym 2004/2005 do szkół przydzielono łącznie 320 funkcjonariuszy policji w celu prowadzenia nadzoru i stosowania środków zniechęcających do naruszania prawa zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy. We Francji specjaliści przeszkoleni przez organy ścigania w nawiązywaniu kontaktów z młodzieżą i dorosłymi odwiedzają szkoły i inne placówki na ich wniosek. Pomimo zaleceń, aby edukacji antynarkotykowej nie prowadzili umundurowani funkcjonariusze policji, gdyż w niektórych przypadkach przynosi to skutki odwrotne do zamierzonych, w kilku państwach członkowskich prowadzenie działań w szkołach przez służby policyjne jest nadal powszechne.

Zapobieganie wybiórcze

Po uznaniu i opracowaniu przez większość państw członkowskich metody zapobiegania wybiórczego podejmuje się działania w coraz większym stopniu ukierunkowane na grupy zagrożone. Na przykład Niemcy, Grecja, Luksemburg, Austria, Finlandia i Zjednoczone Królestwo donoszą o programach skierowanych do młodych przestępców.

Kilka krajów (np. Polska i Słowacja) zaczęło zwracać szczególną uwagę na grupy zagrożone. W Szwecji w porównaniu do ubiegłych lat największy wzrost liczby działań nastąpił w programach dla zagrożonych dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci w wieku szkolnym z eksternalizacyjnymi zaburzeniami zachowania. Liczba gmin miejskich wdrażających te programy wzrosła blisko dwukrotnie. Ponadto Norwegia opracowuje krajową strategię wczesnych działań interwencyjnych wobec problemu narkotykowego i spożywania alkoholu, zgodnie z którą profilaktyka będzie szczególnie ukierunkowana na grupy ryzyka. Metody nieopierające się na abstynencji są skuteczne nie tylko w obniżaniu spożycia, ale także liczby inicjacji podejmowanych w tych grupach, w których już pojawiły się przypadki zażywania narkotyków. W Polsce istnieje ogólnokrajowy program, którego celem jest zmiana

związanych z narkotykami zachowań dzieci zagrożonych lub dzieci na wczesnych etapach zażywania narkotyków. Specjalnym celem wprowadzonego w Polsce programu jest udzielenie rodzinie wsparcia w rozwiązywaniu problemów narkotykowych. Duże znaczenie ma tutaj fakt, że pojęcie zapobiegania wybiórczego nie dotyczy jedynie zażywania narkotyków ani go nie piętkuje — skupia raczej uwagę na zjawisku szeroko pojętego zagrożenia.

Państwa członkowskie coraz częściej informują o ukierunkowaniu swojej polityki zapobiegania wybiórczego na określone grupy etniczne; cztery kraje (Belgia, Niemcy, Włochy i Luksemburg) donoszą o nowych projektach w tej dziedzinie. We Włoszech priorytetowym celem wielu projektów jest obecnie ochrona dzieci, matek i rodzin imigrantów lub osób należących do mniejszości etnicznych. Luksemburg informuje, że szczególną uwagę poświęca ludziom młodym i największym społecznościom imigrantów, koncentrując się na specyfice językowej i społeczno-kulturowej.

Zapobieganie wybiórcze w szkołach

Młodzi ludzie zagrożeni porzuceniem nauki w szkole lub mający problemy behawioralne coraz częściej stają się adresatami wybiórczych działań zapobiegawczych dotyczących narkotyków. Tak się dzieje na przykład we Włoszech, gdzie około 15% działań prewencyjnych podejmowanych w szkołach koncentruje się na zagrożonych podgrupach uczniów (wybiórcze i określone działania zapobiegawcze). Główne podgrupy, do których skierowane jest zapobieganie wybiórcze w szkołach, to uczniowie ze społecznymi problemami behawioralnymi, problemami szkolnymi lub rodzinnymi, uczniowie z rodzin imigrantów i należący do mniejszości etnicznych. Osiągnięcia w nauce i obecność na zajęciach szkolnych są faktycznie dobrymi wskaźnikami problemów narkotykowych i ich monitorowanie umożliwia wczesne podjęcie dobrze ukierunkowanych działań interwencyjnych.

W kilku państwach członkowskich programy profilaktyki antynarkotykowej kładą nacisk przede wszystkim na przypadki porzucania szkoły. Celem projektu HUP wprowadzonego w hrabstwie Storstrom w Danii jest zwiększenie przeciętnego wskaźnika liczby uczniów kończących naukę w szkole z 75% do krajowej wielkości docelowej wynoszącej 95%, dzięki skupieniu uwagi na zagrożonych uczniach. O podobnych projektach informuje Irlandia, Portugalia (47 projektów), Rumunia (jeden projekt) i Norwegia (broszury dla nauczycieli). Ograniczenie zjawiska opuszczania szkoły we wczesnym wieku jest oficjalnym założeniem krajowej strategii przyjętej przez Irlandię. Jej celem jest obniżenie tego wskaźnika w obszarach działania lokalnych antynarkotykowych grup zadaniowych (LDTF) o 10% w porównaniu z danymi za rok szkolny 2005/2006. Na Malcie najbardziej zagrożonych uczniów objęto programami wybiórczych działań zapobiegawczych, podczas gdy we Francji i w Słowacji

w szkołach można skorzystać z usług doradczych na zasadzie (samo-)zgfłoszenia.

Prewencja w rodzinie

Wraz ze wzrostem liczby młodszych dzieci, które zaczynają zażywać narkotyki, rośnie potrzeba ulepszenia i intensyfikowania działań prewencyjnych w rodzinie. Wśród dzieci poniżej dwunastego roku życia wpływ rodziny przeważa nad wpływem wywieranym przez rówieśników. Rola rodziny w określaniu norm i wspieraniu dzieci ma większe znaczenie dla działań zapobiegawczych niż przekazywanie informacji o substancjach.

W UE prewencja w rodzinie jest coraz lepiej ukierunkowana i w większym stopniu oparta na rzeczywistych potrzebach. Niektóre państwa członkowskie (Niemcy, Hiszpania, Irlandia, Włochy i Zjednoczone Królestwo) przyznały, że instytucje mogą napotykać trudności przy próbie nawiązania kontaktu z rodzinami, w których występują problemy. W związku z tym w Zjednoczonym Królestwie w ramach kampanii FRANK opracowano pakiet przeznaczony dla antynarkotykowych i antyalkoholowych grup zadaniowych oraz osób zajmujących się profilaktyką, zawierający informacje o metodach docierania do rodzin, a kilka innych państw członkowskich wdraża obecnie programy wybiórczych działań zapobiegawczych ukierunkowane na rodziny z grup ryzyka. W programach tych stosuje się różne techniki przyciągania rodzin z grup ryzyka (np. dostarczanie żywności, zachęty finansowe, zapewnienie opieki nad dziećmi) opracowane głównie na podstawie Programu na rzecz umocnienia rodziny (Strengthening Families Program) Kumpfera (Kumpfer i in., 1996).

Program na rzecz umocnienia rodziny (SFP) jest wdrażany w Hiszpanii (w Palma de Mallorca i w Barcelonie), w Niderlandach (w dwóch miastach, na etapie oceny) i w Szwecji (w dwóch miastach). W Irlandii i we Włoszech trwają szkolenia i przewiduje się, że w drugim z tych krajów program zostanie rozszerzony na kilka miast. Norwegia prowadzi ocenę podobnego programu MST w losowo wybranej grupie kontrolnej. We wszystkich państwach członkowskich wdrożone wybiórcze programy opierające się na rodzinie wykazują wspólne cechy.

Programy dla dzieci zaniedbanych i młodych ludzi z rodzin dysfunkcyjnych prowadzi się w Polsce i w niektórych prowincjach austriackich. Programy te wdraża się w obiektach dla społeczności lokalnej, np. w świetlicach socjoterapeutycznych, placówkach wychowawczych, klubach młodzieżowych i ośrodkach prewencji.

W niektórych krajach (w Belgii, Niemczech, Austrii) uwagę skupia się w coraz większym stopniu na dzieciach alkoholików. W pozostałych krajach nacisk nadal kładzie się wyłącznie na dzieci osób zażywających narkotyki.

Działania zapobiegawcze na poziomie społeczności

Najwięcej programów wybiórczych działań zapobiegawczych prowadzi się na poziomie społeczności.

Wynika to częściowo z faktu, że angażują one różne służby społeczne koordynowane zazwyczaj właśnie na tym szczeblu. Jednak w tych krajach, w których społeczności dysponują władzą i wolą do wprowadzenia norm lokalnych, społeczność stanowi naturalną jednostkę do realizacji strategii środowiskowych. Wybiórcza prewencja w społeczności lokalnej jest powszechna w krajach skandynawskich oraz w Belgii, Niderlandach, Polsce i Zjednoczonym Królestwie. Wzrasta również jej udział w krajach, które w przeszłości stosowały to podejście w mniejszym stopniu (we Francji, Włoszech, na Węgrzech, w Portugalii).

Dzięki ustanowieniu w danej społeczności norm związanych z dostępnością i sposobami zażywania legalnych narkotyków, a także optymalizacji usług lokalnych, lokalne środowiskowe strategie zapobiegawcze są dobrym punktem wyjścia skutecznych antynarkotykowych programów prewencyjnych.

Kontrola jakości działań zapobiegawczych

Znaczenie kontroli jakości działań zapobiegawczych wzrasta zwłaszcza dlatego, że wiele państw członkowskich (Dania, Włochy, Niderlandy, Polska, Portugalia i Słowenia) przeniosło uprawnienia do prowadzenia działań zapobiegawczych oraz odpowiedzialność za nie na szczebel lokalny i przekazało odpowiedzialność za prewencję narkotykową organizacjom pozarządowym (*non-governmental organisations* – NGO) lub organizacjom częściowo niezależnym (Belgia, Niemcy, Francja, Węgry i Finlandia). Niektóre państwa członkowskie informują o strategiach wprowadzania wspólnych kryteriów jakościowych, norm i usług doradztwa technicznego na poziomie lokalnym, wspierania szkół lub społeczności w opracowywaniu polityki szkolnej (Belgia, Dania, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo), wdrożenia odpowiednich programów prewencyjnych i zapewnienia minimalnych kryteriów jakościowych (Dania, Francja, Litwa, Węgry, Słowacja, Zjednoczone Królestwo, Rumunia i Norwegia).

Grecja i Austria są najbardziej zaawansowane w określaniu wymogów akredytacyjnych dla organów i specjalistów do spraw prewencji.

Działania w zakresie leczenia i ograniczania szkód zdrowotnych

Kontekst do zbierania danych dotyczących ograniczania szkód i leczenia w problemach narkotykowych zapewniają EMCDDA dwa główne instrumenty UE:

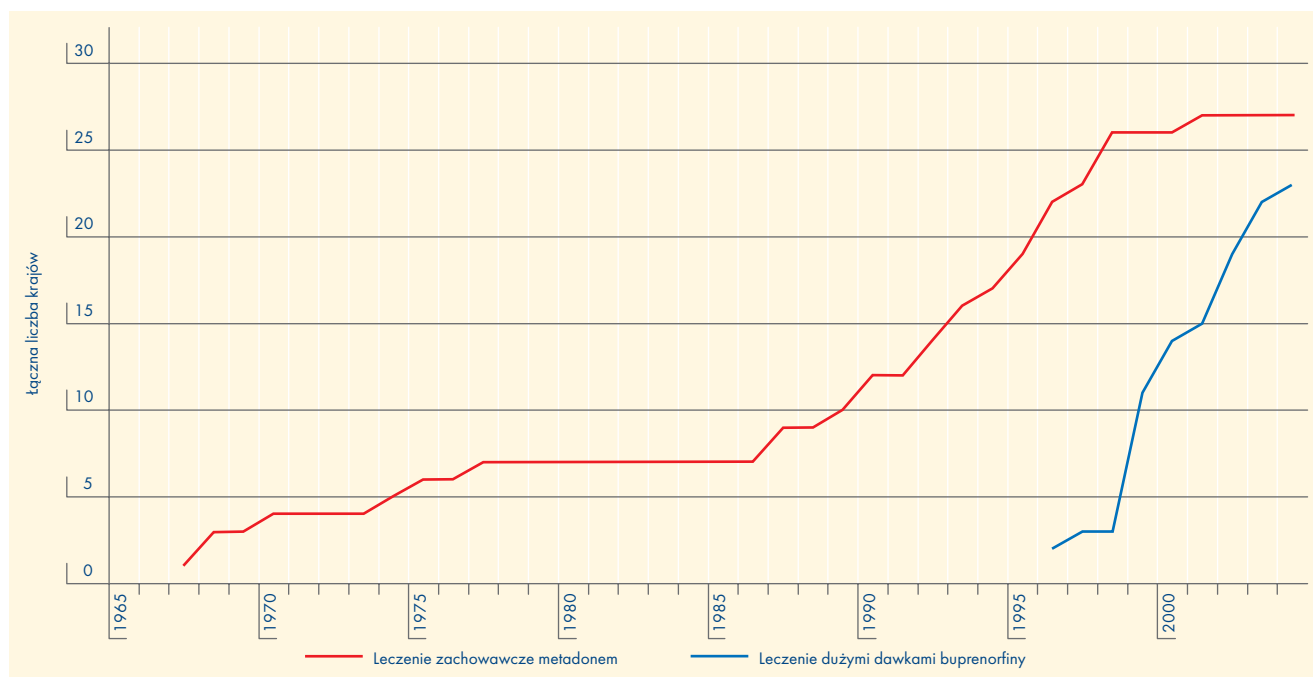
- strategia antynarkotykowa UE 2005–2012 i pierwszy ujęty w niej plan działania 2005–2008, stanowiące ramy dla polityki krajowej i zawierające szczegółowe zalecenia do podjęcia w państwach członkowskich działań, których celem jest zapobieganie zażywaniu narkotyków oraz zwiększenie zasięgu i jakości leczenia oraz usług związanych z ograniczaniem szkód zdrowotnych,

- zalecenie Rady z 18 czerwca 2003 r. ⁽³¹⁾ zawierające kolejne szczegółowe zalecenia dotyczące działań, których wdrożenie państwa członkowskie powinny rozważyć w celu zapobiegania i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków oraz zapewnienia ochrony zdrowia na wysokim poziomie. Podkreślono znaczenie tego zalecenia, włączając je do planu działania UE jako cel nr 14.

Aby ocenić poziom wdrożenia strategii, istotne jest ustalenie poziomu świadczonych usług oraz zakresu ich wykorzystania. I wreszcie rzetelne oszacowanie zakresu – stopnia, w jakim leczenie i działania obniżające szkody docierają do grupy docelowej – będzie potrzebne do oceny celów planu działania oraz stworzenia podstawy do oceny wpływu strategii.

W 8-letnim okresie wdrażania strategii EMCDDA wspiera Komisję w procesie oceny, dostarczając dane pochodzące z systemu wskaźników epidemiologicznych UE oraz opracowując i wdrażając szereg określonych narzędzi do zbierania danych w celu ustalenia poziomu świadczonych usług oraz zakresu wykorzystania leczenia i działań w zakresie ograniczania szkód zdrowotnych. W porównaniu z dobrym obrazem sytuacji epidemiologicznej, uzyskanym dzięki opracowaniu i wdrożeniu z inicjatywy EMCDDA systemu monitorowania opartego na wskaźnikach, znormalizowana sprawozdawczość dotycząca powyższych działań ma ograniczony zakres.

Wykres 1: Wprowadzenie leczenia zachowawczego metadonem i leczenia dużymi dawkami buprenorfiny w państwach członkowskich UE, w krajach kandydujących i w Norwegii



Źródła: Krajowe punkty kontaktowe.

Leczenie zastępcze osób zażywających opiaty

Pierwszymi krajami, które wprowadziły leczenie zachowawcze z użyciem metadonu dla osób zażywających heroinę, były Szwecja (w 1967 r.), Niderlandy i Zjednoczone Królestwo (w 1968 r.) oraz Dania (w 1970 r.), ale przez wiele lat jego zastosowanie było ograniczone.

Gdy odkryto zasięg szerzenia się epidemii wirusa HIV w Europie Zachodniej wśród osób zażywających narkotyki, w wielu krajach cele i metody leczenia zmieniły się, od abstynencji jako głównego celu po przyjęcie działań interwencyjnych ukierunkowanych raczej na ograniczanie szkód zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków. Uznano potrzebę stałego stosowania leczniczych działań interwencyjnych oraz korzyści, jakie niesie antynarkotykowe leczenie zachowawcze dla stabilizacji i poprawy stanu zdrowia i sytuacji społecznej osób zażywających opiaty, jak również dla całego społeczeństwa.

Pod koniec lat osiemdziesiątych wzrosło tempo wprowadzania leczenia zachowawczego metadonem jako jednego z rodzajów terapii. W 2001 r. metodę tę wprowadzono w 24 krajach UE, a także w Bułgarii, Rumunii i Norwegii (wykres 1). Jednak skala i zakres tego rodzaju leczenia w poszczególnych krajach były bardzo zróżnicowane (patrz rozdział 6).

W 1996 r. po raz pierwszy w państwie członkowskim UE wprowadzono podstawę prawną do stosowania leku

⁽³¹⁾ Zalecenie Rady 2003/488/WE.

zawierającego buprenorfinę w leczeniu osób zażywających heroinę (patrz wybrane zagadnienie dotyczące buprenorfiny w Sprawozdaniu rocznym za 2005 r.). Obecnie jest ona dostępna i stosowana w większości państw członkowskich. Ponieważ buprenorfina podlega kontroli w ramach mniej restrykcyjnych konwencji ONZ o narkotykach, istnieją większe możliwości przepisywania jej w leczeniu. W niektórych krajach ta metoda terapii spowodowała szybki wzrost liczby pacjentów poddawanych leczeniu. Oprócz leczenia zastępczego z zastosowaniem agonistów bada się nowe sposoby farmakoterapii, a naukowcy skupiają obecnie uwagę na opracowaniu sposobów leczenia osób zażywających kokainę i crack, z których wiele zażywa również heroinę lub zażywało ją w przeszłości (patrz też rozdział 5).

Ocenia się, że w 2003 r. w UE ponad pół miliona osób zażywających opiaty poddano leczeniu zastępczemu, co stanowi jedną trzecią liczby osób zażywających problemowo opiaty, szacowanej obecnie na 1,5 mln (EMCDDA, 2005a). Na nowe państwa członkowskie i kraje kandydujące przypada jedynie niewielki odsetek pacjentów poddawanych w Europie leczeniu zastępczemu. Częściowym wyjaśnieniem tej sytuacji jest niższy poziom zażywania opiatów obserwowany w tych krajach. Pomimo ogólnie niewielkiego zasięgu leczenia zastępczego w tych krajach w Estonii, na Litwie i w Bułgarii występują pewne oznaki jego rozszerzania.

Według podanych informacji w niektórych krajach wzrosła częstotliwość leczenia metadonem, ale w ośmiu krajach liczba osób poddanych takiemu leczeniu utrzymywała się na tym samym poziomie lub obniżyła się⁽³²⁾. W czterech z tych państw — w Danii, Hiszpanii, na Malcie i w Niderlandach — występują liczne przypadki długotrwałego zażywania heroiny, a programy leczenia zastępczego metadonem są łatwo dostępne. Cztery inne kraje — Łotwę, Węgry, Polskę i Rumunię — charakteryzuje niewielki zasięg geograficzny leczenia zastępczego metadonem, a w niektórych miejscowościach założono listy osób czekających na leczenie.

Trudno jest stwierdzić, czy spadek liczby pacjentów poddanych leczeniu metadonem oznacza, że osoby te przeszły na leczenie buprenorfiną w przypadku, gdy jest ono dostępne. Na poziomie krajowym często nie jest znany zakres leczenia uzależnienia od narkotyków prowadzonego przez lekarzy rodzinnych.

Zakres i rodzaj leczenia uzależnienia od narkotyków

Badanie ankietowe przeprowadzone w 2005 r. wśród krajowych punktów kontaktowych (*national contact points* — NCP) umożliwiło opracowanie ogólnego opisu zakresu leczenia w Europie. Zapytano ekspertów krajowych, czy

większość osób zażywających opiaty poddaje się leczeniu niefarmakologicznemu, leczeniu farmakologicznemu, czy też obydwoma modelami stosuje się w porównywalnym stopniu.

Wyniki wskazują na przewagę leczenia farmakologicznego, w którym jako główną substancję stosuje się metadon (z wyjątkiem Republiki Czeskiej i Francji; więcej szczegółów podano w rozdziale 6). Badanie wykazało ponadto, że w większości krajów leczenie antynarkotykowe prowadzi się przeważnie w systemie ambulatoryjnym — jedynie na Łotwie i w Turcji przeważa leczenie szpitalne. Tradycyjne metody psychoterapeutyczne (terapia psychodynamiczna, poznawczo-behawioralna, systemowa, rodzinna czy terapia Gestalt) to najczęstsze sposoby leczenia ambulatoryjnego stosowane w Irlandii, na Łotwie, w Zjednoczonym Królestwie, Bułgarii i Turcji. 9 krajów informuje o stosowaniu głównie metod wspierających (co może oznaczać doradztwo, terapię socjoedukacyjną i środowiskową, rozmowy motywacyjne czy też techniki relaksacyjne i akupunkturę), a w 10 krajach łączy się różne sposoby ambulatoryjnej pomocy pacjentom.

W odniesieniu do opieki szpitalnej często stosowanym modelem w domach stałego pobytu w Irlandii, na Litwie, na Węgrzech i w Turcji jest 12-etapowy model Minnesota, natomiast w 6 krajach stosuje się przede wszystkim leczenie psychoterapeutyczne, w 5 krajach metody „wspierające”, a w 10 krajach łączy się te metody.

W ostatniej dekadzie, a w jeszcze większym stopniu w ciągu ostatnich pięciu lat, wiele krajów europejskich „otworzyło drogę” do leczenia, rozszerzając zakres leczenia zastępczego i zmniejszając ograniczenia dostępu. Nigdy dotychczas system opieki nie obejmował tak dużej liczby osób zażywających narkotyki. Wiele z tych osób, choć nie wszystkie, wymaga pomocy poza leczeniem uzależnienia, wiele z nich wydaje się wymagać opieki niskoprogowej, jak również znacznego wsparcia w procesie integracji.

Działania w celu ograniczania szkód zdrowotnych

W chwili gdy dotarcie do pacjenta i utrzymanie z nim kontaktu stało się celem samym w sobie, pomoc w terenie i opieka niskoprogowa zyskały uznanie i wsparcie, a obecnie są niezbędnym elementem kompleksowych działań podejmowanych w wielu państwach członkowskich. W Europie widoczne są wspólne schematy działań w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki oraz ograniczania liczby zgonów związanych z narkotykami (patrz również rozdział 7).

Sześć lat temu obniżenie liczby zgonów związanych z narkotykami uznano po raz pierwszy za cel europejskiej polityki antynarkotykowej i pozostaje on celem aktualnego planu działania UE⁽³³⁾. W ostatnich latach stale wzrasta liczba krajów, które jako cel polityki krajowej bezpośrednio wymieniają obniżenie liczby zgonów związanych

⁽³²⁾ Patrz tabela NSP-7 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽³³⁾ Cel nr 17 planu działania UE 2005–2008 dotyczy ograniczenia liczby zgonów związanych z narkotykami; będzie on stanowił cel specjalny na wszystkich poziomach i opracowane zostaną specjalne działania interwencyjne.

Działania i interwencje podejmowane w nowych państwach członkowskich wobec więźniów zażywających narkotyki

Źródłem niniejszych danych jest wspólny projekt zbierania danych przeprowadzony w 2005 r. przez EMCDDA i Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ⁽¹⁾.

W większości nowych państw członkowskich prowadzi się testy narkotykowe w więzieniach. Jednak sposoby ich prowadzenia w poszczególnych krajach są różne. Jedynie w Republice Czeskiej, na Malcie i w Słowenii poddaje się testom więźniów przyjmowanych do zakładów karnych. Malta i Słowenia to również jedyne kraje, w których więźniów bada się przed zwolnieniem. Wyrwykowe testy narkotykowe prowadzi się we wszystkich więzieniach w Republice Czeskiej, na Malcie, w Słowenii i Słowacji oraz w niespełną połowę więzień na Węgrzech.

W nowych państwach członkowskich działania interwencyjne w zakładach karnych prowadzi się przede wszystkim z wykorzystaniem niefarmakologicznych sposobów leczenia, ale zakres tych działań jest ograniczony. Odnotowano, że w Republice Czeskiej, Estonii, na Litwie, Węgrzech, w Polsce i Słowacji leczenie niefarmakologiczne połączone z pomocą psychologiczną jest dostępne w mniej niż 50% więzień. Oddziały wolne od narkotyków istnieją w większości krajów, ale jedynie w Republice Czeskiej i w Słowenii występują w ponad połowie więzień. Szerzej dostępna jest szybka detoksykacja połączona z kuracją farmakologiczną (we wszystkich więzieniach na Łotwie, Węgrzech, Malcie, w Słowenii i Słowacji).

Ogólnie w nowych państwach członkowskich liczba więźniów, którym umożliwia się leczenie z wykorzystaniem antagonistów lub leczenie zastępcze, jest niska. Poza nagłymi przypadkami leczenie z wykorzystaniem antagonistów raczej nie występuje,

a w kilku krajach odnotowano dostępność leczenia zastępczego z uzależnienia od opiatów stosowanego w celu ostrej detoksykacji w więzieniu (na Węgrzech, Malcie, w Polsce i Słowenii). Związane z narkotykami działania interwencyjne prowadzone przed zwolnieniem z więzienia przyjmują jedynie formę doradztwa i dostarczenia informacji (w Republice Czeskiej, na Łotwie, Litwie, Węgrzech, w Polsce, Słowenii i Słowacji). Leczenie zastępcze podejmowane jako działania interwencyjne przed zwolnieniem jest dostępne we wszystkich więzieniach w Słowenii i w poniżej 50% więzień w Polsce.

Tylko w nielicznych więzieniach w nowych państwach członkowskich odnotowano wykorzystywanie działań ograniczających szkody zdrowotne wśród osób zażywających narkotyki dożylnie. W żadnym nowym państwie członkowskim nie wdrożono w więzieniach programów wymiany igieł i strzykawek, a jedynie w Estonii, na Litwie i w Słowenii odnotowano dostarczanie środków do dezynfekcji strzykawek. Tym niemniej w zakładach karnych zwalczą się choroby zakaźne związane z zażywaniem narkotyków. W sześciu nowych państwach członkowskich (w Republice Czeskiej, Estonii, na Węgrzech, Malcie, w Słowenii i Słowacji) we wszystkich więzieniach dostępne są szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, a w pięciu krajach (w Republice Czeskiej, na Litwie, w Polsce, Słowenii i Słowacji) we wszystkich więzieniach odnotowano dostępność leczenia przeciwwirusowego dla więźniów zarażonych wirusowym zapaleniem wątroby typu C. We wszystkich nowych państwach członkowskich dostępne jest leczenie antyretrowirusowe dla więźniów zarażonych wirusem HIV ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Dane pochodzą z Republiki Czeskiej, Estonii, Łotwy, Litwy, Węgier, Malty, Polski, ze Słowenii i Słowacji. Więcej informacji zamieszczono w EMCDDA (2005c).

⁽²⁾ Brak danych z Cypru.

z narkotykami; 8 krajów przyjęło takie strategie w latach 2004–2005 (co podniosło łączną ich liczbę do 15). Oprócz politycznych strategii krajowych powszechne są działania uzupełniające na poziomie miast: kilka stolic (w tym Ateny, Berlin, Bruksela, Lizbona i Tallin), ale również większe częściowo zurbanizowane regiony (np. wschodnia Irlandia, okolice Dublina) mają własne strategie ograniczania liczby zgonów związanych z narkotykami. Według informacji z Republiki Czeskiej, Włoch, Niderlandów i ze Zjednoczonego Królestwa w krajach tych istnieje polityka lokalna i regionalna, a w Bułgarii w dziewięciu miastach opracowano strategie na poziomie lokalnym.

Podobnie jak w poprzedniej strategii antynarkotykowej UE i planie działania zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych pozostaje ważnym celem obecnej strategii i w planie działania na lata 2005–2008 określono je jako cel nr 16. Świadczy to o znaczeniu, jakie rządy państw

Europejskich i Komisja stale przywiązują do problemów zdrowotnych spowodowanych zażywaniem narkotyków ⁽³⁴⁾.

W większości państw UE i w Norwegii jasno sprecyzowano podejście do kwestii profilaktyki chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki i ujęto konkretne cele lub zadania w dokumentacji krajowych strategii antynarkotykowych lub przyjęto osobny dokument precyzujący sposoby zapobiegania chorobom zakaźnym wśród osób zażywających narkotyki (Hiszpania, Łotwa, Luksemburg, Szwecja) bądź poczyniono obydwa te kroki (Estonia, Francja, Zjednoczone Królestwo). Malta i Austria planują opracowanie specjalnej polityki określającej ich podejście do tego zagadnienia.

W Niemczech i Grecji w krajowych strategiach antynarkotykowych ujęto konkretne działania, których celem jest zapobieganie chorobom zakaźnym mimo braku jednoznacznego określenia profilaktyki jako jednego z celów.

⁽³⁴⁾ W szczególności cel nr 16 planu działania 2005–2008 odnosi się do profilaktyki chorób zakaźnych. Cel nr 14 dotyczy wdrożenia zalecenia Rady o zapobieganiu i ograniczaniu szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków, przyjętego w 2003 r. (zalecenie Rady 2003/488/WE). Przewidziane na 2007 r. sprawozdanie Komisji dotyczące wdrożenia tego zalecenia i zawierające informacje uzyskane od władz politycznych i krajowych punktów kontaktowych Reitox będzie stanowić wkład w ocenę strategii antynarkotykowej UE.

Strategie profilaktyki chorób zakaźnych przyjęto w większości wypadków stosunkowo niedawno, a w wielu krajach terminy ich przyjęcia pokrywają się z poprzednią strategią antynarkotykową UE (2000–2004), w której po raz pierwszy w Europie wyznaczono cel ograniczenia występowania chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki.

Według sprawozdań krajowych punktów kontaktowych⁽³⁵⁾ cele i grupy docelowe określone w krajowych strategiach wykazują wysoki poziom spójności na poziomie europejskim. Oprócz osób przyjmujących narkotyki dożylnie za grupy docelowe uznano osoby świadczące usługi seksualne i więźniów. Szczególnie w nowych państwach członkowskich w Europie Środkowej, ale również w Norwegii za kolejne ważne grupy docelowe, w których należy prowadzić działania zapobiegające chorobom zakaźnym, uznano młodych ludzi oraz osoby zażywające narkotyki w inny sposób niż dożylnie. Polityka Danii i Estonii przewiduje poszerzenie grup docelowych o grupy osób, które mają bliskie kontakty z osobami zażywającymi narkotyki.

W wielu krajach UE strategie, których celem jest ograniczenie występowania chorób zakaźnych, są w sposób oczywisty ukierunkowane na wirus HIV i AIDS; szczególnie dotyczy to Estonii, Hiszpanii, Cypru, Łotwy i Litwy. Jednakże w 10 krajach (37%) do strategii zwalczania chorób zakaźnych wyraźnie włącza się zapobieganie wirusowemu zapaleniu wątroby typu C wśród osób zażywających narkotyki⁽³⁶⁾. W 2004 r. Irlandia zapoczątkowała proces konsultacji przy opracowywaniu tego typu strategii, a w Niemczech wydano zalecenia dotyczące profilaktyki i leczenia. W Austrii inspirację do dyskusji specjalistów oraz debaty publicznej dała międzynarodowa konferencja poświęcona temu zagadnieniu, która odbyła się w 2005 r. w Wiedniu.

Obecnie strategie ograniczania szkód zdrowotnych stanowią istotny element europejskich działań w dziedzinie zwalczania narkomanii, a podniesienie dostępności usług w zakresie profilaktyki i ograniczania szkód zdrowotnych jest głównym priorytetem antynarkotykowej strategii UE 2005–2012. Wspólna platforma strategiczna na rzecz ograniczania szkód zdrowotnych, wprowadzona w strategii antynarkotykowej UE, w wielu przypadkach znajduje odbicie w polityce krajowej państw UE, pomagając w upowszechnianiu odpowiednich działań opartych na wiarygodnych i aktualnych danych.

W 2004 r. odnotowano poprawę w monitorowaniu dostępności strzykawek na poziomie europejskim. W większości krajów jednak niemal nie rejestruje się informacji na temat zapewniania, wykorzystywania i zakresu wielu istotnych usług świadczonych przez jednostki niskoprogowe. Trudno jest zatem nakreślić

Jednostki niskoprogowe jako ważne źródło informacji

Jednostki niskoprogowe odgrywają istotną rolę w zwiększaniu dostępu do opieki osobom zażywającym narkotyki. Dla grup narkomanów pozostających „w ukryciu”, do których dostęp jest utrudniony lub którzy przestali korzystać z systemu opieki, jednostki mogą stanowić miejsce kontaktu i świadczenia usług medycznych i społecznych.

Chociaż wszystkie jednostki niskoprogowe prowadzą dokumentację swoich usług, a ich system monitorowania i sprawozdawczości bywa rozbudowany, to działania te są przede wszystkim przeznaczone dla organów finansujących te placówki, a w mniejszym stopniu przyczyniają się do wewnętrznego zarządzania jakością czy planowania i oceny usług. Zbyt często cenne zgromadzone informacje nie wychodzą poza jednostkę. Pomimo możliwości monitorowania schematów i tendencji zażywania narkotyków oraz dostępu do świadczeń, wydaje się, że potencjał jednostek niskoprogowych pozostaje w dużej mierze niewykorzystany. Jedną z głównych przeszkód stanowi brak standaryzacji i porównywalności zebranych informacji.

W celu poprawy jakości dostępnych danych o świadczeniu i wykorzystaniu usług w zakresie ograniczania szkód zdrowotnych powinno się wprowadzić narzędzie do zbierania danych, które byłoby odpowiednie dla jednostek, a jednocześnie pozwalałoby uzyskać stosowne wyniki na potrzeby monitorowania problemu narkomanii na poziomie krajowym i europejskim. Inicjatywę podjętą w tym celu stanowi wspólny projekt EMCDDA i sieci Correlation, wspierany przez ekspertów z krajowych punktów kontaktowych we Francji, w Irlandii, na Węgrzech i w Norwegii. Sieć Correlation (Europejska Sieć Integracji Społecznej i Zdrowia, www.correlation-net.org) reprezentuje organizacje rządowe i pozarządowe z 27 krajów europejskich i jest finansowana przez Komisję Europejską (DG SANCO) w ramach programu zdrowia publicznego.

obraz sytuacji w całej Europie. Projekt, którego celem jest rozwiązanie problemu braku danych, opisano w oświadczeniu „Jednostki niskoprogowe jako ważne źródło informacji”.

Leczenie ukierunkowane i zarządzanie jakością

Bieżący plan działania UE przewiduje też potrzebę zapewnienia wysokiej jakości usług w zakresie leczenia i ograniczania szkód zdrowotnych.

Zastosowanie narzędzi zarządzania jakością na etapie planowania leczenia i ograniczania szkód przyczyniło się do dokładniejszego ukierunkowania usług na grupy docelowe, np. przez uznanie zróżnicowania potrzeb ze względu na płeć (patrz też: wybrane zagadnienie dotyczące kwestii płci).

W UE często spotyka się jednostki czy programy leczenia przeznaczone wyłącznie dla jednej określonej grupy docelowej. W 23 krajach dzieci i młodzież w wieku poniżej 18 lat poddaje się leczeniu w wyspecjalizowanych jednostkach. W 18 krajach leczenie osób zażywających

⁽³⁵⁾ Analiza ta opiera się przede wszystkim na danych krajowych podawanych w formie kwestionariusza (SQ 23), aktualizowanej na podstawie informacji dostarczanych przez krajowe punkty kontaktowe w sprawozdaniach krajowych.

⁽³⁶⁾ W tym we Francji i w Anglii, które ustanowiły zaawansowane strategie zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby typu C, odpowiednio: Plan National Hepatitis Virales C et B (2002–2005) (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) i Hepatitis C: Action Plan for England, 2004 (<http://www.dh.gov.uk/>).

narkotyki, które cierpią jednocześnie na zaburzenia psychiczne, prowadzi się w wyspecjalizowanych jednostkach, a we wszystkich krajach z wyjątkiem Cypru, Łotwy, Litwy, Bułgarii i Turcji zgłoszono istnienie usług przeznaczonych specjalnie dla kobiet. Usługi na potrzeby imigrantów zażywających narkotyki, grup o specjalnych wymaganiach językowych, przynależności religijnej czy kulturowej nie są tak powszechne, ale zgłoszono ich istnienie w Belgii, Niemczech, Grecji, Hiszpanii, na Litwie, w Niderlandach, Finlandii, Szwecji i Zjednoczonym Królestwie.

13 krajów poinformowało o działaniu jednostek wyspecjalizowanych w leczeniu osób zażywających konopie indyjskie lub kokainę, a w 8 krajach wprowadzono specjalne programy leczenia tych grup w ramach jednostek antynarkotykowych. Jednak w większości tych państw dostępność tego typu usług ocenia się jako niską. Hiszpania, Słowacja i Zjednoczone Królestwo zgłosiły specjalny program tego rodzaju, przeznaczony dla osób zażywających amfetaminę.

Dalsze konkretne działania w celu podniesienia jakości leczenia i opieki to indywidualne zarządzanie przypadkami, mediacja w celu zapewnienia usług specjalistycznych (np. leczenia osób cierpiących również na zaburzenia psychiczne) oraz przeprowadzenie oceny stanu pacjenta przed rozpoczęciem leczenia w celu lepszego dopasowania profilu pacjenta do dostępnego sposobu leczenia. Umożliwia to dłuższą kontynuację terapii i podniesienie jej skuteczności.

Pomimo ogólnie rozszerzonej oferty sposobów leczenia prowadzenie działań w niektórych grupach osób zażywających narkotyki, szczególnie z długotrwałymi i przewlekłymi problemami, nadal stanowi wyzwanie dla służb przeciwdziałania narkomanii. Udzielanie pomocy w terenie i niskoprogowe działania interwencyjne to powszechnie stosowane metody w próbach nawiązania kontaktu z trudno dostępnymi grupami i niesienia im pomocy. Bardziej kontrowersyjną metodą jest udostępnianie w niektórych krajach pomieszczeń do zażywania narkotyków pod kontrolą, przeznaczonych przede wszystkim dla osób przyjmujących narkotyki dożylnie, ale czasem dotyczy to także palenia kokainy typu crack lub heroiny (patrz EMCDDA, 2004c). Kolejnym kontrowersyjnym zagadnieniem w rozwoju usług i prowadzeniu doświadczeń jest w niektórych krajach stosowanie heroiny jako środka w leczeniu zastępczym. Chociaż w porównaniu z innymi możliwościami leczenia tego rodzaju środki stosuje się w ograniczonym zakresie, niektóre z badań wskazują, że przepisywanie heroiny może mieć korzystne skutki u tych pacjentów, u których zawiodło leczenie zachowawcze metadonem. Na przykład badania przeprowadzone niedawno w Niemczech na losowo wybranej grupie kontrolnej leczonej ze wspomaganie heroina (Naber i Haasen, 2006) wykazały zarówno poprawę stanu zdrowia, jak i ograniczenie zażywania nielegalnych narkotyków. Niemniej jednak w Europie nie ma porozumienia w sprawie wad i korzyści tego rodzaju podejścia.

Kwestia ta nadal stanowi przedmiot ożywionych dyskusji politycznych i naukowych.

Wraz ze wzrostem dostępności i jakości leczenia w niektórych miastach europejskich większy nacisk kładzie się obecnie na ograniczenie wpływu, jaki zażywanie narkotyków wywiera na społeczność. W kontekście lokalnym asertywne działania w terenie oraz atrakcyjny zakres usług niskoprogowych okazały się obiecujące (patrz: „Metody ograniczania szkód zdrowotnych” w rozdziale 5). Mogą one stanowić cenne i skuteczne modele do szerszego stosowania w celu przywrócenia komunikacji z grupami marginalizowanymi i ewentualnego kierowania ich na leczenie.

Opracowanie bezpieczniejszych substancji zastępczych (np. substancji o mniejszym prawdopodobieństwie trafienia na czarny rynek) sprawia, że leczenie uzależnienia od narkotyków odbywać się będzie w większym stopniu pod kontrolą poradni medycyny rodzinnej. Jest to proces normalizacji, pozwalający na leczenie uzależnienia od narkotyków w taki sam sposób, jak leczy się choroby przewlekłe, np. cukrzycę.

Niektóre kraje donoszą, że duże grupy osób zażywających heroinę poddane leczeniu zastępczemu zgłaszają zapotrzebowanie na pomoc w integracji społecznej, a zwłaszcza na płatną pracę. W obecnych warunkach gospodarczych wiele krajów może mieć trudności w zaspokajaniu potrzeb związanych z ponowną integracją zawodową starszych osób zażywających heroinę, nawet w przypadku osiągnięcia stabilizacji w przebiegu leczenia zachowawczego. Sytuację pogarsza ponadto wysoki wskaźnik zachorowań obserwowany w tej grupie.

Integracja społeczna

Z dostępnej literatury, faktów i liczb podawanych przez państwa członkowskie bezsprzecznie wynika jedno: sytuacja życiowa osób zażywających narkotyki bywa znacznie bardziej problematyczna i niebezpieczna niż u ogółu ludności. Dlatego w dwóch najnowszych antynarkotykowych planach działania UE uznano integrację społeczną za jeden z ostatecznych celów poprawy stanu zdrowia i pozycji społecznej osób zażywających narkotyki.

W planie działania na lata 2005–2008 wzywa się państwa członkowskie do „zwiększenia dostępu do programów rehabilitacji i integracji społecznej oraz do rozszerzenia ich zakresu”. I chociaż działania społeczne nadal stanowią słabiej ugruntowany niż leczenie sposób przeciwdziałania problemowemu zażywaniu narkotyków, specjaliści uznają działania interwencyjne łączące terapię oraz działania zdrowotne i społeczne za najlepszą metodę rehabilitacji osób zażywających narkotyki.

Informacji na temat integracji społecznej⁽³⁷⁾ jest w Europie niewiele, przede wszystkim ze względu na przeszkody

⁽³⁷⁾ Integrację społeczną definiuje się jako „każdą interwencję społeczną mającą na celu integrację ze społecznością osób problemowo zażywających narkotyki w przeszłości lub obecnie”. Trzy filary integracji społecznej to 1) mieszkanie, 2) wykształcenie oraz 3) zatrudnienie (w tym szkolenie zawodowe). Można stosować także inne środki, takie jak doradztwo czy zajęcia w czasie wolnym.

w zbieraniu ilościowych danych z tej dziedziny. Z tego względu większość informacji zamieszczonych poniżej opiera się na ocenie jakościowej, dotyczącej głównie polityki, wdrażania strategii i zapewniania jakości w państwach członkowskich ⁽³⁸⁾.

W latach 2004–2005 w odpowiedzi na plan działania UE spośród 28 krajów objętych sprawozdaniem ⁽³⁹⁾ 20 dysponowało strategią integracji społecznej związanej z problemem narkotyków. Kolejne 4 kraje, chociaż nie ujęły tej kwestii bezpośrednio w krajowej strategii antynarkotykowej ani w innym dokumencie poświęconym polityce zwalczania narkomanii, wdrożyły strategie regionalne lub lokalne; 3 kraje nie opracowały żadnej.

W 11 krajach projekty są finansowane przede wszystkim na poziomie państwowym i krajowym, podczas gdy w ośmiu – głównie na poziomie regionalnym i lokalnym. W kolejnych 8 krajach fundusze pochodzą z obydwu źródeł, bez wyraźnej przewagi żadnego z nich, lub ich źródłem są systemy ubezpieczeń zdrowotnych.

W państwach członkowskich UE osoby problemowo zażywające narkotyki mają dostęp do środków społecznych dzięki programom przeznaczonym wyłącznie dla tej grupy docelowej albo dla grup upośledzonych społecznie. Jednym z filarów integracji jest zapewnienie odpowiednich warunków

mieszkańczych. Osobom bezdomnym problemowo zażywającym narkotyki oferuje się najczęściej dostęp do „powszechnych usług mieszkaniowych” (21 krajów), podczas gdy w 18 krajach lokale mieszkaniowe oferuje się wyłącznie osobom problemowo zażywającym narkotyki, natomiast 13 krajów łączy obydwie systemy. Wątpliwości budzi jednak rzeczywista dostępność tych obiektów dla bezdomnych osób zażywających problemowo narkotyki. Brak miejsc, lokalny sprzeciw wobec przeznaczania nowych obiektów dla narkomanów, ograniczone kryteria dostępności oraz trudności w przestrzeganiu przepisów przez bezdomne osoby problemowo zażywające narkotyki to niektóre spośród zgłoszonych problemów.

Zapewnienie bezdomnym osobom problemowo zażywającym narkotyki stałego miejsca zamieszkania stanowi pierwszy krok w kierunku stabilizacji i rehabilitacji. Na podstawie przybliżonej liczby osób problemowo zażywających narkotyki oraz odsetka bezdomnych wśród pacjentów poddawanych leczeniu szacuje się, że w Europie liczba bezdomnych osób problemowo zażywających narkotyki wynosi 75 600–123 300. Ponieważ odpowiednie programy są obecnie dostępne w większości krajów, a niektóre kraje nadal wdrażają nowe struktury, wynik zastosowanych działań zależy od zapewnienia bezdomnym osobom problemowo zażywającym narkotyki dostępu do tych usług.

Podejście do zażywania narkotyków i reakcji na problemy narkotykowe w zależności od płci w Sprawozdaniu rocznym EMCDDA za 2006 r.: wybrane zagadnienia

Ogólnie rzecz biorąc, wśród osób zażywających narkotyki zdecydowanie przeważają mężczyźni. W państwach członkowskich UE nie tylko zażywanie nielegalnych narkotyków jest bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn. Znacznie wyższe jest wśród nich prawdopodobieństwo pojawienia się problemów, zgłaszania się na leczenie czy też zgonu spowodowanego zażywaniem narkotyków.

Przedmiotem omawianego wybranego zagadnienia jest zażywanie narkotyków i wiążące się z tym problemy, widziane

z perspektywy płci. Poruszono w nim następujące istotne kwestie: Jakie są różnice w zażywaniu narkotyków przez mężczyzn i przez kobiety i czy maleje różnica pomiędzy płciami? W jaki sposób państwa członkowskie wypracowały metody zapobiegania zażywaniu narkotyków, leczenia, rehabilitacji społecznej i ograniczania szkód w zależności od płci? Czy działania uwzględniające kwestie płci są równie ważne w przypadku mężczyzn, jak i kobiet?

Wybrane zagadnienie dostępne jest w wersji drukowanej (A gender perspective on drug use and responding to drug problems, in: *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽³⁸⁾ Więcej informacji można znaleźć na stronie <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ Państwa członkowskie oraz Bułgaria, Rumunia, Turcja i Norwegia; brak informacji o Estonii.



Rozdział 3

Konopie indyjskie

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Konopie indyjskie są nadal najczęściej produkowanym i sprzedawanym na świecie nielegalnym narkotykiem otrzymywanym z roślin (CND, 2006).

Produkcja żywicy konopnej na wielką skalę skupia się w kilku krajach, w szczególności w Maroku, ale również w Pakistanie i w Afganistanie. Łączną globalną produkcję żywicy konopnej ocenia się na 7400 t rocznie (CND, 2006). Przeważająca część żywicy konopnej zażywanej w UE pochodzi z Maroka; jest przemykana przede wszystkim przez Półwysep Iberyjski, chociaż wydaje się, że drugim ośrodkiem dystrybucji żywicy przeznaczonej do dalszego transportu do krajów UE stały się Niderlandy. Uprawy konopi indyjskich w Maroku skontrolowano po raz drugi w 2004 r. Ujawniono wówczas 10-procentowy spadek w porównaniu z 2003 r., uzyskany

Interpretacja konfiskat i innych danych rynkowych

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

w dużej mierze dzięki interwencji rządu. W 2004 r. całkowity obszar zajęty pod uprawę wyniósł 1 20 500 ha w regionie Rifu, co odpowiada potencjalnej produkcji 2760 t żywicy konopnej (UNODC i rząd Maroka, 2005).

Inne kraje określone w 2004 r. jako źródła żywicy konopnej skonfiskowanej w UE to Albania, Portugalia, Senegal, Afganistan, Pakistan i kraje w Azji Środkowej (sprawozdania krajowe Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Światowy potencjał produkcji marihuany, pochodzącej z różnych krajów, oceniano w 2003 r. na ponad 40 000 t (CND, 2005). Marihuana skonfiskowana w UE w 2004 r. pochodziła z różnych krajów, w tym głównie z Niderlandów i Albanii, ale także z Angoli, Afryki Południowej, Jamajki i Tajlandii (sprawozdania krajowe Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Ponadto w większości państw członkowskich UE ma miejsce lokalna (w budynkach i na zewnątrz) uprawa konopi i produkcja ich pochodnych.

Konfiskaty

W roku 2004 na całym świecie przechwycono 1471 t żywicy konopnej i 6 189 t marihuany. W Europie Zachodniej i Środkowej (74%) oraz w Azji Południowo-Zachodniej i na Bliskim Wschodzie (19%) przechwytywane są największe ilości żywicy konopnej, natomiast wielkie ilości marihuany konfiskuje się w Ameryce Północnej (54%) oraz w Afryce (31%) (UNODC, 2006).

Szacuje się, że w 2004 r. w UE miało miejsce 275 000 przypadków konfiskaty żywicy konopnej, co odpowiada 1 087 t narkotyku. Większość przypadków przechwycenia zgłosiła Hiszpania (około połowy wszystkich przypadków konfiskaty i około trzech czwartych całkowitej ilości narkotyku skonfiskowanego w UE), a następnie Francja i Zjednoczone Królestwo⁽⁴⁰⁾. Pomimo spadku liczby przypadków konfiskaty żywicy na całym obszarze UE w latach 1999–2003 tendencje obserwowane w krajach objętych sprawozdaniem wskazują na ich wzrost na poziomie UE w 2004 r.⁽⁴¹⁾ W latach 1999–2004 całkowita ilość żywicy przechwyconej w UE wykazuje stały wzrost, pomimo spadku zgłoszonego w 2004 r. przez większość krajów (oprócz Hiszpanii)⁽⁴²⁾. W UE mniej konfiskuje się marihuany; liczbę przechwyceń

⁽⁴⁰⁾ Należy to porównać z brakującymi danymi za 2004 r., kiedy będą już dostępne. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat pochodnych konopi indyjskich w 2004 r., jak i przechwyconych ilości nie były dostępne dla Irlandii i Zjednoczonego Królestwa; dane dotyczące liczby konfiskat w 2004 r. nie były dostępne dla Niderlandów. W celu oszacowania brakujące dane za 2004 r. zastąpiono danymi za 2003 r. Dostarczone przez Niderlandy dane o ilościach skonfiskowanych w 2004 r. były jedynie szacunkowe, więc nie mogły być ujęte w analizie trendów do 2004 r.

⁽⁴¹⁾ Patrz tabela SZR-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁴²⁾ Patrz tabela SZR-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

w 2004 r. ocenia się na 13 000, co odpowiada 71 t narkotyku. Większość przypadków konfiskaty miała miejsce w Zjednoczonym Królestwie ⁽⁴³⁾. Liczba przypadków konfiskaty marihuany w UE od 1999 r. stale wzrasta ⁽⁴⁴⁾, chociaż w krajach objętych sprawozdaniem od 2001 r. nastąpił spadek ilości konfiskowanego narkotyku ⁽⁴⁵⁾. Jest to jedynie wstępny obraz sytuacji, gdyż jak dotąd nie udostępniono danych za 2004 r. ze Zjednoczonego Królestwa.

Ocenia się, że w 2004 r. w UE miało miejsce 12 800 przypadków konfiskaty, w wyniku których przejęto około 22 mln roślin konopi indyjskich i 9,5 t roślin konopi indyjskich, z czego większość przypadła na Turcję ⁽⁴⁶⁾. Liczba przypadków konfiskaty roślin konopi indyjskich wzrosła od 1999 r. i, według danych z krajów objętych sprawozdaniem, w 2004 r. nadal rosta.

Cena i siła działania

W 2004 r. średnia cena detaliczna żywicy konopnej w UE wahała się od 2,3 euro za gram w Portugalii do ponad 12 euro za gram w Norwegii, podczas gdy cena marihuany mieściła się w przedziale od 2,7 euro za gram w Portugalii do 11,6 euro za gram na Malcie. W większości krajów odnotowano ceny pochodnych konopi indyjskich wynoszące 5–10 euro za gram ⁽⁴⁷⁾.

Średnie ceny żywicy konopnej, z uwzględnieniem wskaźnika inflacji ⁽⁴⁸⁾, spadły w latach 1999–2004 we wszystkich krajach objętych sprawozdaniem ⁽⁴⁹⁾ z wyjątkiem Niemiec i Hiszpanii, gdzie utrzymały się na tym samym poziomie, oraz Luksemburga, gdzie nastąpił niewielki wzrost. Średnie ceny marihuany nieznanego gatunku lub importowanej, z uwzględnieniem wskaźnika inflacji ⁽⁵⁰⁾, również spadły w tym samym okresie w większości krajów objętych sprawozdaniem, ale w Hiszpanii i Niderlandach utrzymały się na tym samym poziomie, natomiast wzrosły w Niemczech, na Łotwie, w Luksemburgu i Portugalii. Jedynie dwa kraje, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo, podały średnią

cenę lokalnie produkowanej marihuany, która obniżyła się w obydwu przypadkach.

Siła działania produktów otrzymanych z konopi indyjskich określana jest na podstawie zawartości Δ -9-tetrahydrokanabinolu (THC), czyli głównego składnika czynnego (EMCDDA, 2004b). W 2004 r. przeciętna zawartość THC w żywicy konopnej w handlu detalicznym wahała się w przedziale od poniżej 1% (Bułgaria) do 16,9% (Niderlandy), a siła działania marihuany od 0,6% (Polska) do 12,7% (Anglia i Walia) ⁽⁵¹⁾. Siła działania marihuany produkowanej lokalnie w Niderlandach wynosiła 17,7% ⁽⁵²⁾.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania konopi indyjskich

Konopie indyjskie są w Europie najczęściej zażywaną nielegalną substancją. W latach dziewięćdziesiątych odnotowano wzrost ich spożycia w UE, szczególnie wśród młodych ludzi, w tym uczniów.

Ocenia się, że około 65 mln dorosłych Europejczyków, co stanowi około 20% ludności w wieku 15–64 lata, co najmniej raz próbowało tej substancji ⁽⁵³⁾, chociaż należy przy tym pamiętać, że obecnie większość z nich już jej nie zażywa. Dane liczbowe z poszczególnych krajów są bardzo zróżnicowane i wahają się w granicach 2–31%, przy czym najniższe wartości dotyczą Malty, Bułgarii i Rumunii, a najwyższe — Danii (31%), Hiszpanii (29%), Francji (26%) i Zjednoczonego Królestwa (30%) ⁽⁵⁴⁾. Z 25 krajów dysponujących informacjami w 13 odsetek osób, które przynajmniej raz zażyły konopie indyjskie, waha się w granicach 10–20% ⁽⁵⁵⁾.

Liczba osób, które zażywały je w ostatnim roku, jest wyraźnie niższa od liczby tych, które zażywały je przynajmniej raz w życiu. Ocenia się, że około 22,5 mln dorosłych Europejczyków zażywało konopie indyjskie w ubiegłym roku, co odpowiada około 7% osób w wieku 15–64 lata. Odpowiednie liczby dla poszczególnych krajów wahają się w granicach 1–11%, przy czym najniższe z nich dotyczą

⁽⁴³⁾ Patrz przypis (40). Brak danych o liczbie konfiskat marihuany w 2004 r. w Polsce.

⁽⁴⁴⁾ Patrz tabela SZR-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁴⁵⁾ Patrz tabela SZR-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁴⁶⁾ Patrz przypis (40).

⁽⁴⁷⁾ Patrz tabela PPP-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁴⁸⁾ Rok 1999 przyjęto jako podstawę dla wartości pieniądza we wszystkich krajach.

⁽⁴⁹⁾ W latach 1999–2004 dane o cenach żywicy konopnej i marihuany były dostępne co najmniej przez trzy kolejne lata dla Belgii, Cypru, Republiki Czeskiej, Niemiec, Hiszpanii, Francji, Irlandii, Łotwy, Litwy, Luksemburga, Niderlandów, Polski, Portugalii, Słowenii, Szwecji, Zjednoczonego Królestwa, Bułgarii (tylko w odniesieniu do marihuany), Rumunii, Turcji i Norwegii. Nie poddano jednak analizie tendencji w Republice Czeskiej z uwagi na ograniczenia metodologiczne wpływające na przedstawione dane.

⁽⁵⁰⁾ Rok 1999 przyjęto jako podstawę dla wartości pieniądza we wszystkich krajach.

⁽⁵¹⁾ Patrz wykres PPP-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁵²⁾ Patrz tabela PPP-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁵³⁾ Średni odsetek obliczono jako średnią krajowych wskaźników rozpowszechniania ważoną w zależności od liczebności danej grupy wiekowej w każdym kraju. Łączne wartości obliczono, mnożąc wskaźnik rozpowszechnienia wśród danej grupy w każdym kraju; w krajach, dla których informacje nie były dostępne, przyjęto średni wskaźnik rozpowszechnienia. Podane tu liczby są prawdopodobnie wartościami minimalnymi ze względu na możliwość pewnego zaniżenia danych.

⁽⁵⁴⁾ W niniejszym tekście liczby dotyczące Zjednoczonego Królestwa oparto z powodów praktycznych na wynikach badania przestępczości z 2005 r. (obejmującego Anglię i Walię). Istnieją dodatkowe dane szacunkowe dotyczące Szkocji, Irlandii Północnej i dostępne są łączne dane szacunkowe dla Zjednoczonego Królestwa (przedstawione w Biuletynie statystycznym).

⁽⁵⁵⁾ Patrz tabela GPS-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Oszacowania dotyczące zażywania narkotyków w populacji

Rozpowszechnienie zażywania narkotyków przez ogół populacji lub w środowisku szkolnym ocenia się na podstawie badań ankietowych pozwalających oszacować odsetek ludności, który przyznał się do zażywania narkotyków w określonych przedziałach czasowych: przynajmniej raz w życiu, w ciągu ostatniego roku lub w ciągu ostatniego miesiąca.

EMCDDA we współpracy z ekspertami krajowymi przygotowało zestaw wspólnych zagadnień głównych („Europejski kwestionariusz modelowy” – EMQ), przeznaczony do stosowania w badaniach ankietowych prowadzonych wśród osób dorosłych i wdrożony w większości państw członkowskich UE. Szczegółowe informacje o EMQ zamieszczono w „Informatorze o badaniach ankietowych dotyczących zażywania narkotyków w populacji” (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Nadal jednak występują różnice pomiędzy poszczególnymi krajami w zakresie metodologii i lat, kiedy zbierano dane, stąd niewielkie różnice pomiędzy krajami należy interpretować ostrożnie ⁽¹⁾.

Odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały narkotyk, ma ograniczoną wartość przy szacowaniu bieżącego zażywania narkotyków przez osoby dorosłe (choć uważa się go za uzasadniony wskaźnik w odniesieniu do dzieci w wieku szkolnym), ale umożliwia wgląd w schematy zażywania. Odsetek osób, które zażywały narkotyk w ciągu ostatniego roku lub w ciągu ostatniego miesiąca lepiej uwidocznia bieżącą sytuację, przy czym drugi z tych wskaźników ma większe znaczenie w odniesieniu do grupy osób często zażywających narkotyki.

Europejski projekt badań ankietowych w zakresie spożywania alkoholu i innych używek w szkołach (ESPAD) jest ważnym źródłem informacji o zażywaniu narkotyków i piciu alkoholu przez europejską młodzież szkolną, nieocenionym przy śledzeniu rozwoju tendencji w czasie. Badania ankietowe ESPAD przeprowadzono w latach 1995, 1999 i 2003. Następne badanie odbędzie się w 2007 r.

Aby zapewnić porównywalność wyników, ESPAD wykorzystuje znormalizowane metody i narzędzie prowadzenia badań wśród reprezentatywnych dla danego kraju grup młodzieży szkolnej w wieku 15–16 lat. Uczestnictwo w ESPAD wzrastało z każdym przeprowadzonym badaniem ankietowym: w 1995 r. wzięło w nim udział 26 krajów europejskich, w 1999 r. – 30, a w 2003 r. – 35, w tym 22 państwa członkowskie UE i cztery kraje kandydujące (Bułgaria, Chorwacja, Rumunia i Turcja). Pytania zawarte w ankiecie dotyczą spożycia alkoholu i zażywania nielegalnych narkotyków i uwzględniają standardowe podziały czasowe oraz częstotliwość zażywania.

Informacje o ESPAD oraz o dostępności sprawozdań zamieszczono na stronie internetowej ESPAD (www.espad.org).

⁽¹⁾ Więcej informacji o metodologii prowadzenia badań ankietowych populacji oraz metod zastosowanych w poszczególnych badaniach krajowych znajduje się w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Grecji, Malty i Bułgarii, a najwyższe – Hiszpanii (11,3%), Francji (9,8%) i Zjednoczonego Królestwa (9,7%) ⁽⁵⁶⁾.

Szacunkowe dane dotyczące zażywania konopi indyjskich w ostatnim miesiącu lepiej ilustrują zjawisko regularnego zażywania narkotyku. Ocenia się, że 12 mln dorosłych Europejczyków zażywało narkotyk w ciągu ostatnich 30 dni, co stanowi około 4% osób dorosłych. Dane liczbowe dla poszczególnych krajów wahają się w granicach 0,5–7,5%, co stanowi 15-krotną różnicę. Najniższe wartości odnoszą się do Litwy, Malty, Szwecji i Bułgarii, a najwyższe do Republiki Czeskiej (4,8%), Hiszpanii (7,6%) i Zjednoczonego Królestwa (5,6%) ⁽⁵⁷⁾.

Zażywanie nielegalnych narkotyków, w tym konopi indyjskich, jest rozpowszechnione przede wszystkim wśród ludzi młodych. W 2004 r. 3–44% Europejczyków w wieku 15–34 lata zgłosiło zażywanie konopi indyjskich, 3–20% zażywało je w ciągu ostatniego roku, a 1,5–13% zażywało je w ostatnim miesiącu, przy czym najwyższe liczby ponownie odnoszą się do Republiki Czeskiej, Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa. W Europie w tej grupie wiekowej przeciętny odsetek wynosił 32% w odniesieniu do osób, które przynajmniej raz zażywały narkotyk, 14% w odniesieniu do osób, które zażywały go w ciągu ostatniego roku (w porównaniu do 2% w grupie wiekowej 35–64 lata), i ponad 7% w odniesieniu do osób, które zażywały narkotyk w ostatnim miesiącu (w porównaniu do 1% w grupie wiekowej 35–64 lata) ⁽⁵⁸⁾.

Spożycie konopi indyjskich jest jeszcze wyższe w grupie wiekowej 15–24 lata; odsetek osób, które chociaż raz zażywały narkotyk, waha się w granicach 3–44% (większość krajów informuje, że wynosi on 20–40%), odsetek osób, które zażywały go w ciągu ostatniego roku wynosi 4–28% (w większości krajów 10–25%) (wykres 2), a w ostatnim miesiącu 1–5% (w większości krajów 5–12%), przy czym wyższe wartości dotyczą mężczyzn. W nowych państwach członkowskich poziom zażywania konopi indyjskich przez młodych dorosłych w grupie wiekowej 15–24 lata jest typowy i mieści się w tym samym przedziale co w 15 państwach członkowskich UE, ale jest znacznie niższy wśród osób starszych ⁽⁵⁹⁾.

Dla kontrastu w krajowych badaniach ankietowych dotyczących zażywania narkotyków i stanu zdrowia przeprowadzonych w 2004 r. w Stanach Zjednoczonych ⁽⁶⁰⁾ 40,2% dorosłych (określonych jako osoby w wieku 12 i więcej lat) zgłosiło przynajmniej jednokrotne ich zażywanie, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą około 20%. Wskaźnik ten jest jeszcze wyższy niż w krajach europejskich o najwyższym odsetku osób, które przynajmniej jeden raz zażywały narkotyk (Dania 31,3% i Zjednoczone

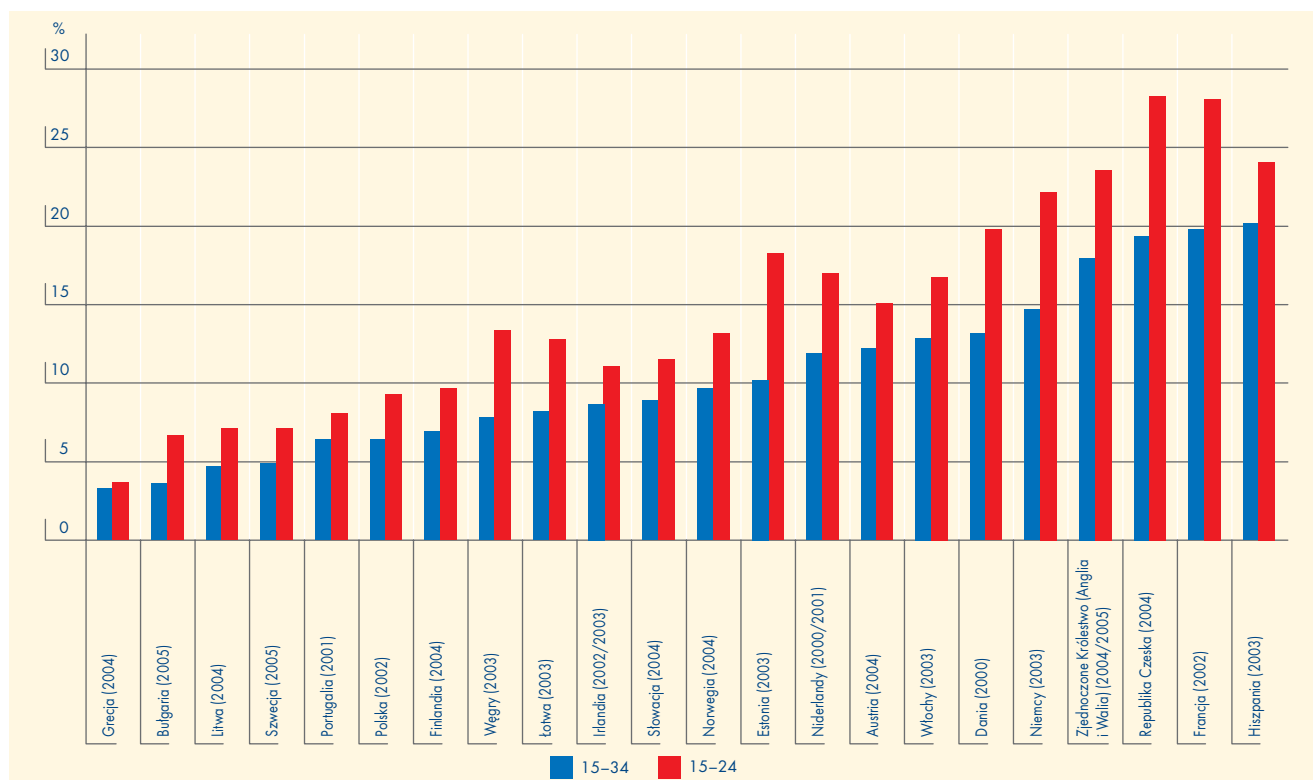
⁽⁵⁶⁾ Patrz tabela GPS-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁵⁷⁾ Patrz tabela GPS-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁵⁸⁾ Patrz tabele GPS-2, GPS-4 i GPS-6 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁵⁹⁾ Patrz tabele GPS-14, GPS-15 i GPS-16 oraz wykresy GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 i GPS-26 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁶⁰⁾ Źródło: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (Krajowe badanie ankietowe dotyczące zażywania narkotyków i stanu zdrowia z 2004 r.) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Uwaga: w badaniu ankietowym przeprowadzonym w USA przedział wiekowy obejmujący „wszystkie osoby dorosłe” (12 lat i powyżej) jest szerszy niż typowy przedział wiekowy w europejskich badaniach ankietowych (15–64 lata).

Wykres 2: Rozpowszechnienie zażywania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku w grupie młodych dorosłych (15–34 i 15–24 lata)

Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. Więcej informacji podano w tabelach GPS-8, GPS-11 i GPS-18 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

Królestwo 29,7%), chociaż szacunkowe dane dotyczące spożycia narkotyku za ubiegły rok wykazują mniej wyraźne różnice. Wskaźnik ten wynosi 10,6% w Stanach Zjednoczonych w porównaniu z europejską przeciętną w wysokości 7%, a kilka krajów europejskich zgłosiło dane podobne do tych ze Stanów Zjednoczonych.

Pięć państw członkowskich UE (Belgia, Hiszpania, Cypr, Włochy i Zjednoczone Królestwo) zgłosiło nowe dane uzyskane w wyniku krajowych badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach, a Bułgaria przedstawiła dane uzyskane w badaniach ankietowych przeprowadzonych w szkołach w dwóch dużych miastach. Ogólny obraz zażywania konopi indyjskich przez uczniów szkół europejskich pozostaje niezmienny. Najwyższy wskaźnik liczby uczniów w wieku 15–16 lat, którzy przynajmniej raz zażywali konopi indyjskie, odnotowano w Republice Czeskiej i Hiszpanii (odpowiednio 44% i 41%). Kraje, w których wskaźnik ten przekracza 25%, to Niemcy, Włochy, Niderlandy, Słowacja i Słowenia (27–28%) oraz Belgia, Francja, Irlandia i Zjednoczone Królestwo, w których wskaźnik mieści się w przedziale 32–40%. Najniższe wartości szacunkowe (poniżej 10%) dotyczą Cypru, Grecji, Szwecji, Rumunii, Turcji i Norwegii ⁽⁶¹⁾.

Danych szacunkowych dotyczących odsetka uczniów w wieku 15–16 lat, którzy przynajmniej raz zażywali konopi indyjskie, nie należy odnosić do uczniów starszych, ponieważ niewielka różnica wieku może w tym przypadku powodować duży wzrost liczby osób, które przynajmniej raz zażywały narkotyk. Szacuje się, że wśród 17- i 18-latków wskaźnik ten przekracza 50% w Republice Czeskiej, Hiszpanii i we Francji ⁽⁶²⁾. W Szwecji natomiast, gdzie wskaźnik ten jest niski w porównaniu z wieloma innymi państwami członkowskimi, ocenia się, że wśród uczniów w wieku 17 i 18 lat wynosi on 14%, a więc ponad dwukrotnie przewyższa odpowiedni wskaźnik dla grupy 15- i 16-latków (6%) ⁽⁶³⁾.

Schematy zażywania konopi indyjskich

Konopi indyjskie zażywa się zazwyczaj sporadycznie lub zaprzestaje się ich zażywania po upływie pewnego okresu od inicjacji. Średnio 33% Europejczyków, którzy kiedykolwiek próbowali konopi indyjskich, zażywało ich również w ubiegłym roku, podczas gdy tylko 16% w ciągu ostatnich 30 dni. Te proporcje, określane jako „wskaźniki kontynuacji”, różnią się w poszczególnych krajach i wahają się w granicach 20–45% w odniesieniu do wskaźnika

⁽⁶¹⁾ Patrz tabela EYE-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁶²⁾ Badanie ankietowe ESCAPAD wśród młodzieży w wieku 17–18 lat nieuczęszczającej do szkoły.

⁽⁶³⁾ Patrz tabela EYE-3 i wykres EYE-1 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

kontynuacji w ostatnim roku oraz 10–25% w odniesieniu do wskaźnika kontynuacji w ciągu ostatnich 30 dni ⁽⁶⁴⁾.

Chociaż zjawisko zażywania konopi indyjskich występuje przede wszystkim wśród ludzi młodych, niektóre dane z Hiszpanii i ze Zjednoczonego Królestwa świadczą o dalszym zażywaniu tego narkotyku przez osoby, które ukończyły 30 czy 40 lat. Może to oznaczać ważną i długofalową zmianę schematu zażywania konopi indyjskich, która zasługuje na większą uwagę.

Zażywanie konopi indyjskich, podobnie jak i innych nielegalnych narkotyków, jest zdecydowanie częstsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Różnica ta jest wyraźniej zaznaczona w przypadku osób, które zażywały narkotyki w ostatnim roku lub ostatnim miesiącu, niż w przypadku osób, które zażywały go przynajmniej jeden raz, ale wśród młodych ludzi różnice te są mniejsze niż w przypadku starszych osób dorosłych (patrz wybrane zagadnienie dotyczące kwestii płci). Zażywanie konopi indyjskich jest również bardziej rozpowszechnione w obszarach miejskich lub obszarach o dużej gęstości zaludnienia. Postawiono hipotezę, że zażywanie tego narkotyku może rozprzestrzenić się w mniejszych miastach i na obszarach wiejskich. Taką tendencję wykazano w krajowym sprawozdaniu Polski z 2005 r.

Pomimo rosnących obaw wobec regularnego lub intensywnego zażywania konopi indyjskich ⁽⁶⁵⁾, niewiele jest na ten temat informacji na poziomie europejskim. Według ogólnych szacunków podanych w sprawozdaniu rocznym za 2004 r. (EMCDDA, 2004a) 1% dorosłych Europejczyków, a więc około 3 mln osób, może zażywać konopie indyjskie codziennie lub prawie codziennie. Kilka krajów zgłosiło wzrost regularnego lub intensywnego zażywania konopi indyjskich, ale jedynie Hiszpania zgłosiła taką tendencję w odniesieniu do codziennego zażywania; w latach 1997–1999 odnotowano wzrost (0,7–0,8% osób dorosłych), podobnie w 2001 r. (1,5%), po czym w 2003 r. wartość ta ustabilizowała się (1,5%). Pozyskanie od innych krajów tego rodzaju informacji, z podziałem na grupy wiekowe (np. 15–24 lata), byłoby bardzo cenne. Przeprowadzone w 2003 r. we Francji badanie ESCAPAD pozwoliło ustalić, że 14% 17- i 18-latków (9% dziewcząt i 18% chłopców) można uważać za zagrożonych zażywaniem problemowym, co ustalono za pomocą specjalnej skali (CAST). Inne kraje również opracowują skale do oceny intensywnych form zażywania konopi indyjskich (Niemcy, Niemcy, Polska i Portugalia), a EMCDDA wspiera współpracę w tej dziedzinie.

Skutki zdrowotne zażywania konopi indyjskich

W ostatnich latach wzrosły obawy związane z możliwymi społecznymi i zdrowotnymi skutkami zażywania konopi indyjskich. Chociaż dostępny materiał dowodowy nie daje jednoznacznego obrazu tego problemu, to pozwala wyciągnąć pewne wnioski. Na przykład zależność pomiędzy intensywnym zażywaniem konopi indyjskich a chorobą psychiczną jest oczywista, ale kwestia osób zażywających narkotyki, które cierpią jednocześnie na zaburzenia psychiczne, łączy się nierozdzielnie z pytaniem o przyczynę i skutek. Złożony charakter tej zależności zbadano i omówiono w monografii EMCDDA (w przygotowaniu).

Fakt, że intensywne zażywanie konopi indyjskich często towarzyszy problemom psychicznym o podłożu innym niż narkotyki, ma określone skutki praktyczne. Przy opracowywaniu planu leczenia dla osób zażywających konopie indyjskie lekarze mogą mieć trudności z ustaleniem, czy najpierw należy zająć się problemem narkotyków czy zdrowiem psychicznym. Badań skutków leczenia przy problemowym zażywaniu konopi indyjskich wciąż prowadzi się niewiele, a dostępne analizy dotyczą jedynie określonego rodzaju leczenia psychospołecznego. Pozostałych rodzajów leczenia albo nie badano wcale, albo w niewystarczającym stopniu, brakuje więc dowodów ich skuteczności.

Tendencje w zażywaniu konopi indyjskich przez dorosłych

Śledzenie długofalowych tendencji zażywania narkotyków w Europie jest utrudnione z uwagi na brak rzetelnych danych w odpowiedniej skali czasowej. Jednak w coraz większej liczbie krajów badania prowadzi się już od początku lat dziewięćdziesiątych i niektóre z nich pozwalają uzyskać cenny obraz zmian, które nastąpiły od tamtego czasu.

Uważa się powszechnie, że zażywanie konopi indyjskich zaczęło rozprzestrzeniać się w niektórych krajach europejskich w latach sześćdziesiątych, a zyskało na popularności w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. Najnowsze badania krajowe w Danii, Niemczech, Hiszpanii, we Francji, w Niderlandach, Szwecji i Zjednoczonym Królestwie wykazują wysoki odsetek osób z grupy wiekowej 45–54 lata, które przynajmniej raz zażywały konopie indyjskie, co świadczy o powszechnej inicjacji w zażywaniu tego narkotyku pod koniec lat sześćdziesiątych i w latach siedemdziesiątych. Analiza liczby inicjacji w zażywaniu konopi indyjskich pozwoliła na stwierdzenie znacznego rozpowszechnienia narkotyku w Hiszpanii w latach siedemdziesiątych, w Niemczech (Zachodnich) w latach osiemdziesiątych oraz w Grecji

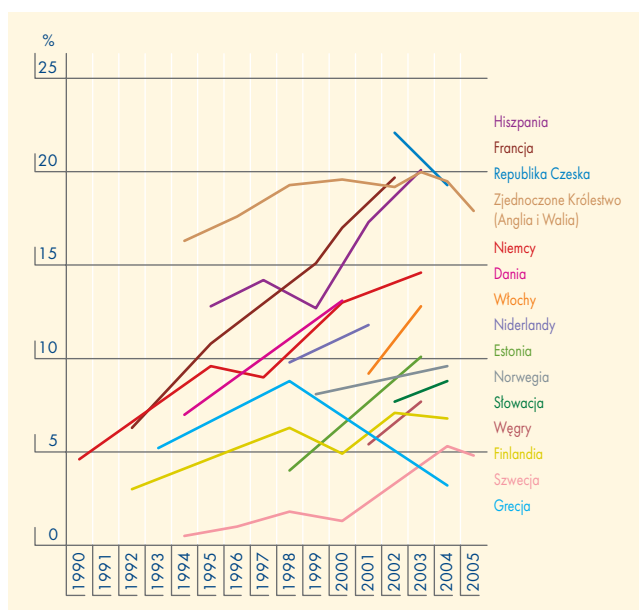
⁽⁶⁴⁾ Patrz wykres GPS-24 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

w latach dziewięćdziesiątych ⁽⁶⁵⁾. Szwedzkie dane świadczą o stosunkowo wysokim poziomie eksperymentowania z narkotykiem w latach siedemdziesiątych wśród poborowych (15–20%).

Badania prowadzone w skali krajowej i lokalnej w gospodarstwach domowych, wśród poborowych i w szkołach ujawniły, że w latach dziewięćdziesiątych nastąpił znaczny wzrost spożycia konopi indyjskich prawie we wszystkich krajach UE, szczególnie widoczny wśród młodzieży. Jeszcze do niedawna wzrost spożycia obserwowano w prawie wszystkich krajach, chociaż w niektórych przypadkach widoczne są oznaki ustabilizowania się jego poziomu lub nawet spadku.

W Zjednoczonym Królestwie zażywanie konopi indyjskich w ostatnim okresie przez młodych dorosłych (w wieku 15–34 lata) osiągnęło na początku lat dziewięćdziesiątych najwyższy poziom w Europie, ale powoli spadało w latach 1998–2004/2005. ⁽⁶⁷⁾, podczas gdy w Hiszpanii i we Francji poziom ten ostatnio (w 2002 lub 2003 r.) zrównał się z poziomem w Zjednoczonym Królestwie (wykres 3).

Wykres 3: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata)



Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. Więcej informacji podano w tabeli GPS-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

Równie wysoki poziom rozpowszechnienia odnotowuje się w Republice Czeskiej.

Spożycie jest niższe w Danii, Niemczech, Estonii, we Włoszech, w Niderlandach i Słowacji, ale wszystkie te kraje poinformowały o wzroście spożycia w ciągu ubiegłego roku wśród młodych dorosłych, podobnie jak — chociaż w mniejszym stopniu — Węgry. Należy zauważyć, że dane duńskie (2000 r.) i holenderskie (2001 r.) są już stosunkowo nieaktualne, co sprawia, że obecna sytuacja nie jest w pełni znana.

W Finlandii i Szwecji wskaźniki rozpowszechnienia są stosunkowo niskie, ale również wydają się wzrastać. Obserwowaną w Szwecji różnicę pomiędzy 2000 r. (1,3%) i 2004 r. (5,3%) trudno jest jednak zinterpretować z uwagi na zmiany w metodologii ⁽⁶⁸⁾.

W ubiegłej dekadzie szacunkowe oceny liczby osób zażywających konopie indyjskie w ostatnim miesiącu również wzrosły, chociaż wyraźny wzrost miał miejsce jedynie w Belgii i Hiszpanii. Zjednoczone Królestwo poinformowało niedawno o spadku wskaźnika liczby osób, które zażywały konopie indyjskie w ciągu ostatniego miesiąca, po tym jak wcześniej przedstawiła dane świadczące o najwyższych w Europie poziomach spożycia, począwszy od początku lat dziewięćdziesiątych. Ponadto Słowacja poinformowała o spadku w latach 2002–2004. W Republice Czeskiej i we Francji nie było możliwości oceny tendencji.

Ponadto badania ankietowe w szkołach dostarczyły cennych informacji o tendencjach w zażywaniu narkotyków przez młodzież, co może dać podstawy do przewidywania przyszłych tendencji wśród młodych dorosłych. Od 1995 r. w większości krajów odnotowano ogólny wzrost liczby uczniów, którzy choć raz próbowali konopi indyjskich. Jednakże obserwowane tendencje są zróżnicowane pod względem geograficznym. Schematy zażywania konopi indyjskich wśród młodzieży szkolnej w wieku 15–16 lat, która przynajmniej raz zażywała narkotyk, można podzielić na trzy grupy pod względem geograficznym. W Irlandii i Zjednoczonym Królestwie, gdzie występują długie tradycje zażywania konopi indyjskich, wskaźnik liczby osób, które przynajmniej raz je zażywały, jest wysoki, ale w ciągu ostatniej dekady utrzymywał się na stałym poziomie (około 37–39%). W 2003 r. w państwach członkowskich Europy Środkowej i Wschodniej, jak również w Danii, Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii wskaźnik liczby osób, które przynajmniej raz zażywały konopie indyjskie, był znacznie wyższy niż w 1995 r. W trzeciej grupie państw członkowskich (na północy: w Finlandii i Szwecji oraz na południu: w Grecji,

⁽⁶⁵⁾ Nie ma jak dotąd ogólnej przyjętej definicji „intensywnego zażywania konopi indyjskich”. W badaniach stosuje się różne definicje. Jest to jednak szerokie pojęcie, oznaczające zażywanie konopi indyjskich przekraczające określony próg częstotliwości. Nie oznacza ono automatycznie występowania „uzależnienia czy nadużywania”, czy innych problemów, ale uważa się, że zwiększa ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji, w tym uzależnienia. W tym rozdziale dane odnoszą się do „codziennego lub prawie codziennego zażywania” (rozumianego jako zażywanie przez co najmniej 20 dni w ciągu ostatnich 30). To kryterium stosuje się często w badaniach i pochodzi z europejskiego kwestionariusza modelowego. Ryzyko uzależnienia jest niższe wśród osób rzadziej zażywających narkotyki.

⁽⁶⁶⁾ Patrz wykres 4 w Sprawozdaniu rocznym za 2004 r.

⁽⁶⁷⁾ Od 1994 r. — pierwszego roku, w którym dostępne były informacje z badań przestępczości w Zjednoczonym Królestwie odnoszące się do Anglii i Walii.

⁽⁶⁸⁾ Patrz wykresy GPS-4 i GPS-1.4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

na Cyprze i Malcie), a także w Norwegii szacuje się, że wśród młodzieży szkolnej odsetek ten utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie (około 10% i mniej) ⁽⁶⁹⁾.

Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie ⁽⁷⁰⁾

Spośród w sumie około 380 tys. przypadków zapotrzebowania na leczenie zgłoszonych w 2004 r. (dane z 19 krajów) konopie indyjskie stanowiły główny powód kierowania na leczenie w około 15% przypadków; daje im to drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków ⁽⁷¹⁾.

Konopie indyjskie zajmują również drugą pozycję wśród narkotyków najczęściej wymienianych przez osoby zgłaszające się po raz pierwszy na leczenie. Grupa ta stanowi 27% nowych pacjentów zarejestrowanych w 2004 r., chociaż istnieją znaczne różnice pomiędzy krajami: poniżej 5% nowych pacjentów wymienia konopie indyjskie na Litwie, Malcie i w Rumunii, ale ponad 40% w Niemczech, Danii, na Węgrzech i w Finlandii ⁽⁷²⁾. W latach 1999–2004 w większości krajów, które udostępniły dane, nastąpił wzrost odsetka nowych pacjentów zgłaszających się na leczenie w związku z zażywaniem konopi indyjskich ⁽⁷³⁾.

W prawie wszystkich krajach, z których uzyskano dane, odsetek pacjentów zgłaszających się na leczenie w związku z zażywaniem konopi indyjskich jest wyższy wśród pacjentów nowych niż w wszystkich pacjentów, z kilkoma jedynie wyjątkami, gdzie te proporcje są prawie równe ⁽⁷⁴⁾. Największe zapotrzebowanie na leczenie z powodu zażywania konopi indyjskich dotyczy terapii w systemie ambulatoryjnym ⁽⁷⁵⁾.

Ze wzrostem zapotrzebowania na leczenie w związku z zażywaniem konopi indyjskich wiąże się prawdopodobnie szereg czynników, które wymagają dokładnego zbadania. Prawdopodobne przyczyny wzrostu zapotrzebowania to: rozpowszechnienie intensywnego zażywania konopi indyjskich i związanych z tym problemów w społeczeństwie, a także wzrost świadomości zagrożeń wynikających z zażywania konopi indyjskich, wzrost liczby skierowań na leczenie z organów wymiaru sprawiedliwości, co ma duże znaczenie w niektórych krajach, oraz zmiany systemu sprawozdawczości i jego zakresu ⁽⁷⁶⁾.

Pacjentów poddawanych leczeniu ze względu na zażywanie konopi indyjskich można podzielić na trzy grupy: osoby zażywające narkotyki sporadycznie (34%), osoby zażywające go raz do kilku razy w tygodniu (32%) oraz osoby zażywające narkotyki codziennie (34%). W zależności od kraju istnieją wyraźne różnice w częstotliwości zażywania konopi indyjskich przez nowych pacjentów, przy czym najwyższy odsetek osób zażywających je codziennie odnotowano w Niderlandach i Danii, a osób zażywających je sporadycznie lub osób, które ich nie zażywały w ciągu miesiąca przed podjęciem leczenia — w Niemczech, Grecji i na Węgrzech. Różnice te odzwierciedlają prawdopodobnie odmienne drogi kierowania na leczenie (np. większą liczbę zgłoszeń ze strony organów wymiaru sprawiedliwości lub sieci społecznych) ⁽⁷⁷⁾.

Istotną kwestią jest to, w jakim stopniu poddane leczeniu osoby zażywające konopie indyjskie spełniają kryteria diagnostyczne dotyczące uzależnienia albo szkodliwego zażywania narkotyków. Obecnie zagadnienie to wymaga dalszych badań. Ponieważ praktyka kierowania na leczenie jest różna w poszczególnych krajach, należy przeprowadzić badania dokumentujące różnice w opisie klinicznym osób poddanych leczeniu w związku z zażywaniem konopi indyjskich.

Niektórzy pacjenci zgłaszają się na leczenie z powodu zażywania konopi indyjskich w połączeniu z innym narkotykiem lub w połączeniu z problemami alkoholowymi, a czasem wniosek o leczenie odnosi się do bardziej ogólnych problemów, takich jak zaburzenia zachowań u młodzieży. Ponadto niektóre ostatnio przeprowadzone badania wykazały wzrost liczby młodych ludzi zgłaszających się na leczenie z powodu zażywania konopi indyjskich, u których jednocześnie występują problemy związane ze zdrowiem psychicznym, co może stanowić istotny czynnik wpływający na zapotrzebowanie na leczenie ⁽⁷⁸⁾.

Istotne jest również lepsze zrozumienie potrzeb osób zażywających konopie indyjskie na poziomie populacji. Według szacunków EMCDDA w UE jest około 3 mln osób intensywnie (czyli codziennie lub prawie codziennie) zażywających konopie indyjskie. Chociaż liczba osób wymagających działań interwencyjnych nie jest znana, w porównaniu z nią liczba wniosków o leczenie związanych z konopiami indyjskimi jest niewielka.

Jak wynika z dostępnych danych, pacjenci leczeni ambulatoryjnie z powodu zażywania konopi indyjskich są

⁽⁶⁹⁾ Patrz tabela EYE-5 (część i) i wykres EYE-1 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁷⁰⁾ Analiza ogólnego występowania i tendencji opiera się na danych dotyczących pacjentów we wszystkich placówkach terapeutycznych. Analiza profilu pacjentów oraz schematu zażywania narkotyków opiera się na danych z placówek leczenia ambulatoryjnego. Szczegółowy podział według płci przeanalizowano w wybranym zagadnieniu dotyczącym kwestii płci, opublikowanym wraz ze sprawozdaniem rocznym EMCDDA za 2006 r.

⁽⁷¹⁾ Patrz wykres TDI-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁷²⁾ Patrz tabela TDI-4 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁷³⁾ Patrz wykres TDI-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁷⁴⁾ Patrz tabele TDI-3 (część iii) i TDI-4 (część iii) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁷⁵⁾ Patrz tabela TDI-25 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁷⁶⁾ W 2007 r. ukaże się monografia EMCDDA dotycząca konopi indyjskich. Trzy rozdziały tego opracowania będą poświęcone zagadnieniu wzrostu zapotrzebowania na leczenie z powodu zażywania konopi indyjskich.

⁽⁷⁷⁾ Patrz tabela TDI-18 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

stosunkowo młodzi. Praktycznie wszyscy pacjenci poddani po raz pierwszy takiej terapii nie przekroczyli 30 lat. Odnotowano, że nastolatki przechodzące specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków częściej mają problem z konopiami indyjskimi jako narkotykiem głównym niż pacjenci z innych grup wiekowych. Problemy z konopiami indyjskimi stanowią 75% przypadków zapotrzebowania na leczenie wśród osób poniżej 15 roku życia, a 63% w grupie wiekowej 15–19 lat ⁽⁷⁹⁾.

Większość pacjentów po raz pierwszy zażywała konopie indyjskie w okresie, gdy należała do najmłodszej grupy wiekowej, przy czym 36,8% po raz pierwszy zażyło narkotyk w wieku poniżej 15 lat. Prawie żadna z osób zgłaszających się na leczenie nie informowała o zażywaniu po raz pierwszy konopi indyjskich po ukończeniu 29 lat ⁽⁸⁰⁾.

Profilaktyka

Odpowiednio wdrożone uniwersalne programy prewencji mogą opóźnić lub ograniczyć inicjację zażywania przez młodych ludzi takich substancji, jak tytoń, alkohol i konopie indyjskie. O znaczeniu zapobiegania świadczy udowodniony fakt, że osoby, które wcześniej rozpoczęły zażywanie narkotyku (przed okresem dojrzewania do jego połowy) są o wiele bardziej zagrożone problemami narkotykowymi, w tym uzależnieniem (Von Sydow i in., 2002; Chen i in., 2005). Dodatkowym argumentem przemawiającym za dążeniem do zapobiegania lub opóźnienia momentu inicjacji w zażywaniu konopi indyjskich jest znacznie większa wrażliwość młodzieży na działanie toksyczne narkotyku.

Profile młodych osób zażywających konopie indyjskie przynajmniej we wczesnych etapach ich zażywania nie różnią się od profili młodych osób spożywających alkohol lub tytoń. Potwierdza to tezę, że uniwersalny program prewencji przeznaczony dla młodych ludzi nie powinien skupiać się jedynie na konopiach indyjskich, ale uwzględniać również zapobieganie spożywaniu alkoholu i tytoniu.

W profilaktyce dotyczącej konopi indyjskich ważną kwestią jest sprawa płci (patrz wybrane zagadnienie dotyczące kwestii płci). Chłopcy są bardziej zagrożeni intensyfikacją zażywania narkotyku, być może dlatego, że dziewczęta w większym stopniu reagują na dezaprobatę rodziców i wykazują większą ostrożność w doborze rówieśników. Jednak sytuacja w tym względzie ulega zmianom, w miarę jak zmieniają się tradycyjne role mężczyzn i kobiet w nowoczesnym społeczeństwie. W kilku krajach europejskich w projektach zapobiegania zażywaniu konopi indyjskich i spożywaniu alkoholu (Bagmaendene w Danii, Beer-Group w Niemczech i Risflecting w Austrii) próbują się rozwiązać problem braku umiejętności komunikacji u chłopców. Jak wiadomo, jednym z powodów intensywnego

spożywania przez chłopców alkoholu i zażywania konopi indyjskich są trudności w nawiązaniu kontaktów z dziewczętami, dlatego powyższe projekty oferują możliwość nauki flirtu.

Wybiórcze działania zapobiegawcze w szkołach koncentrują się na czynnikach zagrożenia wiążących się z zażywaniem narkotyków, takich jak wczesne opuszczenie szkoły, zachowania antyspoleczne, zbyt słabe wyniki w nauce w porównaniu z możliwościami, trudności w tworzeniu więzi, częsta absencja w szkole oraz problemy z nauką spowodowane zażywaniem narkotyków.

Celem niemieckiego projektu „Stoned at School” jest przeszkolenie nauczycieli w zakresie wczesnego wykrywania problemów narkotykowych i podejmowania interwencji, zapobiegania zażywaniu konopi indyjskich oraz nawiązania kontaktów między szkołami i rozwoju doradztwa antynarkotykowego. Podobnie jak w zbliżonych projektach austriackich opracowano program szkolenia złożonego z 10 modułów, które podnosi świadomość nauczycieli w zakresie zażywania konopi indyjskich oraz identyfikowania zagrożonych uczniów.

Wyspecjalizowane ośrodki doradztwa antynarkotykowego występują licznie w Niemczech, we Francji i w Niderlandach. Od stycznia 2005 r. we wszystkich terytoriach francuskich utworzono ponad 250 klinik oferujących „konsultacje w zakresie konopi indyjskich”. Usługi te są skierowane do nastolatków doświadczających trudności spowodowanych zażywaniem konopi indyjskich lub innych narkotyków, a także do ich rodziców. Konsultacji udziela się anonimowo, bezpłatnie i są one dostępne dla wszystkich. Dla ułatwienia dostępu ulokowano je w dużych francuskich miastach. Konsultacje prowadzą specjaliści przeszkoleni w stosowaniu narzędzi oceny oraz krótkich działań interwencyjnych w zakresie uzależnień, którzy są w stanie określić usługi społeczne, medyczne lub psychiatryczne odpowiednie dla pacjenta wymagającego specjalistycznej opieki. Ten nowy rodzaj usług zostanie poddany dalszym badaniom. Według danych dostępnych po pierwszych dwóch lub trzech miesiącach ich funkcjonowania liczba osób odwiedzających ośrodki wyniosła 3500–4000 miesięcznie, z czego 2000–2500 stanowią osoby zażywające konopie indyjskie (pozostali to rodzice, krewni i osoby pracujące z młodzieżą). Alternatywne strategie przewidują krótkie, ale odpowiednio zorganizowane kursy szkoleniowe obejmujące około 10 sesji grupowych (w Niemczech, Danii, Niderlandach i Austrii). Towarzyszy im podręcznik „Skoll” (do kształcenia w zakresie samokontroli), wydany w ramach holendersko-niemieckiego projektu EUREGIO.

Podstawą funkcjonowania kursów szkoleniowych dotyczących konopi indyjskich jest często fakt, że zażywanie lub posiadanie tego narkotyku jest nielegalne, a uczestnicy kursów są na nie kierowani przez wymiar sprawiedliwości.

⁽⁷⁹⁾ Patrz tabela TDI-10 (część i) i (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁸⁰⁾ Patrz tabela TDI-11 (część ii) i (część ix) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Motywacją do obecności na zajęciach jest najczęściej wyrok sądowy nakładający obowiązek uczestnictwa w szkoleniu. Niemniej jednak metody te umożliwiają nawiązanie kontaktu przynajmniej z częścią osób w grupie zagrożonej.

Wiele spośród stosowanych w Europie wybiórczych działań prewencyjnych polega na dostarczaniu informacji na temat konopi indyjskich. Inne metody, w większym stopniu oparte na dowodach, takie jak odnowa normatywna (np. nauczanie, że większość rówieśników nie próbuje zażywania narkotyku), szkolenie z zakresu asertywności, motywacja i wyznaczanie celów oraz korekta mitów (dotyczących wartości wiązanych z konopiami indyjskimi), należy dopiero wprowadzić jako znormalizowane elementy programów profilaktyki zażywania konopi indyjskich. Przeprowadzona niedawno analiza programów prewencji dla młodzieży zagrożonej (Roe i Becker, 2005) wykazała, że metody oparte na przekazywaniu informacji mają

niewielki lub żaden wpływ na zachowania lub postawy wobec zażywania, niezależnie od tego, czy wchodzi w zakres zapobiegania ogólnego czy wybiórczego. Ci sami autorzy stwierdzili, że programy kompleksowego oddziaływania społecznego wywierają istotny wpływ na zagrożoną młodzież.

Istotnym odkryciem, które wyłania się z nielicznych dostępnych ocen europejskich projektów zapobiegania wybiórczego w zakresie konopi indyjskich (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants i inne; patrz powyżej i na stronie internetowej EDDRA <http://eddra.emcdda.europa.eu>), jest skuteczność technik o dużym wpływie społecznym. Do pozytywnych skutków osiągniętych dzięki tym technikom należy obniżenie poziomu spożycia, większe samouświadomienie zażywania problemowego, obniżenie głównych czynników ryzyka i wiążących się z nimi problemów oraz podwyższenie stopnia samokontroli i motywacji.

Krótkie działania interwencyjne wobec osób zażywających konopie indyjskie

Krótkie działania interwencyjne to metoda, której celem jest nakłonienie ludzi do refleksji nad zażywaniem narkotyków oraz wyposażenie ich w umiejętność kontrolowania nałogu. Koncepcja opiera się w dużej mierze na rozmowach motywacyjnych, nie polega na oszczędzaniu ani konfrontacji, lecz sprawdza system wartości pacjenta, jego cele, samoocenę dotyczącą zażywania narkotyków i przedstawia rozbieżności pomiędzy wyobrażeniem własnym pacjenta a stanem rzeczywistym.

Krótkie działania interwencyjne często przeprowadza się na wczesnym etapie zażywania alkoholu lub narkotyków, aby zapobiec powstaniu poważnych problemów narkotykowych w przyszłości. Udowodniono skuteczność krótkich działań interwencyjnych w zapobieganiu nadużywaniu alkoholu i tytoniu. Wzrasta także zainteresowanie tą metodą w odniesieniu do innych substancji.

Krótkie działania interwencyjne okazało się bardzo skuteczne jako wybiórczy środek zapobiegawczy ukierunkowany na osoby zażywające konopie indyjskie, które w normalnych okolicznościach nie zgłosiłyby się do placówki terapeutycznej. W przypadku osób intensywnie zażywających konopie indyjskie programy oparte na edukacji i promujące abstynencję mogą okazać się nieskuteczne.

Krótkie działania interwencyjne są opłacalne i mogą być szczególnie odpowiednie dla osób zażywających konopie indyjskie, ponieważ stwierdzono ich skuteczność w pomocy osobom, które:

- doświadczają pewnych problemów związanych z zażywaniem narkotyków
- wykazują niski stopień uzależnienia
- zażywają narkotyki od niedawna
- mają oparcie w środowisku (społecznym, akademickim, w rodzinie)
- wykazują niepewność lub ambiwalentne uczucia wobec zmiany w zażywaniu narkotyków.

Podjęcie to wykorzystuje się w kilku krajach, np. w Niemczech, Niderlandach, Austrii i Zjednoczonym Królestwie. Działania interwencyjne polegają na doradztwie, „kursach na temat konopi indyjskich” lub nawet na prowadzeniu samopomocowych witryn internetowych. Na przykład niemiecki internetowy program doradczy „Quit the Shit” (www.drugcom.de) oferuje nowatorskie podejście z wykorzystaniem telematyki dla osób zażywających konopie indyjskie, które chciałyby ograniczyć lub przerwać zażywanie narkotyku. Podobne elementy samopomocy dostępne są w witrynach internetowych www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html (Jellinek, Niderlandy) i www.knowcannabis.org.uk/ (HIT, Zjednoczone Królestwo).



Rozdział 4

Amfetaminy, ecstasy i inne środki psychotropowe

W wielu krajach europejskich drugie miejsce wśród powszechnie zażywanych substancji nielegalnych zajmują różne postaci narkotyków syntetycznych. Zażywanie tych substancji przez ogół populacji jest zazwyczaj na niewysokim poziomie, ale wskaźniki rozpowszechnienia w młodszych grupach wiekowych są znacznie wyższe, a w pewnych grupach społecznych lub kulturowych ich spożycie osiąga szczególnie wysoki poziom. Ogólnie rzecz biorąc, amfetaminy (amfetamina i metamfetamina) oraz ecstasy należą do najbardziej rozpowszechnionych narkotyków syntetycznych.

Amfetamina i metamfetamina pobudzają centralny układ nerwowy. Z tych dwóch narkotyków amfetamina jest zdecydowanie najbardziej dostępnym narkotykiem w Europie. Na całym świecie duże zaniepokojenie budzi wzrost poziomu spożycia metamfetaminy, ponieważ narkotyk ten wiąże się z wieloma poważnymi problemami zdrowotnymi. W Europie znaczne spożycie metamfetaminy obserwuje się przede wszystkim w Republice Czeskiej.

Nazwa ecstasy odnosi się do substancji syntetycznych o składzie chemicznym zbliżonym do amfetaminy, ale różniących się w pewnym stopniu skutkami działania. Najbardziej znaną substancją z grupy ecstasy jest 3,4-metylenodiodksymetamfetamina (MDMA), chociaż w tabletkach ecstasy znajdują się czasem również inne analogi (MDA, MDEA itd.). Narkotyki te określa się również nazwą entaktogenów, w nawiązaniu do wywoływanych przez nie bardzo specyficznych zmian nastroju. Czasami wywołują one skutki typowe raczej dla substancji halucynogennych.

Z historycznego punktu widzenia spośród środków halucynogennych substancją najlepiej znaną jest dietyloamid kwasu lizergowego (LSD), choć ogólne poziomy jego spożycia są niskie i od dłuższego czasu utrzymują się na stosunkowo stabilnym poziomie. Ostatnio pojawiły się dowody świadczące o większej dostępności i spożyciu substancji halucynogennych występujących w naturze, szczególnie grzybów halucynogennych.

Unia Europejska wprowadziła system wczesnego ostrzegania w celu wykrywania nowych narkotyków pojawiających się na rynku europejskim. System pozwala

również na monitorowanie nowych, potencjalnie szkodliwych tendencji w zażywaniu substancji psychoaktywnych.

Podaż i dostępność ⁽⁸¹⁾

Trudno jest ocenić ilości produkowanej amfetaminy i ecstasy, gdyż „punktem wyjściowym w produkcji, prowadzonej w łatwych do ukrycia laboratoriach, są powszechnie dostępne substancje chemiczne” (UNODC, 2003a). Najnowsze dane szacunkowe dotyczące globalnej rocznej produkcji amfetamin i ecstasy wskazują na 520 t (UNODC, 2003b). Największą ilość tych substancji — 46 t — skonfiskowano na świecie w 2000 r. Po spadku odnotowanym w 2001 i 2002 r. poziom konfiskat ponownie wzrósł do 34 t w 2003 r. i nieco spadł do 29 t w 2004 r. W 2004 r. odsetek przeprowadzonych na całym świecie konfiskat amfetamin i ecstasy spadł w przypadku metamfetaminy do 38% (z 66% w 2003 r.), przy czym ilość ecstasy wynosiła 29% i amfetaminy 20% (CND, 2006).

Amfetamina

Światowa produkcja amfetaminy koncentruje się w Europie Zachodniej i Środkowej, szczególnie w Belgii, Niderlandach i Polsce. W tym regionie również Estonia, Litwa i Bułgaria odgrywają istotną rolę w nielegalnej produkcji amfetaminy, a w mniejszym stopniu Niemcy, Hiszpania i Norwegia, o czym świadczą likwidacje laboratoriów, w których ją wytwarzano, przeprowadzone w tych krajach w 2004 r. (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Poza Europą amfetaminę produkuje się przede wszystkim w Ameryce Północnej i Oceanii (CND, 2006). Handel amfetaminą miał w 2004 r. zakres głównie wewnątrzregionalny. Większość amfetaminy na nielegalnych rynkach europejskich pochodzi z Belgii, Niderlandów i Polski, a także z Estonii i Litwy (w krajach skandynawskich) (sprawozdania krajowe Reitox, 2005 r.; WCO, 2005).

Z 6 t amfetaminy przejętej na świecie w 2004 r. około 97% skonfiskowano w Europie, przede wszystkim w Europie Zachodniej i Środkowej oraz Południowo-Wschodniej (odpowiednio 67% i 26% łącznie skonfiskowanej ilości, CND, 2006).

Szacuje się, że w 2004 r. w UE miało miejsce 33 000 przypadków konfiskaty amfetaminy, co odpowiada

⁽⁸¹⁾ Patrz: Interpretacja konfiskat i innych danych rynkowych, str. 37.

⁽⁸²⁾ Liczba zlikwidowanych laboratoriów zgłaszana przez poszczególne kraje daje wyobrażenie nie tylko o liczbie miejsc produkcji, ale również o sposobie działania organów ścigania, ich priorytetach i praktykach w zakresie sprawozdawczości.

5,2 t i 9,6 mln jednostek narkotyku. Pod względem liczby przechwyceń i wagi skonfiskowanego narkotyku Zjednoczone Królestwo jest krajem UE, w którym konfiskuje się największe ilości amfetaminy⁽⁸³⁾. Turcja zgłosiła przechwylenie 9,5 mln jednostek amfetaminy w 2004 r. Pomimo pewnych wahań w UE poziom zarówno łącznej liczby konfiskat amfetaminy⁽⁸⁴⁾, jak i skonfiskowanej ilości⁽⁸⁵⁾ wzrósł od 1999 r. Dane nadesłane przez kraje objęte niniejszym sprawozdaniem wskazują na utrzymywanie się tendencji wyżkowej również w 2004 r.

W 2004 r. średnia cena detaliczna amfetaminy wahała się od 4 euro za gram w Słowenii do 64 euro za gram na Malcie⁽⁸⁶⁾. W latach 1999–2004 ceny amfetaminy, z uwzględnieniem współczynnika inflacji⁽⁸⁷⁾, spadły w Niemczech, Hiszpanii, Irlandii, na Łotwie, Litwie, w Szwecji, Zjednoczonym Królestwie, Bułgarii, Turcji i Norwegii⁽⁸⁸⁾.

W 2004 r. średni wskaźnik czystości amfetaminy wahał się od 5–6% w Bułgarii do 44% w Norwegii⁽⁸⁹⁾. Dostępne dane⁽⁹⁰⁾ dotyczące średniego wskaźnika czystości amfetaminy w latach 1999–2004 ujawniają ogólną tendencję spadkową na Łotwie, Litwie, w Luksemburgu, Finlandii i Norwegii oraz tendencję wyżkową w Belgii, Niemczech, we Francji, Włoszech, na Węgrzech i w Austrii.

Metamfetamina

Pod względem produkowanych i podlegających handlowi ilości matamfetamina nadal ma większe znaczenie w skali światowej niż amfetamina lub ekstazy, chociaż w 2004 r. spadł jej udział w łącznych konfiskatach na świecie. Nadal wytwarza się ją przede wszystkim w Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej (w Chinach, na Filipinach, w Birmie i Tajlandii) oraz w Ameryce Północnej i Środkowej (w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Meksyku). W 2004 r. na świecie skonfiskowano 11 t metamfetaminy, z czego 59% skonfiskowano w Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej, a 37% w Ameryce Północnej (CND, 2006). W Europie produkcja metamfetaminy ogranicza się w dużym stopniu do Republiki Czeskiej, gdzie

wytwarza się ją od połowy lat osiemdziesiątych pod lokalną nazwą „pervitin”. Jednak w 2004 r. zgłoszono jej produkcję również w Słowacji i w Bułgarii, gdzie zlikwidowano laboratoria (sprawozdania krajowe Reitox, 2005 r.; UNODC, 2006). Większość produkowanej w Republice Czeskiej metamfetaminy jest przeznaczona na rynek lokalny, chociaż pewne jej ilości są przemycane do Niemiec, Austrii i Słowacji (sprawozdania krajowe Reitox, 2005 r.). W 2004 r. konfiskaty metamfetaminy zgłoszono w Belgii, Republice Czeskiej, Danii, Estonii, Grecji, we Francji, na Łotwie, Litwie, Węgrzech, w Austrii, Słowacji, Szwecji, Rumunii i Norwegii, przy czym w Norwegii dokonano zarówno największej liczby konfiskat, jak i przechwycono największe ilości narkotyku⁽⁹¹⁾.

W 2004 r. cena⁽⁹²⁾ detaliczna metamfetaminy w Republice Czeskiej wahała się w granicach 12–63 euro za gram, a średni wskaźnik jej czystości⁽⁹³⁾ wynosił od 43% w Słowacji do 50% w Republice Czeskiej.

Ekstazy

Europa nadal jest głównym ośrodkiem produkcji ekstazy na świecie, choć jej znaczenie w tej dziedzinie wydaje się maleć, gdyż w ostatnich latach produkcja ekstazy rozprzestrzeniła się także w innych częściach świata, zwłaszcza w Ameryce Północnej (w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie) oraz w Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej (w Chinach, Indonezji i Hongkongu) (CND, 2006; UNODC, 2006.). W 2004 r. Niderlandy nadal stanowiły główne źródło dostaw ekstazy w Europie i na świecie, ale laboratoria produkujące ekstazy wykryto również w Belgii, Estonii, Hiszpanii i Norwegii (sprawozdania krajowe Reitox, 2005 r., UNODC, 2006 r.). Ekstazy skonfiskowana w Europie pochodziła z Niderlandów i Belgii, w mniejszym stopniu z Polski i ze Zjednoczonego Królestwa (sprawozdania krajowe Reitox, 2005 r.).

Handel ekstazy nadal skupia się głównie w Europie Zachodniej, jednakże tak jak w przypadku jej produkcji, w ostatnich latach również i on rozpowszechnił się na całym świecie. Z 8,5 t (równoważnik wagowy) całkowitej ilości

⁽⁸³⁾ Tę sytuację należy porównać z danymi ze Zjednoczonego Królestwa za 2004 r., kiedy będą dostępne. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat amfetaminy w 2004 r., jak i przechwyconych ilości, nie były dostępne dla Irlandii i Zjednoczonego Królestwa; dane o ilościach amfetaminy skonfiskowanej w 2004 r. nie były dostępne dla Słowenii; dane o liczbie konfiskat amfetaminy w 2004 r. nie były dostępne dla Niderlandów. Do celów szacunkowych brakujące dane za 2004 r. zastąpiono danymi za 2003 r. Dostarczone przez Niderlandy dane dotyczące ilości skonfiskowanych w 2004 r. były jedynie szacunkowe i nie mogły zostać włączone do analizy tendencji do 2004 r.

⁽⁸⁴⁾ Patrz tabela SZR-11 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁸⁵⁾ Patrz tabela SZR-12 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁸⁶⁾ Patrz tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁸⁷⁾ Rok 1999 przyjęto jako podstawę dla wartości pieniądza we wszystkich krajach.

⁽⁸⁸⁾ W latach 1999–2004 dane o cenach amfetaminy były dostępne co najmniej przez trzy kolejne lata w Belgii, Niemczech, Hiszpanii, we Francji, w Irlandii, na Łotwie, Litwie, w Polsce, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie, Bułgarii, Turcji i Norwegii.

⁽⁸⁹⁾ Patrz tabela PPP-8 w Biuletynie statystycznym za 2006 r. Uwaga: zgłoszone średnie wskaźniki czystości amfetaminy mogą ukrywać szeroki zakres różnic w czystości poddanych analizie próbek.

⁽⁹⁰⁾ W latach 1999–2004 dane o czystości amfetaminy były dostępne co najmniej przez trzy kolejne lata w Belgii, Niemczech, Estonii, we Francji, Włoszech, na Łotwie, Litwie, w Luksemburgu, na Węgrzech, w Niderlandach, Polsce, Portugalii, Finlandii, Zjednoczonym Królestwie, Turcji i Norwegii.

⁽⁹¹⁾ Dane za 2004 r. przekazane przez Niemcy, Włochy, Luksemburg i Niderlandy nie pozwalają na rozróżnienie konfiskat metamfetaminy i amfetaminy, podczas gdy Irlandia i Zjednoczone Królestwo nie przekazały danych dotyczących konfiskat narkotyków w 2004 r., co utrudnia stwierdzenie, czy w 2004 r. w tych krajach w ogóle konfiskowano metamfetaminę.

⁽⁹²⁾ Patrz tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁹³⁾ Patrz tabela PPP-8 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

ecstasy skonfiskowanej w 2004 r. 50% przejęto w Europie Zachodniej i Środkowej, 23% w Ameryce Północnej, a 16% w Oceanii (CND, 2006).

Ocenia się, że w 2004 r. w UE 24 tys. przypadków konfiskaty doprowadziło do przejęcia około 28,3 mln tabletek ecstasy. Do 2003 r. największe ilości ecstasy skonfiskowano w Zjednoczonym Królestwie, a następnie w Niemczech, we Francji i w Niderlandach ⁽⁹⁴⁾.

Po okresie szybkiego wzrostu w latach 1999–2001 liczba przypadków konfiskaty ecstasy ⁽⁹⁵⁾ na poziomie UE spadła w latach 2002–2003. Jednak dane pochodzące z krajów objętych sprawozdaniem wskazują na ponowny jej wzrost w 2004 r. Ilość skonfiskowanej ecstasy ⁽⁹⁶⁾ wzrosła w latach 1999–2002, a po szybkim spadku do niskiego poziomu w 2003 r. dostępne dane za 2004 r. wskazują, że ponownie osiągnęła poziom z 2002 r.

W 2004 r. średnia cena detaliczna tabletek ecstasy wynosiła od niecałych 3 euro na Litwie i w Polsce do 15–25 euro w Grecji i we Włoszech ⁽⁹⁷⁾. W latach 1999–2004 średnia cena detaliczna ecstasy, z uwzględnieniem współczynnika inflacji ⁽⁹⁸⁾, spadła w większości krajów objętych sprawozdaniem ⁽⁹⁹⁾.

Większość tabletek sprzedawanych w Europie jako ecstasy zawierała MDMA lub inne substancje zbliżone do ecstasy (MDEA, MDA) — zazwyczaj była to jedyna obecna w tabletkach substancja psychoaktywna. W Republice Czeskiej, Grecji, na Łotwie, Litwie, Węgrzech, w Niderlandach, Słowacji, Finlandii, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii tabletki tego rodzaju stanowiły ponad 95% łącznej liczby tabletek poddanych analizie w 2004 r. Wyjątek pod tym względem stanowiła Bułgaria, w której większość (61%) badanych tabletek zawierała amfetaminę lub metamfetaminę jako jedyne substancje psychoaktywne. Zawartość MDMA w tabletkach ecstasy różni się znacznie w zależności od partii (nawet wśród partii pochodzących z tego samego źródła), zarówno

na rynku międzynarodowym, jak i na rynkach krajowych. W 2004 r. średnia zawartość substancji aktywnej (MDMA) przypadająca na tabletkę ecstasy wynosiła 30–82 mg ⁽¹⁰⁰⁾ (sprawozdania krajowe Reitox, 2005 r.).

LSD

LSD wytwarza się i sprzedaje na znacznie mniejszą skalę niż inne narkotyki syntetyczne. Ocenia się, że w 2004 r. w UE dokonano 700 konfiskat 220 000 jednostek LSD. Od 2002 r. największe ilości LSD w skali rocznej konfiskowano w Niemczech, a następną pozycję zajmowało Zjednoczone Królestwo ⁽¹⁰¹⁾. W latach 1999–2002 na poziomie UE spadła zarówno liczba przypadków konfiskaty LSD ⁽¹⁰²⁾, jak i skonfiskowanej ilości narkotyku ⁽¹⁰³⁾. Jednak jak wynika z dostępnych danych, zarówno w 2003 r., jak i w 2004 r. po raz pierwszy od 9 lat nastąpił wzrost liczby przypadków konfiskaty LSD oraz przejętej ilości narkotyku, przy czym w 2004 r. stosunkowo duże jego ilości skonfiskowano w Niemczech, we Francji, na Litwie, w Niderlandach i Polsce.

W 2004 r. użytkownik musiał zapłacić za jednostkę LSD średnio od 2,5 euro w Portugalii do 11,6 euro na Malcie ⁽¹⁰⁴⁾. Średnie ceny LSD, z uwzględnieniem współczynnika inflacji ⁽¹⁰⁵⁾, wykazywały w latach 1999–2004 ogólną tendencję spadkową ⁽¹⁰⁶⁾ w Republice Czeskiej, Irlandii, Polsce, Słowenii i Szwecji, ale wzrosły w Niemczech i we Francji.

Międzynarodowe działania przeciwko produkcji i sprzedaży amfetamin i ecstasy

Od grudnia 2004 r. Europol prowadzi projekt Synergia dotyczący narkotyków syntetycznych ⁽¹⁰⁷⁾. Wspiera go 20 państw członkowskich UE i niektóre państwa trzecie. Projekt obejmuje plik analityczny (AWF) i podprojekty operacyjne prowadzone w kilku krajach na obszarze UE, jak również szereg instrumentów stosowanych w celach analitycznych i strategicznych, takich jak system Europolu do identyfikacji logo ecstasy (EELS) (w tym katalog

⁽⁹⁴⁾ Tę sytuację należy porównać z danymi dla Zjednoczonego Królestwa za 2004 r., kiedy będą dostępne. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat ecstasy w 2004 r., jak i przechwyconych ilości nie były dostępne dla Irlandii i Zjednoczonego Królestwa; dane dotyczące liczby konfiskat ecstasy w 2004 r. nie były dostępne dla Niderlandów. W celach szacunkowych brakujące dane za 2004 r. zastąpiono danymi za 2003 r. Dostarczone przez Niderlandy dane o ilościach przechwyconych w 2004 r. stanowiły jedynie wartości szacunkowe i nie mogły być uwzględnione w analizie tendencji do 2004 r.

⁽⁹⁵⁾ Patrz tabela SZR-13 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁹⁶⁾ Patrz tabela SZR-14 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁹⁷⁾ Patrz tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽⁹⁸⁾ Rok 1999 przyjęto jako podstawę dla wartości pieniądza we wszystkich krajach.

⁽⁹⁹⁾ W latach 1999–2004 dane o cenach ecstasy były dostępne przez co najmniej trzy kolejne lata w Belgii, Republice Czeskiej, Niemczech, Hiszpanii, we Francji, w Irlandii, na Cyprze, Łotwie, Litwie, w Luksemburgu, Polsce, Portugalii, Słowenii, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie, Bułgarii, Turcji i Norwegii.

⁽¹⁰⁰⁾ Ten zakres ustalono na podstawie danych pochodzących jedynie z kilku krajów: z Danii, Niemiec, Francji, Luksemburga i Niderlandów.

⁽¹⁰¹⁾ Tę sytuację należy porównać z danymi dla Zjednoczonego Królestwa za 2004 r., kiedy będą dostępne. Dane dotyczące zarówno liczby konfiskat LSD w 2004 r., jak i przechwyconych ilości nie były dostępne dla Irlandii i Zjednoczonego Królestwa; dane dotyczące liczby konfiskat LSD w 2004 r. nie były dostępne dla Cypru, Niderlandów, Polski i Bułgarii. W celach szacunkowych brakujące dane za 2004 r. zastąpiono danymi za 2003 r. Dostarczone przez Niderlandy dane o ilościach przechwyconych w 2004 r. stanowiły jedynie wartości szacunkowe i nie mogły być uwzględnione w analizie tendencji do 2004 r.

⁽¹⁰²⁾ Patrz tabela SZR-15 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁰³⁾ Patrz tabela SZR-16 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁰⁴⁾ Patrz tabela PPP-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁰⁵⁾ Rok 1999 przyjęto jako podstawę dla wartości pieniądza we wszystkich krajach.

⁽¹⁰⁶⁾ W latach 1999–2004 dane o cenach LSD były dostępne przez co najmniej trzy kolejne lata w Republice Czeskiej, Niemczech, Hiszpanii, we Francji, w Irlandii, na Litwie, w Polsce, Portugalii, Słowenii, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie, Rumunii i Norwegii.

⁽¹⁰⁷⁾ Projekt Synergia powstał w wyniku połączenia projektów CASE i Genesis, rozpoczętych w 2002 r.

logo ecstasy) oraz system Europolu do porównywania nielegalnych laboratoriów (ELICS). Europol nadal wspiera projekt CHAIN⁽¹⁰⁸⁾ dotyczący charakterystyki amfetaminy i Europejską Wspólną Jednostkę ds. Prekursorów (EUJP). Oprócz udzielania na miejscu przez ekspertów pomocy w likwidacji nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych cele najnowszych podprojektów obejmują porównywanie zlikwidowanych laboratoriów, wykrywanie miejsc składowania odpadów chemicznych, które stanowią punkt wyjścia w dochodzeniach, wyszukiwanie tabletek oraz prowadzenie dochodzeń w sprawie sprzedaży prekursorów chemicznych do krajów UE.

Projekt Pryzmat jest inicjatywą międzynarodową powołaną w celu przeciwdziałania zmianie zastosowania prekursorów chemicznych do celów nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych, poprzez system przedeksportowego zgłaszania legalnego handlu do Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (INCB) oraz zgłaszanie zatrzymanych i skonfiskowanych przesyłek w przypadku podejrzanych transakcji.

Efedryna i pseudoefedryna są głównymi prekursorami metamfetaminy, natomiast 1-fenylpropan-2-on (P-2-P) stosuje się przy produkcji amfetaminy; 3,4-metylenodioksyfenylpropan-2-on (3,4-MDP-2-P), safrol i oleje zawierające znaczne jego ilości wykorzystuje się do nielegalnej produkcji MDMA, a piperonal stosuje się również w syntezie MDA⁽¹⁰⁹⁾.

W 2004 r. legalny handel efedryną i pseudoefedryną wyniósł łącznie odpowiednio 526 i 1027 t. Największe konfiskaty tych substancji chemicznych odnotowano w Ameryce Północnej i w Azji Południowo-Wschodniej, ale obawy budzi groźba rozpowszechnienia ich we wszystkich regionach. Przemycana do Europy efedryna i pseudoefedryna pochodzi przede wszystkim z Azji Zachodniej. W 2004 r. skonfiskowano w Europie 2,6 t efedryny i 1 kg pseudoefedryny⁽¹¹⁰⁾. Konfiskaty dotyczyły przeważnie niewielkich ilości pochodzących z wielu różnych laboratoriów, w większości mieszczących się w Republice Czeskiej, chociaż w Grecji skonfiskowano znaczną ilość efedryny pochodzącej z Pakistanu.

Działania podejmowane w Europie w ramach projektu Pryzmat polegają głównie na przeciwdziałaniu przemycaniu do UE substancji 3,4-MDP-2-P i P-2-P stosowanych w nielegalnej produkcji, odpowiednio, MDMA i amfetaminy. W 2004 r. odnotowano przypadki największych w historii konfiskat 3,4-MDP-2-P i P-2-P, z czego w Europie skonfiskowano największe ilości 3,4-MDP-2-P, a w Stanach Zjednoczonych — P-2-P. W 2004 r. skonfiskowano

w Europie łącznie 10 161 litrów 3,4-MDP-2-P (głównie w Niderlandach i Belgii) i 9297 litrów P-2-P (głównie w Polsce i Niderlandach)⁽¹¹¹⁾.

Piperonal ma wiele legalnych zastosowań, ale może być również stosowany jako prekursor w produkcji 3,4-MDP-2-P, MDA lub MDMA (INCB, 2006b). W okresie od listopada 2004 r. do października 2005 r. do INCB zgłoszono ponad 150 przesyłek o wadze 3800 t (2006b). W 2004 r. największe konfiskaty piperonalu zgłosiły Chiny (13 t); 2,4 t skonfiskowano w Europie — prawie wszystko w Rumunii⁽¹¹²⁾.

Informacje o konfiskatach safrolu nadchodzą z całego świata, ale nadal dotyczą małych ilości, z wyjątkiem Chin, gdzie skonfiskowano ponad 100 kg. W Europie w 2004 r. skonfiskowano 122 l safrolu, przede wszystkim na Łotwie, ale również na Litwie.

Rozpowszechnienie oraz schematy zażywania

Tradycyjnie już badania populacji wykazują, że po konopiach indyjskich amfetaminy i ecstasy są najczęściej zażywanymi substancjami nielegalnymi, choć ogólny poziom rozpowszechnienia ich spożycia jest niższy niż rozpowszechnienie konopi indyjskich. Zażywanie ecstasy zyskało popularność w latach dziewięćdziesiątych, natomiast amfetaminy zażywano już znacznie wcześniej.

W państwach członkowskich UE spożycie amfetamin⁽¹¹³⁾ oraz ecstasy wydaje się stosunkowo wysokie jedynie w kilku krajach, a mianowicie w Republice Czeskiej, Estonii i Zjednoczonym Królestwie.

Badania przeprowadzone ostatnio wśród dorosłej populacji (15–64 lata) wskazują, że w Europie odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały amfetaminę, wynosi 0,1–5,9% z wyjątkiem Zjednoczonego Królestwa (Anglii i Walii), gdzie osiąga wartość 11,2%. Średnio około 3,1% wszystkich dorosłych Europejczyków przynajmniej raz zażywało amfetaminy. Po Zjednoczonym Królestwie odsetek ten jest najwyższy w Danii (5,9%), Norwegii (3,6%) i Niemczech (3,4%). Liczba osób, które zażywały narkotyk w ubiegłym roku, była znacznie niższa: średnio 0,6% (w zakresie 0–1,4%). Na podstawie badań ogólnej populacji ocenia się, że prawie 10 mln Europejczyków próbowało tej substancji, a ponad 2 mln zażywało amfetaminę w ciągu ostatnich 12 miesięcy⁽¹¹⁴⁾.

Wśród młodych dorosłych (15–34 lata) doświadczenie w zażywaniu amfetaminy zgłosiło 0,1–9,6% osób, przy

⁽¹⁰⁸⁾ Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) jest inicjatywą ukierunkowaną na sporządzanie przez ekspertów medycyny sądowej charakterystyki amfetaminy, przewyższającą projekt pilotowy CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Pełny spis w tabeli I Konwencji z 1988 r.

⁽¹¹⁰⁾ Dane o konfiskatach nie obejmują ilości narkotyków w zatrzymanych przesyłkach.

⁽¹¹¹⁾ Dane o konfiskatach nie obejmują ilości narkotyków w zatrzymanych przesyłkach.

⁽¹¹²⁾ Dane o konfiskatach nie obejmują ilości narkotyków w zatrzymanych przesyłkach.

⁽¹¹³⁾ Pochodzące z badań populacji dane dotyczące „zażywania amfetaminy” obejmują zarówno „amfetaminę”, jak i „metamfetaminę” w ramach tej samej kategorii.

⁽¹¹⁴⁾ Sposób obliczenia podano w przypisie (53).

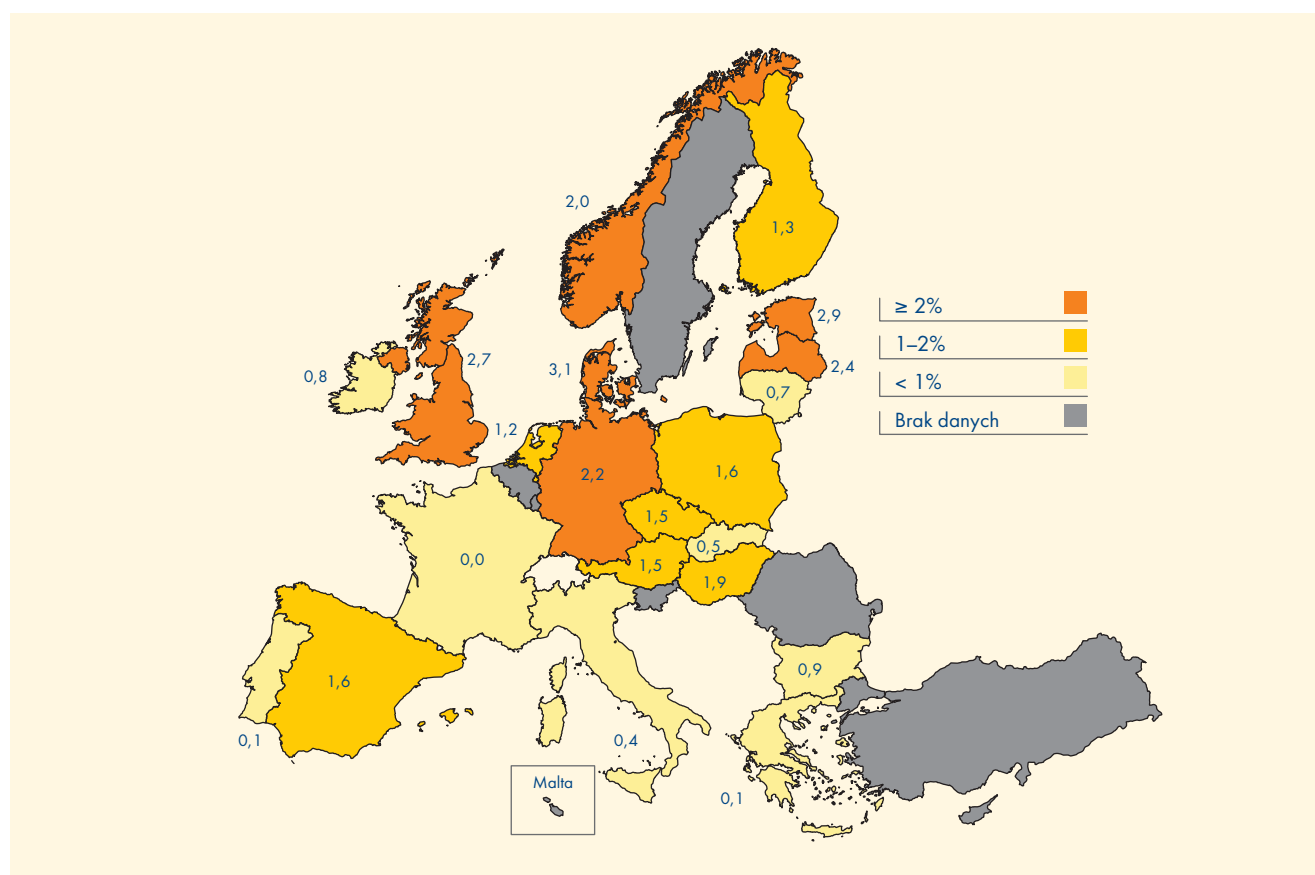
czym w Zjednoczonym Królestwie (w Anglii i Walii) odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały amfetaminę wyniósł 16,5% (co może być wynikiem zjawiska historycznego opisanego poniżej). W połowie krajów, które udostępniły dane, wskaźnik rozpowszechnienia wynosi poniżej 4%, przy czym po Zjednoczonym Królestwie najwyższe jego wartości odnotowano w Danii (9,6%), Norwegii (5,9%) i Niemczech (5,4%). Średnio 4,8% młodych Europejczyków próbowało amfetaminy. Najwyższy wskaźnik rozpowszechnienia w ubiegłym roku odnotowano w Danii (3,1%) i Estonii (2,9%)⁽¹¹⁵⁾. Ocenia się, że średnio 1,4% młodych Europejczyków zażywało amfetaminę w ciągu ostatniego roku (patrz też wykres 4).

Ecstasy próbowało 0,2–7,1% wszystkich dorosłych (średnio 2,6%). W połowie krajów odnotowano wskaźnik rozpowszechnienia wynoszący 1,8% lub mniej, przy czym najwyższe jego wartości odnotowano w Republice Czeskiej (7,1%) i Zjednoczonym Królestwie (6,7%). Odsetek osób, które zażywały ecstasy w ostatnim roku, waha się w granicach 0,2–3,5%, ale w połowie krajów wynosi on 0,5% lub mniej. Ocenia się, że prawie 8,5 mln Europejczyków próbowało ecstasy, a prawie 3 mln zażywało ten narkotyk w ciągu ostatniego roku.

W krajach europejskich w grupie młodych dorosłych wskaźnik liczby osób, które przynajmniej raz zażywały ecstasy, wynosi 5,2% i waha się w granicach 0,5–14,6%, chociaż w połowie krajów wynosi poniżej 3,6%. Najwyższe jego wartości odnotowano w Republice Czeskiej (14,6%), Zjednoczonym Królestwie (12,7%) i Hiszpanii (8,3%).

Zażywanie ecstasy to zjawisko obserwowane głównie wśród młodzieży. W grupie wiekowej 15–24 lata wskaźnik liczby osób, które zażywały narkotyki przynajmniej raz, waha się w granicach 0,4–18,7%, przy czym najwyższy odsetek odnotowano w Republice Czeskiej (18,7%)⁽¹¹⁶⁾ i Zjednoczonym Królestwie (10,7%), a wartość ta jest wyższa wśród mężczyzn (0,3–23,2%) niż wśród kobiet (0,4–13,9%). Odsetek osób, które zażywały ecstasy w ciągu ostatniego roku, waha się w granicach 0,3–12%, przy czym najwyższy jest w Republice Czeskiej (12%) i Estonii (6,1%) (wykres 5). W siedmiu krajach w ciągu ostatniego miesiąca ecstasy zażywało mniej niż 3% osób. Wskaźniki rozpowszechnienia są zazwyczaj wyższe na obszarach miejskich, szczególnie wśród osób uczęszczających do dyskotek, klubów czy na zabawy taneczne (patrz wybrane zagadnienie dotyczące zażywania narkotyków w obiektach rozrywkowych).

Wykres 4: Rozpowszechnienie spożycia amfetaminy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata)



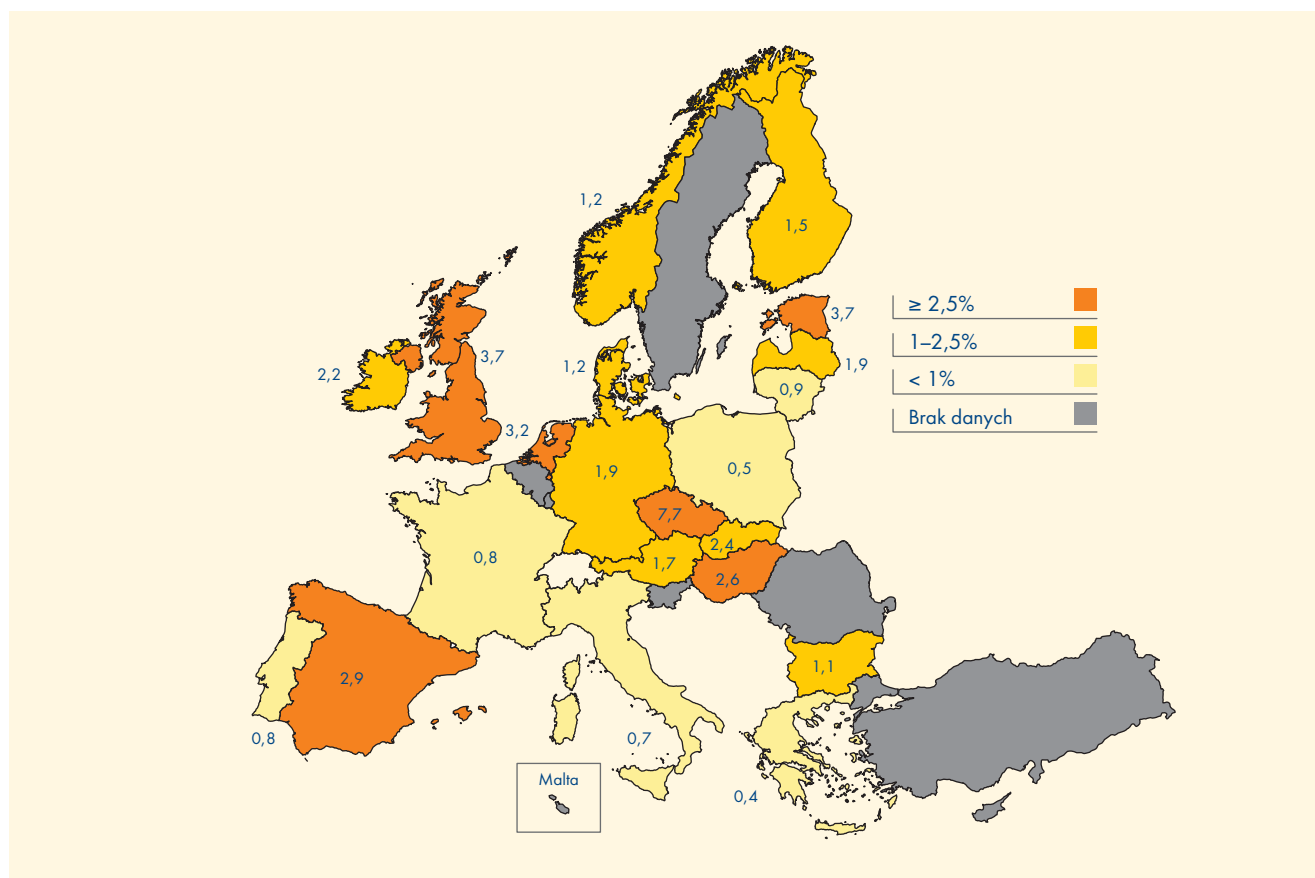
Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. Więcej informacji podano w tabelach GPS-8 i GPS-11 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

⁽¹¹⁵⁾ Patrz wykresy GPS-15 i GPS-16 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹¹⁶⁾ W Republice Czeskiej badanie przeprowadzono na grupie wiekowej 18–24 lata.

Wykres 5: Rozpowszechnienie spożycia ecstasy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata)



Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. Więcej informacji podano w tabelach GPS-8 i GPS-11 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.
 Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

Kolejne badania ankietowe wykazują, że wśród 15- i 16-letniej młodzieży szkolnej ogólny odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały ecstasy, wzrósł w latach 1995–2003, a jego największy wzrost nastąpił w Republice Czeskiej i w większości nowych państw członkowskich UE⁽¹¹⁷⁾. Z badań ESPAD przeprowadzonych w szkołach w 2003 r. (Hibell i in., 2004) wynika, że odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały amfetaminy, pozostawał o 1–3% wyższy niż ten sam wskaźnik dotyczący ecstasy odnotowany w sześciu państwach członkowskich (w Niemczech, Danii, Estonii, na Litwie, w Austrii i Polsce)⁽¹¹⁸⁾.

Dla porównania w krajowym badaniu dotyczącym zażywania narkotyków i stanu zdrowia, przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych w 2004 r., 4,6% osób dorosłych (określonych jako osoby w wieku 12 lat i starsze) zgłosiło, że przynajmniej raz w życiu zażywało ecstasy, a 0,8% zgłosiło, że zażywało je w ostatnim roku (dla porównania odpowiednie wskaźniki dla UE wynoszą 2,6% i 0,9%).

Wśród młodych osób dorosłych w wieku 16–34 lata odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały ecstasy, wyniósł 11,3%, a tych, które zażywały je przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku – 2,2% (w Europie odpowiednio 5,2% i 1,9%)⁽¹¹⁹⁾.

Odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały LSD, wynosi wśród dorosłych 0,2–5,9%, przy czym w dwóch trzecich krajów wahał się on w granicach 0,4–1,7%. Wśród młodych dorosłych (15–34 lata) odsetek ten wynosi 0,3–9%, a w grupie wiekowej 15–24 lata nie przekracza 4,5%. Odsetek osób, które zażywały ten narkotyk w ciągu ostatniego roku w grupie wiekowej 15–24 lata przekracza 1% jedynie w Republice Czeskiej, Estonii, na Łotwie, Węgrzech, w Polsce i Bułgarii.

Tendencje

Wyniki nowych badań populacji świadczą o tym, że spożycie amfetaminy i ecstasy, które w ostatnich latach

⁽¹¹⁷⁾ Patrz wykres EYE-2 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹¹⁸⁾ Patrz wykres EYE-2 (część vi) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹¹⁹⁾ Źródło: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (Krajowe badanie ankietowe dotyczące zażywania narkotyków i stanu zdrowia z 2004 r.) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Należy zwrócić uwagę, że przedział wiekowy badania w USA (od 12 lat wzwyż) jest szerszy niż przedział wiekowy określany przez EMCDDA dla badań w UE (od 15 do 64 lat). Dane dotyczące „młodych dorosłych” (16–34 lata) w USA pochodzą z obliczeń EMCDDA.

wykazywało tendencję zwykłą, może ustabilizować się na obecnym poziomie lub nawet spaść. W Zjednoczonym Królestwie, podobnie jak w dwóch innych państwach członkowskich, w których spożycie tych narkotyków było stosunkowo wysokie (w Republice Czeskiej i Hiszpanii), w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych odnotowano jego stabilizację, a nawet spadek ⁽¹²⁰⁾. Podobnie wydaje się, że spożycie ecstasy utrzymuje się na tym samym poziomie lub spada w dwóch krajach o wysokim wskaźniku rozpowszechnienia, a więc w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie, chociaż nie w Republice Czeskiej ⁽¹²¹⁾.

Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie – amfetaminy i ecstasy ⁽¹²²⁾

Pomimo wzrostu liczby wniosków o leczenie w związku z zażywaniem amfetamin i ecstasy w większości krajów zażywanie tych narkotyków rzadko stanowi główny powód poddania się leczeniu uzależnienia ⁽¹²³⁾. Ważnym wyjątkiem jest fakt zgłoszenia przez kilka krajów dużej liczby wniosków o leczenie w związku z zażywaniem amfetaminy lub metamfetaminy. W Republice Czeskiej, Słowacji, Finlandii i Szwecji od jednej czwartej do około połowy wszystkich wniosków o leczenie dotyczy zażywania tych narkotyków ⁽¹²⁴⁾. W Republice Czeskiej i Słowacji znaczny odsetek zgłoszonych wniosków o leczenie stanowią wnioski dotyczące problemu metamfetaminy jako narkotyku głównego (patrz okienko dotyczące metamfetaminy). W krajach, gdzie osoby zażywające amfetaminy stanowią dużą część osób zgłaszających się na leczenie, od jednej trzeciej do dwóch trzecich pacjentów zażywa ten narkotyk dożylnie ⁽¹²⁵⁾.

Zapotrzebowanie na leczenie w związku z zażywaniem ecstasy stanowi w większości krajów mniej niż 1% wszystkich wniosków o leczenie, z wyjątkiem Cypru, Węgier, Irlandii i Turcji, gdzie odsetek pacjentów zażywających ecstasy wynosi 4–6 % wszystkich osób zgłaszających się na leczenie.

Nowe i pojawiające się tendencje dotyczące narkotyków

Według szacunkowych danych rozpowszechnienie nowych lub pojawiających się narkotyków jest znacznie niższe niż bardziej znanych nielegalnych narkotyków. Nowe formy zażywania narkotyków przyjmują się początkowo tylko w małych grupkach osób, w niewielkich podpopulacjach lub w obszarach lub środowiskach ograniczonych geograficznie. W związku z tym identyfikacja i monitorowanie

Zażywanie metamfetaminy i związane z tym problemy

Poważne problemy wiążące się z zażywaniem metamfetaminy odnotowano w wielu częściach świata, w tym w Stanach Zjednoczonych, w Azji Południowo-Wschodniej i w regionie Pacyfiku oraz w Afryce (UNODC, 2006). Zażywanie metamfetaminy może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, w tym psychozy i uzależnienia, a także może się łączyć z ryzykownymi zachowaniami, również takimi, które skutkują zakażeniem wirusem HIV.

Spożycie metamfetaminy w Europie przeważnie skupiało się w Republice Czeskiej, gdzie liczbę osób problemowo zażywających metamfetaminę (perwitynę) (20 300) ocenia się na dwa razy wyższą od liczby osób zażywających problemowo opiaty (9700). W ostatnich latach w Słowacji metamfetamina stała się najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem głównym wśród osób zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie. Wysoki poziom zażywania metamfetaminy odnotowano również w niektórych podpopulacjach na Węgrzech. W sprawozdaniach Reitox za 2005 r. siedem innych krajów (Dania, Francja, Łotwa, Słowenia, Zjednoczone Królestwo, Bułgaria i Norwegia) zgłosiło wzrost liczby konfiskat i zażywania tego narkotyku, głównie wśród osób często odwiedzających kluby i uczestniczących w zabawach. Obecnie dostępne informacje nie pozwalają na wyciągnięcie pewnych wniosków o tendencjach w zażywaniu metamfetaminy w tych krajach. Niemniej rozpowszechnienie metamfetaminy w innych regionach świata oraz możliwość poważnych szkód zdrowotnych powodowanych przez ten narkotyk oznacza, że ta dziedzina wymaga stałego nadzoru.

pojawiających się tendencji wymaga innego rodzaju podejścia niż stosuje się przy monitorowaniu głównych form zażywania narkotyków.

Grzyby halucynogenne: studium przypadku nowej tendencji

Do niedawna najbardziej powszechnie stosowaną substancją halucynogeną był LSD. Ta sytuacja może obecnie ulec zmianie w związku ze wzrastającą liczbą doniesień o zażywaniu grzybów halucynogennych ⁽¹²⁶⁾. Wydaje się, że dostępność grzybów halucynogennych wzrosła od końca lat dziewięćdziesiątych, gdy zaczęto wprowadzać je na rynek obok innych produktów „naturalnych” sprzedawanych w tzw. *smart shops* w Niderlandach i innych krajach ⁽¹²⁷⁾. Na przykład

⁽¹²⁰⁾ Patrz wykresy GPS-6 i GPS-17 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹²¹⁾ Patrz wykresy GPS-8, GPS-18 i GPS-30 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹²²⁾ Patrz przypis (70).

⁽¹²³⁾ Patrz wykres TDI-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹²⁴⁾ Patrz tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹²⁵⁾ Patrz tabela TDI-17 (część iii) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹²⁶⁾ W niniejszym sprawozdaniu termin „grzyby halucynogenne” odnosi się do grzybów zawierających substancje psychoaktywne psylocybinę i psylocynę. Gatunki grzybów zawierające inne substancje psychoaktywne są zażywane znacznie rzadziej. Więcej informacji o grzybach halucynogennych można znaleźć w dokumencie tematycznym EMCDDA (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ W sklepach tych sprzedaje się produkty legalne, w większości pochodzenia naturalnego, w tym grzyby halucynogenne.

w Zjednoczonym Królestwie po 2000 r. wzrosła liczba sklepów, w których sprzedawano grzyby halucynogenne, a w 2005 r. szacowano, że ich sprzedaż prowadzi ponad 300 sklepów i straganów w całym kraju. Pojawiła się również możliwość ich zakupu za pośrednictwem Internetu. Witryny internetowe, głównie holenderskie, oferują świeże grzyby, zestawy do ich hodowli i zarodniki. W internetowym handlu grzybami halucynogennymi używa się różnych języków, z przewagą angielskiego, francuskiego i niemieckiego, co świadczy o szerokim międzynarodowym rynku zbytu.

Niedawne badania ankietowe przeprowadzone w UE wśród ludności dorosłej i w szkołach wskazują, że wśród młodych ludzi w wieku 15–24 lata odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały grzyby halucynogenne waha się od poniżej 1% do 8%⁽¹²⁸⁾. Wśród młodzieży szkolnej w wieku 15–16 lat szacunkowy odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały grzyby halucynogenne, jest w dziewięciu państwach członkowskich taki sam lub wyższy w porównaniu z szacunkowym odsetkiem osób, które przynajmniej raz zażywały ekstazy (Hibell i in., 2004 r.). Są jednak dowody na to, że wskaźniki kontynuacji zażywania grzybów halucynogennych są niższe niż w przypadku większości innych narkotyków. Jest to cecha typowa przy zażywaniu narkotyków halucynogennych i wynika z faktu, że młodzi ludzie zwykle uznają zażywanie tego rodzaju narkotyku za eksperyment i rzadko kontynuują jego stosowanie w sposób, który prowadzi do regularnego zażywania.

Doniesienia o ostrych lub przewlekłych problemach zdrowotnych wymagających pomocy lekarskiej, wynikających z zażywania grzybów halucynogennych, są rzadkie. Jednak w związku z zażywaniem tego typu substancji halucynogennych przez młodych ludzi w niektórych krajach wprowadzono zmiany w przepisach. Chociaż psylocyбина i psylocyna, aktywne składniki grzybów, podlegają obecnie kontroli na poziomie międzynarodowym na mocy Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r., do niedawna interpretację tego, czy i kiedy substancje te są zakazane, w przypadku gdy znajdują się w grzybach, pozostawiano prokuratorom. Miało to zapobiec karaniu właścicieli terenów, na których grzyby takie rosną w warunkach naturalnych. W ciągu ostatnich pięciu lat sześć krajów (Dania, Niemcy, Estonia, Irlandia, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo) zastrzyło przepisy dotyczące grzybów. Zmiany wprowadzone w tych krajach rozszerzyły zakaz na grzyby halucynogenne, chociaż sposoby kontroli prawnej nie zawsze odnoszą się do dokładnie tych samych grzybów czy też ich przetworzonych postaci.

W 2004 r. zgłoszono przypadki konfiskaty grzybów halucynogennych w Republice Czeskiej, Niemczech, Estonii, Grecji, na Litwie, Węgrzech, w Niderlandach, Polsce,

Portugalii, Słowenii, Słowacji, Szwecji i Norwegii⁽¹²⁹⁾. Liczba przypadków konfiskaty grzybów halucynogennych przez organy ścigania oraz przejęte w ten sposób ilości są zwykle niewielkie i z dostępnych danych trudno jest wyodrębnić wyraźne tendencje.

GHB i ketamina

Zarówno kwas gamma-hydroksymaśłowy (GHB), jak i ketamina podlegają monitorowaniu w wyniku obaw, które pojawiły się w UE w 2000 r. w związku z rekreacyjnym zażywaniem tych narkotyków⁽¹³⁰⁾. W marcu 2001 r. system kontroli narkotyków ONZ dodał GHB do listy narkotyków objętych kontrolą międzynarodową i w związku z tym wszystkie państwa członkowskie UE znowelizowały przepisy dotyczące tej substancji. Niedawno, w marcu 2006 r., INCB zalecił Światowej Organizacji Zdrowia przyspieszenie badań w celu stwierdzenia, czy ketaminę należy poddać kontroli międzynarodowej (INCB, 2006a). Na poziomie krajowym w niemal połowie państw członkowskich UE ketamina podlega kontroli w ramach prawa antynarkotykowego, a nie w ramach prawa medycznego.

Ograniczona liczba danych dotyczących rozpowszechnienia GHB i ketaminy wskazuje, że w większości krajów spożycie tych substancji ustabilizowało się na niskim poziomie. Badania grup o wysokim stopniu rozpowszechnienia narkotyków wykazują, że nawet wśród osób regularnie zażywających narkotyki rekreacyjnie obydwie te narkotyki są mniej powszechnie zażywane niż inne substancje, takie jak amfetaminy, ekstazy, LSD i grzyby halucynogenne.

Zgony i nagłe przypadki medyczne związane z zażywaniem GHB i ketaminy są zgłaszane bardzo rzadko. Jednak brak dokładnych i porównywalnych systemów rejestracji zgonów i nagłych przypadków medycznych spowodowanych zażywaniem tych substancji ogranicza dostępność danych z tej dziedziny. Dwa kraje zgłosiły przypadki zgonów związanych z zażyciem GHB, zwykle w połączeniu z innymi narkotykami. Miejska służba zdrowia w Amsterdamie zarejestrowała wzrost rocznej liczby nagłych przypadków medycznych związanych z zażywaniem GHB z 25 w 2000 r. do 98 w 2004 r. Liczba ta przewyższała liczbę nagłych przypadków związanych z zażyciem ekstazy, amfetaminy, LSD lub grzybów halucynogennych. W Szwecji liczba przypadków wykrycia GHB (lub jego prekursorów GBL i 1,4-BD) w próbkach płynów ustrojowych wzrosła z 24 w 1997 r. do 367 w 2004 r. W Szwecji zgłoszono również przypadki zgonów związanych z GHB: w latach 1996–2004 narkotyk ten wykryto w 36 przypadkach zgonów związanych z narkotykami, z których dziewięć miało miejsce w 2004 r. W 2003 r. w Anglii i w Walii GHB wymieniono w raporcie koronera dotyczącym trzech przypadków zgonu, przy czym w jednym z nich GHB był jedynym wymienionym

⁽¹²⁸⁾ Dane EMCDDA pochodzące z europejskiego kwestionariusza modelowego. Dane o grzybach halucynogennych dostarczyło jedenaście państw członkowskich (Republika Czeska, Dania, Niemcy, Francja, Irlandia, Litwa, Węgry, Niderlandy, Polska, Finlandia, Zjednoczone Królestwo).

⁽¹²⁹⁾ Sprawozdania krajowe Reitox (Niemcy, Estonia, Niderlandy, Norwegia) i kwestionariusz sieciowy systemu wczesnego ostrzegania EMCDDA (Republika Czeska, Grecja, Węgry, Polska, Portugalia, Słowenia, Słowacja, Szwecja).

⁽¹³⁰⁾ Sprawozdanie za 2000 r. z oceny ryzyka przeprowadzonej w ramach wspólnego działania.

narkotykiem (ONS, 2006). Jednak dane toksykologiczne pochodzące z jednego ze szpitali w Zjednoczonym Królestwie, obejmującego duży region, wskazują, że w okresie od maja do grudnia 2005 r. GHB wykryto w pięciu przypadkach zgonów⁽¹³¹⁾.

Ponieważ GHB jest rozpuszczalny w wodzie i alkoholu, a także ze względu na jego potencjalne działanie obezwładniające, po którym często występuje amnezja, pojawiły się obawy o jego stosowanie w przypadkach napaści seksualnej ułatwionej przez narkotyki (tzw. gwałt na randce). Ponieważ jednak wiele przypadków pozostaje niezgłoszonych, dowody sądowe są nieliczne, a przestępstwa tego typu trudno jest udowodnić, brak jest rzetelnych danych na temat zakresu tego zjawiska. Potrzebne są więc dalsze badania w celu określenia charakteru i zakresu tego niepokojącego zjawiska.

Działania dotyczące nowych narkotyków

W 2005 r. nowa decyzja Rady (2005/387/WSiSW) zastąpiła wspólne działanie z 1997 r. — proces zmiany przepisów przebiegł płynnie bez zakłóceń w wymianie informacji. Do EMCDDA i Europolu zgłoszono po raz pierwszy łącznie 14 nowych substancji psychoaktywnych. Wszystkie te substancje były (syntetycznymi) narkotykami psychotropowymi podobnymi do ujętych w wykazach I i II Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r. Nowo zgłoszone substancje należały do trzech dużych grup związków chemicznych — pochodnych fenyletyloaminy, tryptaminy i piperazyny. Różne substancje należące do tych grup zostały już wcześniej zgłoszone w ramach systemu wczesnego ostrzegania (EWS), za którego pośrednictwem podlegają obecnie monitorowaniu⁽¹³²⁾.

Najbardziej istotnym wydarzeniem w 2005 r. było pojawienie się i szybkie rozpowszechnienie nowej substancji psychoaktywnej — 1-(3-chlorofenyl)piperazyny (mCPP). Skrót mCPP oznacza pochodną piperazyny podstawioną grupą arylową, np. benzylopiperazynę (BZP), substancję monitorowaną przez system wczesnego ostrzegania od 1999 r. EMCDDA i Europol otrzymały pierwsze oficjalne powiadomienia o wykryciu mCPP na przełomie lutego i marca 2005 r. Zgłoszenia te dotyczyły próbek pobranych we Francji i w Szwecji. Pod koniec 2005 r. tabletki zawierające mCPP były konfiskowane przez organy ścigania lub wykrywane w związku z działaniami o charakterze rozrywkowym (festiwale taneczne i muzyczne w plenerze, kluby taneczne itd.) w niemal wszystkich państwach członkowskich. Tabletkom tym nadaje się z reguły wygląd zbliżony do ecstasy i prawdopodobnie wprowadza się je na rynek pod tą nazwą. Narkotyk ten jest dostępny głównie w postaci tabletki, a subiektywne skutki działania mCPP i MDMA są częściowo porównywalne (Bossong i in., 2005 r.). Ponadto mCPP często występuje w połączeniu z MDMA. Ponieważ jest mało prawdopodobne, aby

Decyzja Rady dotycząca nowych substancji psychoaktywnych

Decyzja Rady 2005/387/WSiSW z 10 maja 2005 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych⁽¹⁾ ustanawia mechanizm szybkiej wymiany informacji o nowych substancjach psychoaktywnych, które mogą stwarzać zagrożenie dla zdrowia publicznego i społeczeństwa. Umożliwia w ten sposób instytucjom UE oraz państwom członkowskim podjęcie działań w odniesieniu do nowych środków odurzających i psychotropowych pojawiających się na europejskiej arenie narkotykowej. EMCDDA i Europol, które ściśle współpracują z odpowiednimi sieciami — siecią krajowych punktów kontaktowych Reitox i jednostkami krajowymi Europolu — mają odgrywać główną rolę w wykrywaniu nowych substancji psychoaktywnych i w informowaniu o nich. Decyzja umożliwia ponadto ocenę zagrożeń wiążących się z nowymi substancjami, aby środki stosowane w państwach członkowskich w celu kontroli substancji odurzających i psychotropowych⁽²⁾ były w miarę potrzeby stosowane również wobec nowych substancji psychoaktywnych. Decyzja rozszerza zakres i zastępuje wspólne działanie z 1997 r.⁽³⁾, poświęcone wyłącznie nowym narkotynom syntetycznym. Podtrzymuje jednak trzyetapowe podejście wprowadzone we wspólnym działaniu, obejmujące wymianę informacji/wczesne ostrzeżenie, ocenę ryzyka i podejmowanie decyzji.

(1) Decyzję Rady 2005/387/WSiSW w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej z 20 maja 2005 r. (L 127/32–37), a weszła ona w życie 21 maja 2005 r. Decyzja odnosi się do substancji, które obecnie nie są zamieszczone w żadnym z wykazów Konwencji ONZ o kontroli narkotyków z 1961 i 1971 r.

(2) Zgodnie z postanowieniami Konwencji ONZ o środkach odurzających z 1961 r. i Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r.

(3) Wspólne działanie z 16 czerwca 1997 r. dotyczące wymiany informacji, oceny ryzyka oraz kontroli nowych leków syntetycznych (Dz.U. L 167 z 25.6.1997).

wynikało to z przypadkowego zanieczyszczenia, można wnioskować, że mCPP dodaje się celowo, aby wzmocnić lub zmodyfikować skutki działania MDMA. Wydaje się, że popyt czy też rynek zbytu na mCPP w czystej postaci jest w UE niewielki.

Od 1997 r., gdy za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania zaczęto monitorować nowe narkotyki (syntetyczne), mCPP wykrywano w państwach członkowskich znacznie częściej niż jakąkolwiek inną nową substancję psychoaktywną. W jednym roku wykryto ją w 20 państwach członkowskich, a także w Rumunii i Norwegii.

We wspólnym sprawozdaniu EMCDDA i Europol zalecały, aby zgodnie z przepisami decyzji Rady

(131) Informacje uzyskane z systemu wczesnego ostrzegania. Zamieszczona w tym sprawozdaniu stosunkowo wysoka liczba zgonów związanych z GHB prawdopodobnie świadczy o zainteresowaniu szpitalnego laboratorium tą substancją.

(132) Spośród dziewięciu nowych narkotyków syntetycznych poddanych w latach 1997–2004 ocenie ryzyka w ramach wspólnego działania wszystkie sześć substancji, które kontrolowano następnie na poziomie UE, było pochodnymi fenyletyloaminy.

nie dokonywać formalnej oceny ryzyka, gdyż istnieje dowód na stosowanie mCPP przy wytwarzaniu co najmniej jednego produktu leczniczego. Stwierdzono jednak, że chociaż obecnie istnieje niewiele dowodów istotnych

zagrożeń stwarzanych przez mCPP w dziedzinie zdrowia publicznego czy też zagrożeń społecznych, kwestię tę należy pozostawić otwartą ze względu na brak rzetelnej, naukowej oceny ryzyka.

Rozwój sytuacji w zażywaniu narkotyków w obiektach rozrywkowych w Sprawozdaniu rocznym EMCDDA za 2006 r. – wybrane zagadnienia

Wśród młodych ludzi zażywanie narkotyków jest często powiązane z rozrywką. W szczególności badania, w których grupą docelową byli młodzi ludzie uczestniczący w imprezach muzycznych i tanecznych, konsekwentnie wskazują na znacznie wyższe szacowane rozpowszechnienie zażywania narkotyków niż odnotowane w badaniach obejmujących ogół populacji – wskazywano na szczególnie wysoki poziom zażywania narkotyków pobudzających. Czy różnice między krajami można wytłumaczyć różnorodnością miejsc życia nocnego, kultury muzycznej, dostępności narkotyków i poziomu dochodów? Na te pytania odpowiedzi należy szukać w tym wybranym zagadnieniu.

Rozwój promocji narkotyków rekreacyjnych przez Internet i zmiany w rekreacyjnym ich zażywaniu stwarzają nowe wyzwania z zakresu polityki, profilaktyki i ograniczania ryzyka. Wybrane zagadnienie porusza te tematy, a także szczegółowo omawia innowacyjne sposoby zapobiegania narkotykom oraz inicjatywy na rzecz obniżania ryzyka, wprowadzone w UE w ubiegłej dekadzie w odpowiedzi na złożony problem współzależności między sposobem spędzania wolnego czasu a zażywaniem narkotyków przez młodych ludzi.

Wybrane zagadnienie dostępne jest w wersji drukowanej (Developments in drug use within recreational settings, in: *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) i w Internecie jedynie w języku angielskim (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Rozdział 5

Kokaina i crack

Podaż i dostępność kokainy ⁽¹³³⁾

Produkcja i handel

Po marihuanie i żywicy konopnej kokaina jest najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie. Skonfiskowane ilości narkotyku – 578 t na całym świecie w 2004 r. – świadczą o tym, że handel nadal odbywał się przede wszystkim w Ameryce Południowej (44%) i w Ameryce Północnej (34%), następnie w Europie Zachodniej i Środkowej (15%) (CND, 2006).

Kolumbia to zdecydowanie największe źródło nielegalnej kokainy na świecie. Kolejni wielcy producenci to Peru i Boliwia. Ocenia się, że w 2004 r. globalna produkcja kokainy wzrosła do 687 t, z czego na Kolumbię przypada 56%, na Peru 28%, a na Boliwię 16% (CND, 2005). Większość kokainy skonfiskowanej w Europie pochodzi bezpośrednio z Ameryki Południowej (głównie z Kolumbii) lub wędruje przez Amerykę Środkową i region Karaibów. W 2004 r. stwierdzono, że Surinam, Brazylia, Argentyna, Wenezuela, Ekwador, Curaçao, Jamajka, Meksyk, Gujana i Panama były krajami, przez które odbywa się tranzyt kokainy sprowadzanej do UE (sprawozdania krajowe Reitox, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Część kokainy przepływała również przez Afrykę, coraz częściej przez Afrykę Zachodnią i kraje regionu Zatoki Gwinejskiej (głównie Nigerię), ale także przez Afrykę Wschodnią (Kenię) i przez Afrykę Północno-Zachodnią – wyspy u wybrzeży Mauretanii i Senegalu (CND, 2006; INCB, 2006a). Głównymi miejscami wprowadzania jej na rynek UE są Hiszpania, Niderlandy i Portugalia, ale również Belgia, Francja i Zjednoczone Królestwo (sprawozdania krajowe Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Chociaż Hiszpania i Niderlandy nadal odgrywają ważną rolę jako miejsca dystrybucji kokainy wprowadzanej na rynek UE, wzmożone kontrole prowadzone wzdłuż północnego

wybrzeża Hiszpanii (w Galicji) i polityka całkowitej kontroli rejsów lotniczych z określonych krajów ⁽¹³⁴⁾ prowadzona na lotnisku Schiphol (w Amsterdamie) mogły przyczynić się do opracowania tras alternatywnych, przebiegających coraz częściej np. przez Afrykę, ale również przez Europę Wschodnią i Środkową, skąd prowadzi się wtórną dystrybucję do Europy Zachodniej (sprawozdania krajowe Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Konfiskaty

Ocenia się, że w 2004 r. w UE dokonano 60 000 konfiskat 74 t kokainy. Większość przypadków konfiskaty kokainy miała miejsce w krajach Europy Zachodniej, szczególnie w Hiszpanii, na którą przypada około połowa przypadków konfiskaty oraz ilości kokainy skonfiskowanej w UE w ciągu ostatnich 5 lat ⁽¹³⁵⁾. W latach 1999–2004 nastąpił ogólny wzrost liczby przypadków konfiskaty kokainy ⁽¹³⁶⁾ na poziomie UE, podczas gdy skonfiskowane ilości ⁽¹³⁷⁾ wykazywały wahania z tendencją zwyżkową. Jednak dane z krajów objętych sprawozdaniem pozwalają przypuszczać, że ilości te zmniejszyły się w 2004 r. – być może w porównaniu z wyjątkowo dużą ilością skonfiskowaną w Hiszpanii w poprzednim roku.

Cena i czystość

W 2004 r. średnia cena detaliczna kokainy różniła się znacznie w poszczególnych krajach UE i wynosiła od 41 euro za gram w Belgii do ponad 100 euro za gram na Cyprze, w Rumunii i Norwegii ⁽¹³⁸⁾. Średnie ceny kokainy, z uwzględnieniem współczynnika inflacji ⁽¹³⁹⁾, we wszystkich objętych sprawozdaniem krajach wykazywały w latach 1999–2004 ogólną tendencję spadkową ⁽¹⁴⁰⁾, z wyjątkiem Luksemburga, gdzie spadały do 2002 r., po czym wzrosły, oraz Norwegii, gdzie ceny znacznie wzrosły w 2001 r., a następnie się ustabilizowały.

⁽¹³³⁾ Patrz, Interpretacja konfiskat i innych danych rynkowych, str. 37.

⁽¹³⁴⁾ Całkowitej kontroli podlegają wszystkie rejsy z Antyli Holenderskich, Aruby, Surinamu, Peru, Wenezueli i Ekwadoru. W 2004 r. w wyniku tych kontroli aresztowano 3466 kurierów narkotykowych, a 620 w wyniku regularnych kontroli (holenderskie sprawozdanie krajowe).

⁽¹³⁵⁾ Należy to porównać z brakującymi danymi za 2004 r., kiedy te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat kokainy w 2004 r. i przechwyconych ilości nie były dostępne dla Irlandii i Zjednoczonego Królestwa; dane o liczbie konfiskat kokainy w 2004 r. nie były dostępne dla Niderlandów. Do celów szacunkowych brakujące dane za 2004 r. zastąpiono danymi za 2003 r. Dostarczone przez Niderlandy dane o ilościach przechwyconych w 2004 r. stanowiły jedynie wartości szacunkowe i nie mogły być uwzględnione w analizie tendencji do 2004 r.

⁽¹³⁶⁾ Patrz tabela SZR-9 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹³⁷⁾ Patrz tabela SZR-10 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹³⁸⁾ Patrz tabela PPP-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹³⁹⁾ Rok 1999 przyjęto jako podstawę dla wartości pieniądza we wszystkich krajach.

⁽¹⁴⁰⁾ W latach 1999–2004 dane dotyczące cen kokainy były dostępne przynajmniej przez trzy kolejne lata w Belgii, Republice Czeskiej, Niemczech, Hiszpanii, Francji, Irlandii, na Cyprze, Łotwie, Litwie, w Luksemburgu, Polsce, Portugalii, Słowenii, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie, Bułgarii, Turcji i Norwegii.

W porównaniu z heroiną średnia czystość kokainy dostępnej na rynku detalicznym jest wysoka. W 2004 r. wahała się od 24% w Danii do 80% w Polsce, przy czym w większości krajów odnotowano czystość na poziomie 40–65%⁽¹⁴¹⁾. Dostępne dane za okres 1999–2004 wskazują ogólny spadek średniego wskaźnika czystości kokainy w większości krajów objętych sprawozdaniem⁽¹⁴²⁾, chociaż odnotowano jego wzrost w Estonii (od 2003 r.), we Francji i na Litwie, natomiast w Luksemburgu i Austrii utrzymał się na tym samym poziomie.

Międzynarodowe działania przeciwko produkcji i sprzedaży kokainy

Celem prowadzonego przez Europol projektu COLA jest identyfikacja i zwalczanie latynoamerykańskich i innych powiązanych z nimi grup przestępczych handlujących głównie kokainą, których działania są ukierunkowane na UE lub prowadzone na jej obszarze. W szczególności stanowi on wsparcie operacyjne dochodzeń prowadzonych w uczestniczących w projekcie państwach członkowskich i uzupełnia obraz sytuacji uzyskany z wywiadu strategicznego. Jego uzupełnieniem jest system Europolu do identyfikacji logo kokainy (Europol Cocaine Logo System), w którym zestawiane są aktualizowane corocznie dane dotyczące metod działania oraz fotografie i innego rodzaju informacje o przypadkach konfiskaty kokainy i oznakowaniach narkotyków oraz ich opakowań. Dane te umożliwiają identyfikację pasujących do siebie skonfiskowanych partii narkotyków i wspierają międzynarodową współpracę i wymianę informacji między organami ścigania (Europol, 2006).

Operację Fiolet (Purple), prowadzoną od 1999 r., zaplanowano z myślą o przeciwdziałaniu stosowaniu nadmanganianu potasu⁽¹⁴³⁾ nabywanego legalną drogą do nielegalnej produkcji kokainy, szczególnie w obu Amerykach. Legalny handel nadmanganianem potasu prowadzi się na wielką skalę: od 1999 r. 30 eksportujących go krajów i terytoriów nadesłało do INCB 4380 zgłoszeń wywozu dotyczących ponad 136 560 t nadmanganianu potasu. Od 1999 r. zatrzymano lub skonfiskowano 233 przesyłki zawierające ponad 14 316 t tej substancji ze względu na wątpliwości dotyczące legalności zamówień lub użytkowników końcowych, a także odkryto przypadki zmiany jej zastosowania. W 2004 r. skonfiskowano w Europie 1,4 t nadmanganianu potasu, głównie w Federacji Rosyjskiej. Kolejne pozycje zajmowały Rumunia i Ukraina⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Wydaje się, że handlarze znaleźli sposoby unikania mechanizmów kontroli i monitorowania wprowadzonych

w ramach operacji Fiolet. I rzeczywiście, pomimo tego, że nielegalnej produkcji kokainy nie łączy się z Azją, rosną obawy, że handlarze mogą skierować się w ten region w celu zmiany zastosowania nadmanganianu potasu pochodzącego z legalnego handlu. Kolejnym powodem do niepokoju jest możliwość przerzucania nadmanganianu potasu w region Andów przez Wyspy Karaibskie. Dlatego też, mimo uznania pewnych osiągnięć w identyfikacji podejrzanych transakcji i zatrzymania przesyłek, INCB (2006b) wezwał rządy państw do opracowania procedur operacyjnych umożliwiających wykorzystywanie informacji uzyskanych w wyniku zajęcia laboratoriów produkujących kokainę w celu wykrycia źródła pochodzenia substancji chemicznych, identyfikacji krajów tranzytowych i badania działalności przedsiębiorstw handlowych, co mogłoby utrudnić handlarzom przenoszenie procedury w inne miejsce.

Rozpowszechnienie i schematy zażywania kokainy

Na podstawie ostatnich krajowych badań ankietowych szacuje się, że około 10 mln Europejczyków⁽¹⁴⁵⁾ przynajmniej raz w życiu zażywało kokainę, co stanowi ponad 3% wszystkich dorosłych osób⁽¹⁴⁶⁾. Dane krajowe dotyczące zgłoszonych przypadków zażywania wahają się w granicach 0,5–6%, przy czym najwyższe wartości odnoszą się do Włoch (4,6%), Hiszpanii (5,9%) i Zjednoczonego Królestwa (6,1%). Szacuje się, że około 3,5 mln dorosłych zażywało kokainę w ostatnim roku, co stanowi około 1% wszystkich osób dorosłych. Większość danych krajowych mieści się w przedziale 0,3–1,0%, chociaż liczba osób, które przynajmniej raz zażywały kokainę, jest wyższa w Hiszpanii (2,7%) i w Zjednoczonym Królestwie (2%).

Podobnie jak w przypadku innych nielegalnych narkotyków zażywanie kokainy jest domeną osób młodych. Liczba osób, które przynajmniej raz zażywały kokainę, jest najwyższa w grupie młodych dorosłych w wieku 15–34 lata, mimo że liczba osób, które zażywały ją w ostatnim roku jest nieco wyższa w grupie wiekowej 15–24 lata. Wydaje się, że kokaina jest narkotykiem zażywanym głównie przez dwudziestolatków, chociaż wśród młodszych osób znacznie bardziej rozpowszechnione są konopie indyjskie. W grupie wiekowej 15–34 lata odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały kokainę, waha się w granicach 1–10%, przy czym ponownie najwyższe wartości odnotowuje się w Hiszpanii (8,9%) i Zjednoczonym Królestwie (10,5%). Odsetek osób, które zażywały kokainę w ciągu ostatniego roku, mieści się w przedziale 0,2–4,8%, przy czym w Danii, Irlandii, we Włoszech i w Niderlandach wynosi około 2%, a w Hiszpanii

⁽¹⁴¹⁾ Patrz tabela PPP-7 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁴²⁾ W latach 1999–2004 dane dotyczące czystości kokainy były dostępne przez co najmniej trzy kolejne lata w Belgii, Republice Czeskiej, Danii, Niemczech, Estonii, Hiszpanii, we Francji, w Irlandii, we Włoszech, na Łotwie, Litwie, w Luksemburgu, na Węgrzech, w Niderlandach, Austrii, Portugalii, Słowacji, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii.

⁽¹⁴³⁾ Prekursor stosowany w produkcji kokainy, zamieszczony w tabeli I Konwencji z 1988 r.

⁽¹⁴⁴⁾ Dane o konfiskatach nie obejmują ilości substancji w zatrzymanych przesyłkach.

⁽¹⁴⁵⁾ Na podstawie średniej ważonej wartości krajowych; więcej szczegółów w przypisie (53).

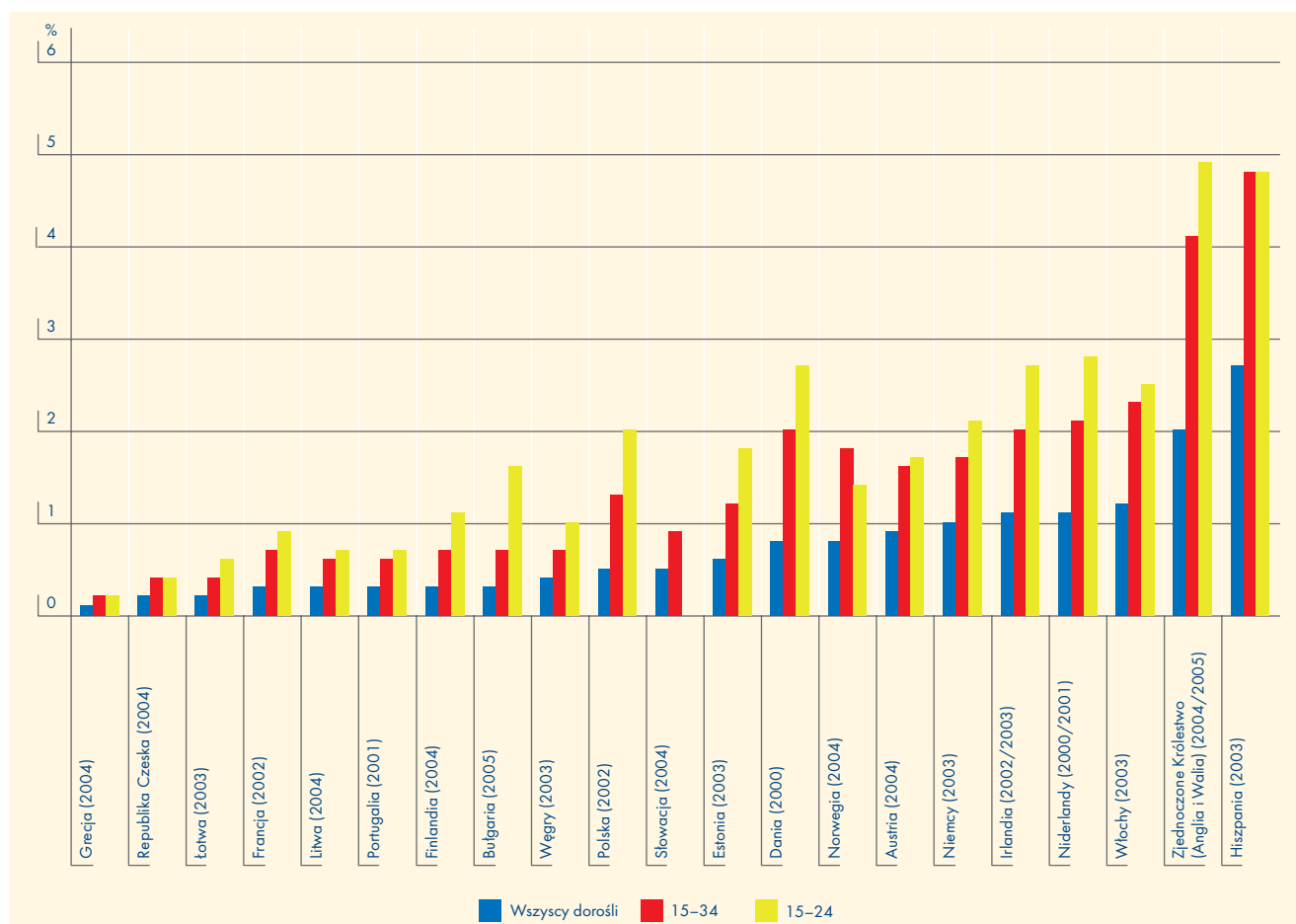
⁽¹⁴⁶⁾ Szczegółowe dane dla każdego kraju podano w tabeli „Badania ankietowe dotyczące zażywania narkotyków” w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

i Zjednoczonym Królestwie ponad 4% (wykres 6). Dane pochodzące z badań ankietowych w szkołach wykazują bardzo niski odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały kokainę: od 0% na Cyprze, w Finlandii i Szwecji do 6% w Hiszpanii; wskaźnik liczby osób, które przynajmniej raz zażywały crack, jest jeszcze niższy i wynosi od 0–3% (Hibell i in., 2004).

Spożycie kokainy jest wyższe wśród młodych mężczyzn. Na przykład ankiety prowadzone w Danii, Niemczech, Hiszpanii, we Włoszech, w Niderlandach, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii wykazały, że w grupie mężczyzn w wieku 15–34 lat odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały kokainę, wynosi 5–14%. Odsetek osób, które zażywały kokainę w ostatnim roku, był niższy, ale w czterech krajach przekroczył on 3%, przy czym w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie wynosił około 6–7% ⁽¹⁴⁷⁾, co świadczy o tym, że w tych krajach mniej więcej jeden na 15 młodych mężczyzn zażywał ostatnio kokainę. Liczba ta jest znacznie wyższa na obszarach miejskich.

Okazuje się, że w skali całej populacji zażywanie kokainy odbywa się sporadycznie, przede wszystkim podczas weekendu i w obiektach rozrywkowych (w barach i dyskotekach), gdzie może osiągać wyższy poziom. Badania przeprowadzone w różnych krajach wśród młodych ludzi w lokalach tanecznych i muzycznych wykazały, że odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały kokainę, jest tam znacznie wyższy niż odnotowany wśród ogółu ludności. Odsetek ten waha się w granicach 10–75% (patrz wybrane zagadnienie dotyczące zażywania narkotyków w obiektach rozrywkowych). Przykładowo w badaniu przestępczości w Zjednoczonym Królestwie w latach 2004–2005 podano szacunkowy wskaźnik rozpowszechnienia narkotyków „klasy A” wśród osób uczęszczających do dyskotek i nocnych klubów — był on co najmniej dwa razy wyższy niż wśród osób, które nie uczęszczają do tego rodzaju miejsc (Chivite-Matthews i in., 2005) (patrz też wybrane zagadnienie dotyczące zażywania narkotyków w obiektach rozrywkowych). Średnio około jedna trzecia wszystkich dorosłych Europejczyków, którzy przynajmniej raz w życiu zażyli kokainę, uczyniła to w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Wykres 6: Rozpowszechnienie spożycia kokainy w ciągu ostatniego roku w grupie wszystkich dorosłych (15–64 lata) i w grupie młodych osób dorosłych (15–34 i 15–24 lata)



Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. Więcej informacji podano w tabelach GPS-8, GPS-11 i GPS-18 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

⁽¹⁴⁷⁾ Patrz wykres GPS-9 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Dla porównania odnotowano, że tylko 13% zażywało ją w ciągu ostatnich 30 dni. Na przykład w Hiszpanii, we Włoszech, w Zjednoczonym Królestwie i Bułgarii stwierdzono, że 2–4% mężczyzn w wieku 15–24 lata⁽¹⁴⁸⁾ zażywało kokainę w ciągu ostatnich 30 dni. Według przybliżonych danych szacunkowych kokainę zażywa obecnie w Europie około 1,5 mln dorosłych w wieku 15–64 lata (80% w grupie wiekowej 15–34 lata). Dane te można uznać za oszacowanie minimalne, ze względu na prawdopodobieństwo ich zaniżenia.

Schematy zażywania kokainy w poszczególnych grupach użytkowników są bardzo zróżnicowane. W badaniu przeprowadzonym w wielu miastach europejskich stwierdzono, że zażywające kokainę osoby o wysokim stopniu integracji społecznej przede wszystkim wciągają ją przez nos (95%), a jedynie niewielka ich część pali lub wstrzykuje narkotyk. Bardzo częstym zjawiskiem jest łączne zażywanie go z konopiami indyjskimi i alkoholem (Prinzleve i in., 2004). Wśród osób zażywających kokainę, poddanych leczeniu uzależnienia lub należących do marginalizowanych grup społecznych, częstym sposobem zażywania było przyjmowanie dożylnie, a zażywanie cracku było powszechne w Hamburgu, Londynie i Paryżu, a w mniejszym stopniu w Barcelonie i Dublinie. Wśród ogółu ludności europejskiej spożycie cracku jest raczej niskie. Odnotowano na przykład, że odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały crack, wynosił 0,5% w Hiszpanii (2003 r.) i 0,8% w Zjednoczonym Królestwie (Chivite-Matthews i in., 2005). W trzech krajach badanie odsetka osób, które przynajmniej raz zażywały crack, przeprowadzono w klubach i stwierdzono, że był on niższy nawet niż w przypadku heroiny (Republika Czeska 2%, Zjednoczone Królestwo 13% i Francja 21%). Jednakże w niektórych miastach zażywanie cracku przez osoby z marginalizowanych grup społecznych lub zażywające opiaty stanowi powód do niepokoju. Na przykład w badanej grupie 94 kobiet — pracowników płci żeńskiej świadczących usługi seksualne na ulicach Amsterdamu — szacowany odsetek osób, które przynajmniej raz zażywały crack, okazał się wyjątkowo wysoki i wynosił 91% (Korf, 2005, cytowany w holenderskim sprawozdaniu krajowym).

Dla porównania, według danych z przeprowadzonego w 2004 r. w Stanach Zjednoczonych krajowego badania dotyczącego zażywania narkotyków i stanu zdrowia, 14,2% osób dorosłych (określonych jako osoby w wieku 12 lat lub starsze) przynajmniej raz w życiu próbowało kokainy, co różni się znacznie od średniej europejskiej wynoszącej 3%. Odsetek osób, które zażywały kokainę w ostatnim roku, wynosił 2,4%, w porównaniu do średniej europejskiej wynoszącej 1%, chociaż dane pochodzące z niektórych krajów UE, np. Hiszpanii (2,7%) i Zjednoczonego Królestwa (2%), były

porównywalne do danych z USA⁽¹⁴⁹⁾. Wyższą liczbę osób, które przynajmniej raz zażywały kokainę, można w Stanach Zjednoczonych częściowo przypisać wcześniejszemu rozpowszechnieniu zażywania kokainy w tym kraju.

Wśród młodych dorosłych (w wieku 16–34 lata) w Stanach Zjednoczonych odsetek osób zażywających kokainę był następujący: 14,6% (przynajmniej raz w życiu), 5,1% (w ostatnim roku) i 1,7% (w ostatnim miesiącu), podczas gdy średnie wartości odnotowane w UE w grupie wiekowej 15–34 lata wynoszą odpowiednio: około 5% (przynajmniej raz w życiu), 2% (w ostatnim roku) i 1% (w ostatnim miesiącu).

Tendencje w zażywaniu kokainy

Od kilku lat, na podstawie danych z różnych źródeł (takich jak wskaźniki rynkowe, liczba przypadków zapotrzebowania na leczenie, liczba zgonów), ostrzega się o możliwości wzrostu spożycia kokainy w Europie. W miarę systematycznego prowadzenia przez coraz większą liczbę krajów badań ankietowych poprawia się dostęp do informacji o tendencjach związanych z kokainą, choć ilość dostępnych danych jest nadal ograniczona. W przypadku kokainy dodatkową trudność sprawia niski poziom rozpowszechnienia oraz możliwość zaniżania danych o jej spożyciu.

Wskaźnik zażywania kokainy w ciągu ostatniego roku, odnotowany wśród młodych dorosłych w Zjednoczonym Królestwie, znacznie wzrastał od połowy lat dziewięćdziesiątych do 2000 r., a w Hiszpanii do 2001 r., po czym w ostatnich latach jego poziom wyraźnie się ustabilizował. W Niemczech w latach dziewięćdziesiątych obserwowano umiarkowany wzrost, ale w ostatnich latach spożycie utrzymywało się na tym samym poziomie, zdecydowanie niższym niż w Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie (wykres 7).

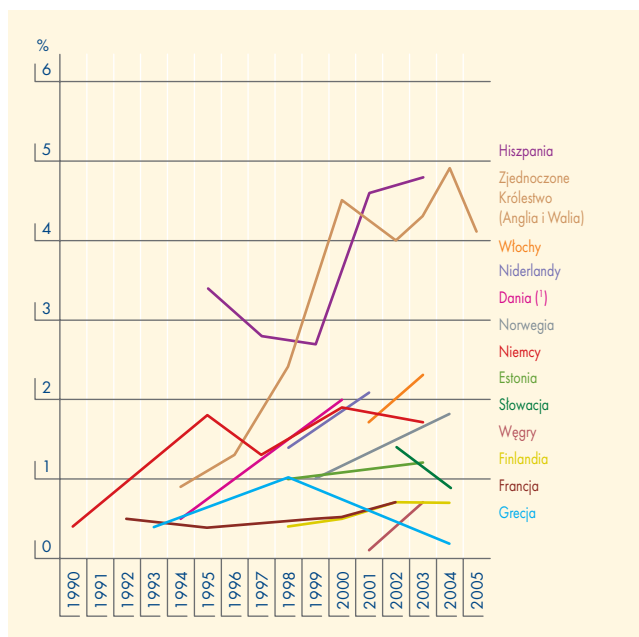
Umiarkowany wzrost odsetka osób, które zażywały narkotyki w ostatnim roku, stwierdzono w Danii (do 2000 r.), we Włoszech, na Węgrzech, w Niderlandach (do 2001 r.) i Norwegii. Tendencję tę należy interpretować bardzo ostrożnie, gdyż opiera się ona jedynie na dwóch badaniach przeprowadzonych w każdym kraju.

W przypadku kokainy i innych substancji (np. ecstasy, amfetamin, grzybów halucynogennych) tendencje można lepiej określić, analizując głównie te grupy, w których koncentruje się spożycie narkotyków, szczególnie grupy ludzi młodych mieszkających na obszarach miejskich. Te grupy ludności omówiono dokładniej w wybranym zagadnieniu dotyczącym zażywania narkotyków w obiektach rozrywkowych. Ponadto informacje uzyskane z badań ankietowych należy uzupełnić badaniami kierunkowymi

⁽¹⁴⁸⁾ Badanie ankietowe przeprowadzone w 2001 r. W badaniu ankietowym z 2003 r. w grupach wiekowych 10-latków nie zgłoszono podziału ze względu na płeć.

⁽¹⁴⁹⁾ Źródło: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (Krajowe badanie ankietowe dotyczące zażywania narkotyków i stanu zdrowia z 2004 r.) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Uwaga: w badaniu ankietowym przeprowadzonym w USA przedział wiekowy obejmujący „wszystkie osoby dorosłe” (12 lat i powyżej) jest szerszy niż typowy przedział wiekowy w europejskich badaniach ankietowych (15–64 lata). Dane dotyczące grupy wiekowej 16–34 lata w USA pochodzą z obliczeń EMCDDA.

Wykres 7: Tendencje w rozpowszechnieniu spożycia kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata)



(¹) W Danii wartość dla 1994 r. odnosi się do narkotyków „twardych”.

Uwagi: Źródłem danych, dostępnych w poszczególnych krajach w czasie opracowywania sprawozdania, są najnowsze krajowe badania ankietowe. Więcej informacji podano w tabeli GPS-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

wśród młodych ludzi z wybranych grup (np. w miejscach życia nocnego).

Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie ⁽¹⁵⁰⁾

Po opiatach i konopiach indyjskich kokaina jest narkotykiem najczęściej podawanym jako powód podjęcia leczenia i stanowi przyczynę około 8% przypadków zgłoszenia na leczenie w UE w 2004 r. ⁽¹⁵¹⁾. Należy zauważyć, że Hiszpania – kraj, w którym zwykle odnotowywano wysokie zapotrzebowanie na leczenie z powodu kokainy – dotychczas nie dostarczyła danych. Podana ogólna liczba odzwierciedla znaczne różnice między krajami: w większości krajów zapotrzebowanie na leczenie związane z kokainą jest stosunkowo niskie, ale w Niderlandach (37%) i z powodów historycznych w Hiszpanii (26% w 2002 r.) odsetek pacjentów zgłaszających się na leczenie z powodu zażywania kokainy jest znacznie wyższy. Według najnowszych dostępnych danych w grupie kilku krajów odsetek pacjentów leczonych z powodu kokainy wśród ogółu leczonych wynosi 5–10% (Dania, Niemcy, Francja,

Irlandia, Włochy, Cypr, Malta, Zjednoczone Królestwo i Turcja), podczas gdy w pozostałych krajach odsetek ten jest bardzo niski ⁽¹⁵²⁾. W kilku krajach w porównaniu do liczby wszystkich pacjentów odnotowano wyższy odsetek nowych pacjentów zgłaszających się na leczenie ze względu na zażywanie kokainy jako narkotyku głównego ⁽¹⁵³⁾, a ogólnie około 12% wszystkich nowych przypadków zapotrzebowania na leczenie wiązało się z kokainą. Ponadto około 12% nowych pacjentów zgłosiło kokainę jako drugi spośród zażywanych narkotyków ⁽¹⁵⁴⁾.

Utrzymuje się odnotowana w poprzednich latach tendencja wzrostowa liczby pacjentów zgłaszających się na leczenie z powodu kokainy. W latach 1999–2004 analizy interpolujące niezgłoszone dane wskazują, że odsetek nowych pacjentów zgłaszających się na leczenie z powodu kokainy wzrósł w tym okresie od około 10% do 20% (na podstawie danych z 17 krajów UE, Bułgarii i Rumunii) ⁽¹⁵⁵⁾.

Ogólnie rzecz biorąc, w Europie większość przypadków zapotrzebowania na leczenie z powodu kokainy nie dotyczy cracku: około 80% nowych pacjentów w leczeniu ambulatoryjnym zażywa chlorowoderek kokainy (proszek kokainowy), a mniej niż 20% zażywa crack. Jednak osoby zażywające crack mogą stanowić szczególny problem dla służb medycznych, ponieważ częściej należą do marginalizowanych grup społecznych niż osoby zażywające proszek kokainowy. Przeprowadzone w Europie badanie spożycia kokainy (proszku kokainowego i cracku) wykazało związek między problemami społecznymi i problemami psychicznymi spowodowanymi zażywaniem cracku. Jednak w badaniu odnotowano również, że samo zażywanie cracku nie wystarcza do wyjaśnienia tych problemów (Haasen i in., 2005). W badaniu przeprowadzonym ostatnio w Szkocji wśród 585 pacjentów zażywających kokainę i crack stwierdzono, że osoby zażywające crack mają z reguły dłuższą historię problemowego zażywania narkotyków i częściej angażują się w działania przestępcze (Neale i Robertson, 2004, cytowani w brytyjskim sprawozdaniu krajowym).

Profile pacjentów zażywających kokainę i poddanych leczeniu w systemie ambulatoryjnym wskazują, że nowi pacjenci zażywający kokainę jako główny narkotyk są zwykle starsi od osób zażywających inne narkotyki: 70% spośród nich należy do grupy wiekowej 20–34 lata, a mniejsza grupa (13%) to osoby w wieku 35–39 lat ⁽¹⁵⁶⁾.

Kokaina jest często zażywana w połączeniu z innym nielegalnym narkotykiem lub legalną substancją dodatkową. Często są to konopie indyjskie (31,6%), opiaty (28,6%) lub alkohol (17,4%) ⁽¹⁵⁷⁾. Lokalne badania nad osobami przyjmującymi narkotyk dożylnie wskazują, że na niektórych

⁽¹⁵⁰⁾ Patrz przypis (70).

⁽¹⁵¹⁾ Patrz wykres TDI-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁵²⁾ Patrz tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r., dane dla Hiszpanii odnoszą się do roku sprawozdawczego 2002.

⁽¹⁵³⁾ Patrz tabela TDI-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁵⁴⁾ Patrz tabela TDI-23 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁵⁵⁾ Patrz wykres TDI-10 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁵⁶⁾ Patrz tabela TDI-10 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁵⁷⁾ Patrz tabela TDI-24 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

obszarach coraz bardziej popularne staje się łączenie wstrzykiwanie heroiny i kokainy (zażywający nazywają to czasami *speedballing*). Połączenie opiatów i kokainy obecnie spotyka się najczęściej w danych dotyczących leczenia. Wśród pacjentów zażywających opiaty jako narkotyki główny 31% we Włoszech, 42% w Niderlandach i 44% w Zjednoczonym Królestwie podaje kokainę jako drugi narkotyk. Wśród osób zażywających kokainę jako narkotyki główny 28% we Włoszech i 38% w Zjednoczonym Królestwie podaje opiaty jako drugi narkotyk.

Leczenie uzależnienia od kokainy

Brak jest wystarczających dowodów wspierających leczenie farmakologiczne uzależnienia od kokainy lub innych psychostymulantów. Jednak w obszernym przeglądzie poświęconym stosowaniu farmakoterapii wobec osób zażywających psychostymulany Shearer i Gowing (2004) wnioskuje, że leczenie zastępcze, które jest skuteczne w przypadku uzależnienia od opiatów i tytoniu i które ma szanse przyciągnąć osoby zażywające oraz sprawić, że wytrwają w leczeniu, dotychczas nie zostało wystarczająco zbadane w odniesieniu do osób zażywających stymulanty. Przegląd literatury poświęconej reakcjom na leczenie uzależnienia od kokainy i jego skuteczności, w tym reakcjom na zaburzenia zdrowia psychicznego występujące wśród osób zażywających crack, opublikowało ostatnio EMCDDA ⁽¹⁵⁸⁾.

W niektórych krajach, w tym w USA i Zjednoczonym Królestwie, inwestuje się obecnie duże środki w opracowanie możliwości immunoterapii, polegającej na otrzymaniu przeciwciał zdolnych do wychwytywania kokainy z krwioobiegu, zanim dotrze ona do centralnego układu nerwowego (patrz okienko dotyczące immunoterapii dla osób uzależnionych od kokainy).

Łączenie kilku specjalnych działań interwencyjnych z zakresu leczenia psychospołecznego uważa się obecnie za najbardziej obiecujący wariant terapii dla osób zażywających kokainę i inne psychostymulany. Stwierdzono, że połączenie metody polegającej na wsparciu społecznym (*community reinforcement approach* — CRA) z systemem gratyfikacji i kar (*contingency management*) w krótkim czasie prowadzi do obniżenia spożycia kokainy (Higgins i in., 2003; Roozen i in., 2004).

CRA to intensywny sposób leczenia angażujący rodzinę, przyjaciół i innych członków sieci społecznej pacjenta w cały proces leczenia. Obejmuje on szkolenie pacjentów w zakresie nawiązywania kontaktów społecznych, poprawy poczucia własnej wartości, szukania pracy i przyjemnego sposobu spędzania czasu wolnego w celu zmiany stylu życia (Roozen i in., 2004). W połączeniu z systemem gratyfikacji i kar — metodą, której celem jest wywieranie wpływu na zachowanie pacjentów poprzez odpowiednie zachęty, np. prezenty, vouchery czy przywileje za próbki moczu niezawierające kokainy — pozytywny wpływ na spożycie

Immunoterapia dla uzależnionych od kokainy

W przeciwieństwie do uzależnienia od heroiny, które można leczyć agonistami, takimi jak metadon, lub antagonistami, takimi jak naltrekson, nie ma obecnie metod leczenia uzależnienia od kokainy. Powodem takiego stanu rzeczy wydaje się mechanizm działania kokainy, która wywiera wpływ na neuroprzebieżniki w mózgu: dopaminę i serotoninę. Podczas gdy heroina wiąże się z receptorami opiatowymi w mózgu, takimi jak receptory mu, naśladując w ten sposób działanie endorfin mózgu, kokaina powstrzymuje wchłanianie zwrotne dopaminy (i serotoniny) z synapsy po zakończeniu jej działania, co prowadzi do nagromadzenia się przekaznika, przedłużając i wzmacniając jego wpływ.

Nie oznacza to automatycznie, że niemożliwe jest opracowanie metody leczenia uzależnienia od kokainy — może to być po prostu trudniejsze i wymagać innych koncepcji niż stosowane przy opracowaniu metody leczenia uzależnienia od heroiny.

Ekscytującym elementem badań jest zastosowanie immunoterapii, czyli opracowanie szczepionki skutecznie „neutralizującej” działanie kokainy poprzez zapobieganie dotarciu narkotyku do mózgu. Podstawowa koncepcja została już w pewnym zakresie przetestowana. Szczepionkę stworzoną przez firmę Xenova (Zjednoczone Królestwo) testowano przez 14 tygodni na niewielkiej grupie 18 osób uzależnionych od kokainy. Stwierdzono, że trzy czwarte spośród zaszczepionych osób uzależnionych od kokainy było w stanie powstrzymać się od zażywania narkotyków przez 3 miesiące bez niepożądanych skutków ubocznych. Dodatkowo po upływie sześciu miesięcy zarówno ci, którzy powrócili do nałogu, jak i ci, którzy nadal zażywali kokainę, stwierdzili, że uczucie euforii nie jest już tak silne jak przed szczepieniem. W wyniku tego odkrycia szczepionkę, określaną jako TA-CD — sprzężenie narkotyku i białka, poddano drugiemu etapowi badań klinicznych. Inna metoda immunoterapeutyczna polega na opracowaniu monoklonalnych przeciwciał dla kokainy, ale znajdują się one jeszcze w fazie badań przedklinicznych.

Ewentualna korzyść ze stosowania szczepionki antykokainowej TA-CD wzbudziła zaniepokojenie ze względu na pewne kwestie etyczne: kto mógłby otrzymać szczepionkę, kto powinien podejmować odpowiednie decyzje i na podstawie jakich kryteriów itd.

narkotyku i funkcjonowanie psychospołeczne osiąga się na etapie leczenia i podczas działań uzupełniających po zakończeniu terapii ambulatoryjnej osób uzależnionych od kokainy; wydaje się jednak, że wpływ na spożycie kokainy ogranicza się do okresu leczenia (Higgins i in., 2003).

Nowe podejścia do wysoce problemowych grup osób zażywających heroinę w połączeniu z kokainą i crackiem polegają głównie na ograniczaniu szkód zdrowotnych jako głównym celu leczenia. Stosuje się również terapie behawioralne, w szczególności systemy gratyfikacji i kar, w połączeniu z leczeniem zachowawczym z wykorzystaniem metadonu lub terapią wspomaganą heroinę (Schottenfeld i in., 2005; van den Brink, 2005; Poling i in., 2006).

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

Metody ograniczania szkód zdrowotnych

W Europie rozwój metod minimalizowania szkód zdrowotnych przy zażywaniu kokainy jest ograniczony. Sytuacja ta może obecnie ulegać zmianie, ponieważ wzrost świadomości zarówno o rozmiarach spożycia kokainy, jak i związanych z tym problemach, stymuluje rozwój działań dostosowanych do potrzeb osób zażywających kokainę. Zalety podejścia opartego na prewencji i ograniczaniu szkód, mającego na celu obniżenie zagrożeń związanych z zażywaniem kokainy, w większości nie zostały jeszcze zbadane, ale w wielu dziedzinach podejście to może okazać się skuteczne. Możliwe jest na przykład, że dla osób zażywających kokainę korzystne będą działania interwencyjne dotyczące takich zagadnień, jak podwyższona toksyczność połączeń kokainy i alkoholu, potencjalny związek między zażywaniem kokainy a zaburzeniami sercowo-naczyniowymi lub czynniki behawioralne, które mogą narazić osoby zażywające kokainę na podwyższone ryzyko zarażenia wirusem HIV, narazić na wypadek lub brutalną przemoc. Ponieważ spożycie kokainy może wzrastać w szybkim tempie, krótkie działania interwencyjne, uświadamiające możliwość negatywnych konsekwencji zażywania tego narkotyku, są również warte zbadania.

W wyniku poważnych problemów zdrowotnych i społecznych związanych z zażywaniem cracku doświadczenie w rozwoju usług dla tej grupy jest szersze, chociaż działania ograniczają się do stosunkowo niewielu miast europejskich, w których wystąpiło nasilenie problemów związanych z crackiem. W niektórych miastach do osób zażywających crack udało się dotrzeć w ramach programów pomocy w terenie, polegających na próbach pracy z grupą, którą często uważa się za trudną we współpracy. Chociaż ogólna podstawa dowodowa nadal jest stosunkowo słaba,

niektóre badania wykazują, że korzyści tego podejścia mogą być duże. Przykładowo podczas badania innowacyjnego programu leczenia połączonego z pomocą w terenie, przeprowadzonego w Rotterdamie (Henskens, 2004, cytowany w holenderskim sprawozdaniu krajowym), określono czynniki uznane za ważne w leczeniu tej grupy pacjentów, których często z trudem udaje się namówić na konwencjonalną pomoc antynarkotykową.

Schematy nałogowego zażywania cracku i kokainy mogą wiązać się ze wzrostem ryzykownych zachowań w zakresie zdrowia seksualnego i niektóre programy niskoprogowe są specjalnie skierowane do zażywających crack osób świadczących usługi seksualne w celu przekazania im informacji o bardziej bezpiecznych sposobach uprawiania seksu i zażywania narkotyków, jak również dystrybucji prezerwatyw i środków nawilżających (patrz wybrane zagadnienie dotyczące płci).

W niektórych miastach w Europie przyjęto bardziej kontrowersyjne podejście, w którym koncepcję bezpiecznych pomieszczeń do zażywania narkotyków, przeznaczonych zwykle dla osób przyjmujących narkotyki dożylnie, rozszerzono na inhalację narkotyków. Pomieszczenia do kontrolowanego wdychania otwarto w kilku miastach w Niderlandach, Niemczech i Szwajcarii (EMCDDA, 2004c). Chociaż głównym celem tego typu usług jest kontrola higienicznego sposobu zażywania narkotyku, istnieją pewne dowody na to, że mogą one pełnić inne funkcje opiekuńcze. Na przykład monitorowanie jednej z usług we Frankfurcie w Niemczech wykazało, że w 2004 r. podczas 6-miesięcznego okresu oceny nadzorowano ponad 1400 przypadków konsumpcji, a jednocześnie udokumentowano 332 rozmowy kontaktowe, 40 sesji doradczych i 99 skierowań do innych ośrodków pomocy antynarkotykowej.



Rozdział 6

Zażywanie opiatów i narkotyków dożylnych

Podaż i dostępność heroiny ⁽¹⁵⁹⁾

W Europie importowana heroina występuje w dwóch postaciach: powszechnie dostępnej brązowej heroiny (w postaci zasady chemicznej) oraz mniej spotykanej i zwykle droższej białej heroiny (w postaci soli), która zazwyczaj pochodzi z Azji Południowo-Wschodniej. Ponadto w UE produkuje się niektóre narkotyki opiatowe, ale jest to głównie ograniczona do małej skali domowa produkcja wyrobów z maku lekarskiego (np. słomy makowej, koncentratu makowego ze zmiażdżonych łodyg lub makówek) w wielu wschodnich krajach UE, np. na Litwie, gdzie rynek na łodygi i koncentrat makowy prawdopodobnie się ustabilizował, a także w Polsce, gdzie produkcja „polskiej heroiny” wydaje się spadać (CND, 2006).

Produkcja i handel

Heroinę spożywaną w Europie wytwarza się przede wszystkim w Afganistanie, który nadal jest największym na świecie dostawcą nielegalnego opium, a w 2005 r. jego udział w globalnej produkcji nielegalnego opium wynosił 89%. Drugie miejsce zajmowała Birma (7%). W latach 1999–2004 światowa produkcja nielegalnego opium utrzymywała się na stosunkowo stałym poziomie, z wyjątkiem 2001 r., gdy zakaz uprawy maku lekarskiego nałożony w Afganistanie przez reżim talibów spowodował dramatyczny, ale krótkotrwały spadek. Ocenia się, że w 2005 r. wyprodukowano około 4670 t, co oznacza 4-procentowy spadek w porównaniu do 2004 r. (CND, 2006). Globalny potencjał produkcji heroiny oceniano w 2005 r. na 472 t (495 w 2004 r.) (UNODC, 2006).

Heroina sprowadzana jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi. Mający długą tradycję szlak bałkański w dalszym ciągu odgrywa kluczową rolę w przemyśle heroiny. Trasa tranzytowa prowadzi przez Pakistan, Iran i Turcję, następnie rozgałęzia się na odnogę południową biegnącą przez Grecję, Byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii, Albanie, Włochy, Serbię, Czarnogórę i Bośnię i Hercegowinę oraz na odnogę północną, prowadzącą przez Bułgarię, Rumunię, Węgry, Austrię, Niemcy i Niderlandy, która pełni funkcję wtórnego centrum dystrybucji na inne kraje Europy Zachodniej. Liczba konfiskat

heroiny w 2004 r. świadczy o tym, że szlak południowy pod względem ilości przemywanej heroiny zyskał już takie samo znaczenie jak szlak północny (WCO, 2005; INCB, 2006a). Od połowy lat dziewięćdziesiątych coraz więcej heroiny (ale w ilościach mniejszych niż przez szlaki bałkańskie) przemycano do Europy „jedwabnym szlakiem” przez Azję Środkową (głównie przez Turkmenistan, Tadżykistan, Kirgistan i Uzbekistan), Morze Kaspijskie i Federację Rosyjską, Białoruś lub Ukrainę, do Estonii, na Łotwę, do niektórych krajów skandynawskich i do Niemiec (sprawozdania krajowe Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Chociaż te szlaki są najważniejsze, kraje na Półwyspie Arabskim (Oman, Zjednoczone Emiraty Arabskie) stały się punktami tranzytowymi dla przeznaczonych dla Europy przesyłek heroiny pochodzących z Azji Południowej i Południowo-Wschodniej (INCB, 2006a). Ponadto heroinę przeznaczoną na rynek europejski (i północnoamerykański) skonfiskowano w 2004 r. w Afryce Wschodniej i Zachodniej, w regionie Karaibów oraz w Ameryce Środkowej i Południowej (CND, 2006).

Konfiskaty

W 2004 r. na świecie skonfiskowano 210 t opium (czyli równoważnik 21 t heroiny), 39,3 t morfiny i 59,2 t heroiny. Nadal największe ilości skonfiskowanej na świecie heroiny przypadają na Azję (50%) i Europę (40%). Udział Europy wzrasta przede wszystkim w wyniku zwiększonych konfiskat w krajach Europy Południowo-Wschodniej (w Turcji) — po raz pierwszy w regionie tym przejęto większą ilość narkotyku niż w Europie Zachodniej i Środkowej (CND, 2006).

Szacuje się, że w 2004 r. w objętych sprawozdaniem krajach miało miejsce 46 000 przypadków konfiskaty, w których przejęto około 19 t heroiny. Największy udział w liczbie przypadków konfiskaty miało Zjednoczone Królestwo, następnie Niemcy i Włochy, podczas gdy największą ilość przejęto w Turcji (kolejne pozycje zajmowały Włochy i Zjednoczone Królestwo) — stanowiła ona prawie połowę całkowitej ilości przechwyconej w 2004 r. ⁽¹⁶⁰⁾. W latach 1999–2004 liczba konfiskat heroiny wahała się, a na podstawie danych z objętych sprawozdaniem krajów można wywnioskować, że po

⁽¹⁵⁹⁾ Patrz, Interpretacja konfiskat i innych danych rynkowych, str. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ Należy to porównać z brakującymi danymi za 2004 r., kiedy te będą już dostępne. Dane dotyczące liczby konfiskat heroiny w 2004 r. i przechwyconych ilości nie były dostępne dla Irlandii i Zjednoczonego Królestwa; dane dotyczące liczby konfiskat heroiny w 2004 r. nie były dostępne dla Niderlandów. W celach porównawczych brakujące dane za 2004 r. zastąpiono danymi za 2003 r. Dostarczone przez Niderlandy dane o ilościach przechwyconych w 2004 r. stanowiły jedynie wartości szacunkowe i nie mogły być uwzględnione w analizie tendencji do 2004 r.

spadku obserwowanym w latach 2002–2003 w 2004 r. nastąpił wzrost⁽¹⁶¹⁾. W 5-letnim okresie 1999–2004 stale wzrastały łączne ilości skonfiskowanego narkotyku, osiągając rekordowy poziom w 2004 r., co wynikało przede wszystkim z faktu skonfiskowania w Turcji w 2004 r. ilości niemal dwa razy większej niż w roku poprzednim⁽¹⁶²⁾.

Cena i czystość

W 2004 r. średnia cena detaliczna brązowej heroiny wykazywała w Europie duże wahania, od 12 euro za gram w Turcji do 141 euro za gram w Szwecji, natomiast cena białej heroiny wahała się od 31 euro za gram w Belgii do 202 euro za gram w Szwecji, a cena heroiny nieokreślonego rodzaju wahała się od 35 euro za gram w Słowenii do 82 euro za gram w Zjednoczonym Królestwie⁽¹⁶³⁾. Dostępne dane za lata 1999–2004 wykazują spadek średniej ceny heroiny, po uwzględnieniu współczynnika inflacji⁽¹⁶⁴⁾, który miał miejsce w większości krajów objętych sprawozdaniem⁽¹⁶⁵⁾.

W 2004 r. średnia czystość brązowej heroiny dostępnej na rynku detalicznym wahała się od 10% w Bułgarii do 48% w Turcji, natomiast czystość białej heroiny wahała się od 20% w Niemczech do 63% w Danii, a heroiny nieokreślonego rodzaju — od 16% na Węgrzech do 42–50%⁽¹⁶⁶⁾ w Niderlandach⁽¹⁶⁷⁾. W większości objętych sprawozdaniem krajów średnia czystość zawierających heroinę produktów podlegała fluktuacjom⁽¹⁶⁸⁾ od 1999 r., co utrudnia określenie ogólnej tendencji.

Międzynarodowe działania przeciwko produkcji i sprzedaży heroiny

Bezwodnik octowy⁽¹⁶⁹⁾ jest ważnym prekursorem stosowanym w nielegalnej produkcji heroiny. Operacja Topaz jest międzynarodową inicjatywą mającą na celu monitorowanie legalnego handlu bezwodnikiem octowym oraz badanie metod i szlaków zmiany jego zastosowania (INCB, 2006b). Legalny handel bezwodnikiem octowym odbywa się na dużą skalę, co utrudnia jego kontrolę. Świadczy o tym fakt, że od 2001 r. 22 kraje (terytoria eksportujące) złożyły do INCB 7684 zgłoszenia wywozu dotyczące ponad 1 350 000 t bezwodnika octowego. Liczba konfiskat w Turcji (1 600 t w 2004 r.) uległa w ostatnich latach znacznemu obniżeniu, co może wskazywać na utworzenie przez handlarzy nowych

szlaków handlowych i nowych metod zmiany zastosowania substancji. W 2004 r. po raz pierwszy zidentyfikowano substancje skonfiskowane w Europie (w Bułgarii) jako pochodzące z Azji Południowo-Wschodniej (INCB, 2006b).

Chociaż elementy operacji Topaz związane z monitorowaniem międzynarodowego handlu okazały się udane, to w zakresie identyfikacji i likwidacji szlaków handlowych stosowanych w celu przemytu bezwodnika octowego w Afganistanie i w krajach sąsiednich poczyniono jedynie niewielki postęp (INCB, 2006b).

Celem prowadzonego przez Europol projektu Mustard jest identyfikacja i zwalczanie tureckich i innych powiązanych z nimi grup przestępczych, których działania są ukierunkowane na UE lub prowadzone na jej obszarze, zajmujących się handlem narkotykami, a zwłaszcza heroiną. Projekt zapewnia wsparcie operacyjne w dochodzeniach prowadzonych w uczestniczących w projekcie państwach i uzupełnia obraz sytuacji uzyskany w drodze wywiadu strategicznego, umożliwiając wgląd w działalność tureckiej przestępczości zorganizowanej i powiązanych z nią grup (Europol, 2006).

Ocena liczby osób problemowo zażywających opiaty

Dane w tym rozdziale oparto na wskaźniku problemowego zażywania narkotyków (PDU) stosowanym przez EMCDDA, który obejmuje „dożylne zażywanie narkotyków lub długotrwałe i regularne zażywanie heroiny, kokainy lub amfetamin”. Zazwyczaj oceny problemowego zażywania narkotyków odnosiły się przede wszystkim do zażywania heroiny, chociaż w kilku krajach ważny element stanowił problem zażywania amfetaminy, co poruszono w innej części sprawozdania.

Interpretując szacunkowe dane dotyczące problemowego zażywania opiatów, należy uwzględnić fakt, że schematy ich stosowania stają się bardziej zróżnicowane. Na przykład w większości krajów coraz ważniejsze stają się problemy związane z zażywaniem więcej niż jednego narkotyku, gdy tymczasem niektóre kraje, gdzie do tej pory dominował problem opiatów, ostatnio donoszą o rosnącej popularności innych narkotyków. Obecnie uważa się, że większość osób zażywających heroinę oprócz opiatów zażywa stymulanty i inne narkotyki, ale na poziomie UE bardzo trudno uzyskać

⁽¹⁶¹⁾ Patrz tabela SZR-7 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁶²⁾ Patrz tabela SZR-8 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁶³⁾ Patrz tabela PPP-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁶⁴⁾ Rok 1999 przyjęto jako podstawę dla wartości pieniądza we wszystkich krajach.

⁽¹⁶⁵⁾ W latach 1999–2004 dane dotyczące cen heroiny były dostępne przez co najmniej trzy kolejne lata — dla brązowej heroiny: w Belgii, Republice Czeskiej, Hiszpanii, we Francji, w Irlandii, Luksemburgu, Polsce, Portugalii, Słowenii, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie, Norwegii, Bułgarii, Rumunii i Turcji; dla białej heroiny: w Republice Czeskiej, Niemczech, we Francji, na Łotwie i w Szwecji; a dla heroiny nieokreślonego rodzaju — na Litwie i w Zjednoczonym Królestwie.

⁽¹⁶⁶⁾ Te dwie liczby odpowiadają danym z dwóch różnych systemów monitorowania (patrz tabela PPP-6 [część iii] w Biuletynie statystycznym za 2006 r.) Dane należy interpretować ostrożnie, gdyż wartość 50% opiera się na tylko jednej próbce.

⁽¹⁶⁷⁾ Patrz tabela PPP-6 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁶⁸⁾ W latach 1999–2004 dane dotyczące czystości heroiny były dostępne przez co najmniej trzy kolejne lata — dla brązowej heroiny: w Republice Czeskiej, Danii, Hiszpanii, Irlandii, we Włoszech, w Luksemburgu, Austrii, Portugalii, Słowacji, Zjednoczonym Królestwie, Norwegii i Turcji; dla białej heroiny: w Danii, Niemczech, Estonii, Finlandii i Norwegii, a dla heroiny nieokreślonego rodzaju — w Belgii, na Litwie, Węgrzech i w Niderlandach.

⁽¹⁶⁹⁾ Wymieniony w tabeli I Konwencji z 1988 r.

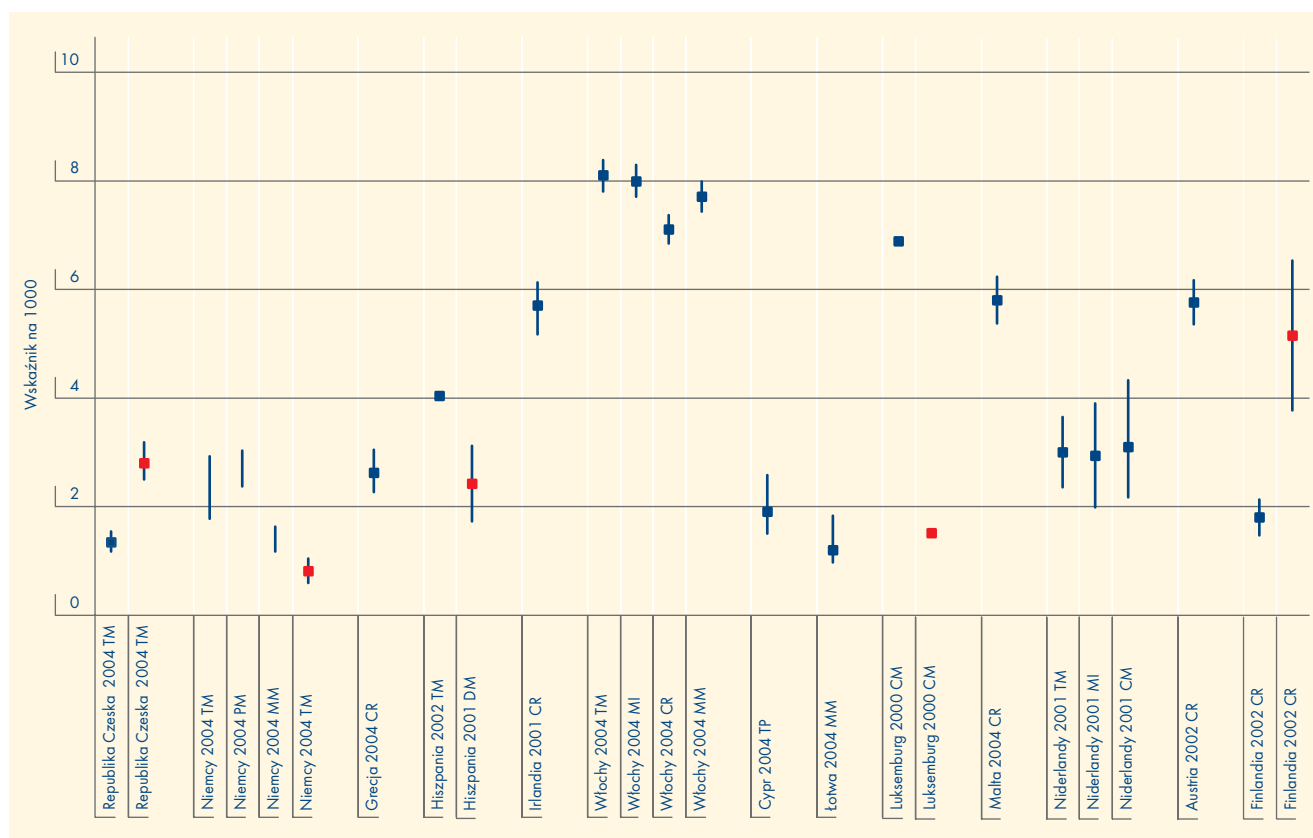
rzetelne dane dotyczące zażywania wielu narkotyków (patrz rozdział 8).

Pomimo ogólnej tendencji do różnicowania zjawiska w wielu krajach dane szacunkowe dotyczące problemowego zażywania narkotyków ograniczają się wyłącznie do problemowego zażywania heroiny lub innych opiatów jako substancji głównej. Świadczą o tym wskaźniki problemowego zażywania opiatów (patrz wykres 8), w większości bardzo zbliżone do danych dotyczących problemowego zażywania narkotyków⁽¹⁷⁰⁾. Nie jest jasne, czy w innych krajach rozpowszechnienie problemowego zażywania narkotyków innych niż opiaty jest tak małe, że można je pominąć, czy być może ma znaczenie, ale trudne do oszacowania.

Oszacowanie liczby osób problemowo zażywających opiaty jest trudne i aby uzyskać takie dane z dostępnych źródeł konieczne są bardziej zaawansowane metody analizy. Ponadto oszacowania często dotyczą określonego regionu geograficznego i ich ekstrapolacja w celu uzyskania danych krajowych nie zawsze jest wiarygodna.

Szacunki krajowe dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów w latach 2000–2004 wahały się w granicach 1–8 przypadków na 1000 osób w grupie wiekowej 15–64 lata (na podstawie średnich wartości szacunkowych). Szacunkowe wskaźniki rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów różnią się znacznie między poszczególnymi krajami, chociaż przy zastosowaniu różnych metod w danym kraju wyniki wykazują duży stopień spójności. Wyższe szacunkowe wskaźniki rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów pochodzą z Irlandii, Włoch, Luksemburga, Malty i Austrii (5–8 przypadków na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata), a niższe z Republiki Czeskiej, Niemiec, Grecji, Cypru, Łotwy i Niderlandów (poniżej czterech przypadków na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata) (patrz wykres 8). Część najniższych, dobrze udokumentowanych danych szacunkowych pochodzi z nowych krajów UE, ale na Malcie odnotowano wyższy wskaźnik rozpowszechnienia (5,4–6,2 przypadków na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata). Z tych ograniczonych danych można wyciągnąć wniosek, że ogólnie w UE rozpowszechnienie

Wykres 8: Dane szacunkowe dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania opiatów i stymulantów w latach 2000–2004 (wskaźnik na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata)



Uwagi: ■ Czerwone kwadraty wskazują zażywanie stymulantów, inne liczby szacunkowe dotyczą używania opiatów.

MM, mortality multiplier (współczynnik śmiertelności); CR, capture–recapture (metoda podwójnego połowu); TM, treatment multiplier (współczynnik leczenia); PM, police multiplier (współczynnik policyjny); MI, multivari (współczynnik śmiertelności indicator (współczynnik wielowymiarowy); TP, truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); CM, combined methods (metody łączone). Więcej informacji podano w tabelach PDU-1, PDU-2 i PDU-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r. Symbol oznacza estymację punktową, a słupek oznacza przedział niepewności, który może być 95-procentowym przedziałem pewności albo przedziałem opartym na analizie wrażliwości. Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na różne metody i źródła danych, dlatego przy porównaniach wskazana jest ostrożność.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe.

⁽¹⁷⁰⁾ Patrz wykres PDU-1 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

problemowego zazywania opiatów wynosi 2–8 przypadków na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata. Szacunki te nie są jednak rzetelne i wymagają dopracowania, gdy tylko dostępnych będzie więcej danych.

Nie istnieją lokalne i regionalne oszacowania problemowego zazywania opiatów, jednak dostępne dane dotyczące problemowego zazywania narkotyków (w tym zazywania stymulantów i innych narkotyków) wskazują na istnienie dużych różnic w poszczególnych miastach i regionach. W latach 2000–2004 najwyższe szacunkowe rozpowszechnienie na poziomie lokalnym odnotowano w Irlandii, Portugalii, Słowacji i Zjednoczonym Królestwie — jego wskaźniki wahały się w granicach 15–25 przypadków na 1000 mieszkańców⁽¹⁷¹⁾. Jak należało oczekiwać, zróżnicowanie geograficzne występuje również na poziomie lokalnym. Na przykład rozpowszechnienie w różnych częściach Londynu waha się w granicach 6–25 przypadków na 1000 mieszkańców. Duże zróżnicowanie lokalnych wskaźników rozpowszechnienia sprawia, że trudno jest dokonywać uogólnień.

Zazywanie narkotyków w więzieniach

Informacje o zazywaniu narkotyków przez więźniów są wyrywkowe. Znaczna część dostępnych w Europie danych pochodzi z badań prowadzonych doraźnie, czasami na poziomie lokalnym w zakładach, które nie są reprezentatywne dla krajowego systemu więziennictwa i obejmują grupy więźniów o bardzo zróżnicowanej liczebności. Dlatego różnice w cechach badanych populacji ograniczają możliwość porównania danych zebranych w poszczególnych badaniach ankietowych — zarówno w danym kraju, jak i między różnymi krajami — a także ekstrapolację wyników i analizę tendencji.

Większość krajów europejskich dostarczyła dane dotyczące zazywania narkotyków w populacji więźniów w ciągu ostatnich 5 lat (1999–2004)⁽¹⁾. Dane te wskazują, że w porównaniu z ogółem populacji w więzieniach występuje nadreprezentacja osób zazywających narkotyki. Odsetek zatrzymanych, którzy przyznają się do przynajmniej jednokrotnego zażycia nielegalnego narkotyku, jest różny w poszczególnych więzieniach i aresztach, ale średnie wskaźniki wynoszą od jednej trzeciej lub poniżej na Węgrzech i w Bułgarii do dwóch trzecich i powyżej w Niderlandach, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii, przy czym w większości krajów wskaźnik ten wynosi około 50% (w Belgii, Grecji, na Łotwie, w Portugalii, Finlandii). Konopie indyjskie również w więzieniach są najczęściej zazywanym nielegalnym narkotykiem, a odsetek więźniów, którzy zazywali go przynajmniej raz, waha się w granicach 4–86%. Dla porównania analogiczny wskaźnik dla kokainy wynosi 3–57%, dla amfetaminy 2–59% i dla heroiny 4–60%⁽²⁾.

Regularne zazywanie narkotyku lub uzależnienie przed uwięzieniem zgłosiło 8–73% więźniów, natomiast odsetek osób,

Zmiany tendencji w problemowym zazywaniu opiatów

Brak rzetelnych i spójnych danych historycznych utrudnia ocenę tendencji w problemowym zazywaniu opiatów na przestrzeni lat. Zebrany materiał dowodowy wskazuje, że rozpowszechnienie problemowego zazywania opiatów różni się znacznie w poszczególnych krajach, a tendencje obserwowane na obszarze UE nie są spójne. Sprawozdania z kilku państw, poparte także innymi wskaźnikami, świadczą o tym, że od połowy do końca lat dziewięćdziesiątych miał miejsce stały wzrost problemowego zazywania opiatów (wykres 9), ale w ostatnich latach nastąpiła stabilizacja lub nawet niewielki spadek. Dostępne są dane szacunkowe dotyczące problemowego zazywania opiatów za okres 2000–2004, pochodzące z siedmiu krajów (z Republiki Czeskiej, Niemiec, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Włoch i Austrii): w czterech krajach (w Republice Czeskiej, Niemczech, Grecji i Hiszpanii) odnotowano spadek problemowego zazywania opiatów, podczas gdy w jednym stwierdzono wzrost (w Austrii — ale dane te trudno zinterpretować,

które przynajmniej raz przyjmowały narkotyk dożylnie wynosi w populacji więziennej 7–38%⁽³⁾.

Mimo że większość osób ogranicza lub przerywa zazywanie narkotyków po osadzeniu, niektórzy zatrzymani tego nie robią, a inni zaczynają zazywać narkotyki (również przyjmować je dożylnie) podczas odbywania kary. Jak podają badania 8–51% więźniów zazywa narkotyki podczas pobytu w więzieniu, 10–42% zgłasza regularne ich zazywanie, a 1–15% przyjmuje je dożylnie⁽⁴⁾. Rodzi to pytanie o możliwość szerzenia się chorób zakaźnych, szczególnie dotyczące dostępu do sterylnego sprzętu do iniekcji i praktyk dzielenia się nim w środowisku więziennym.

Wielokrotne badania ankietowe prowadzone w Republice Czeskiej (1996–2002), Danii (1995–2002), na Litwie (2003–2004), Węgrzech (1997–2004), w Słowenii (2003–2004) i Szwecji (1997–2004) wykazały wzrost rozpowszechnienia różnych sposobów zazywania narkotyków wśród zatrzymanych, podczas gdy we Francji (1997–2003) zgłoszono znaczny spadek odsetka osób przyjmujących narkotyki dożylnie w zakładach karnych⁽⁵⁾.

(1) Kraje, które zgłosiły przeprowadzenie badań w ciągu ostatnich 5 lat (1999–2004) i dostarczyły dane o schematach zazywania narkotyków w populacjach więźniów, to: Belgia, Republika Czeska, Dania, Niemcy, Grecja, Francja, Irlandia, Włochy, Łotwa, Litwa, Węgry, Malta, Niderlandy, Austria, Portugalia, Słowenia, Słowacja, Finlandia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Bułgaria i Norwegia.

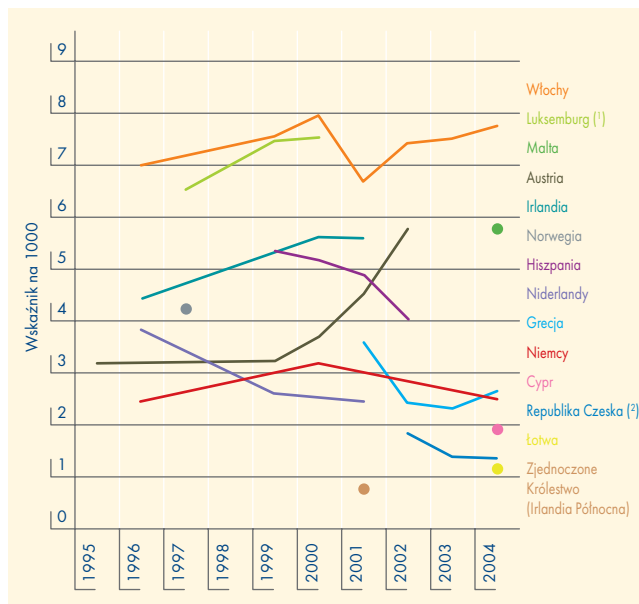
(2) Patrz tabela DUP-1 i wykres DUP-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

(3) Patrz tabele DUP-2 i DUP-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

(4) Patrz tabele DUP-3 i DUP-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

(5) Patrz tabela DUP-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Wykres 9: Tendencje w rozpowszechnieniu problemowego zażywania opiatów, 1995–2004 (wskaźnik na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata)



(¹) Obliczone na podstawie danych dla grupy wiekowej 15–54 lata.

(²) Liczby szacunkowe dla grupy wiekowej 18–64 lata.

Uwagi: Serie czasowe połączono, jeżeli w danym okresie stosowano zbliżone metody. Więcej informacji podano w tabelach PDU-1, PDU-2 i PDU-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe.

ponieważ w tym okresie zmieniono system zbierania danych). Dane uzyskane od osób podejmujących po raz pierwszy leczenie wskazują, że ogólna liczba przypadków problemowego zażywania opiatów może powoli spadać, co w niedalekiej przyszłości może oznaczać spadek wskaźnika rozpowszechnienia.

Dożylne zażywanie narkotyków

Osoby zażywające narkotyki dożylnie narażone są na wysokie ryzyko wystąpienia skutków ubocznych, takich jak poważne choroby zakaźne lub przedawkowanie. Dlatego też problem dożylnego zażywania narkotyków należy potraktować oddzielnie.

Pomimo znaczenia tego rodzaju narkotyków dla zdrowia publicznego, niewiele krajów dysponuje szacunkowymi danymi na temat ich zażywania na poziomie krajowym lub regionalnym ⁽¹⁷²⁾. W niniejszym rozdziale, ze względu na niedostatek danych, nie podzielono szacunkowej liczby osób zażywających narkotyki dożylnie według głównego narkotyku, chociaż tendencje wśród pacjentów zażywających narkotyki dożylnie dotyczą oczywiście dożylnego przyjmowania heroiny.

Większość dostępnych danych szacunkowych dotyczących dożylnego zażywania narkotyków opiera się na

wskaźnikach zgonów z powodu przedawkowania albo na danych dotyczących chorób zakaźnych (takich jak HIV). Dostępne dane szacunkowe różnią się znacznie w poszczególnych krajach: od 2000 r. szacunkowe wartości krajowe wahały się zwykle od jednego do sześciu przypadków na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata, podczas gdy przed 2000 r. niektóre z tych wartości były wyższe. Od 2000 r. najwyższe krajowe wskaźniki rozpowszechnienia dożylnego zażywania narkotyków wśród krajów, które udostępniły dane, odnotowano w Luksemburgu i w Austrii, i wynosiły one około sześciu przypadków na 1000 mieszkańców w wieku 15–64 lata. Najniższe szacunki pochodzą z Cypru i Grecji, gdzie nieco przekraczają jeden przypadek na 1000 mieszkańców.

Chociaż w niektórych przypadkach można określić tendencje na przestrzeni lat, nie wyłania się z nich żaden ogólny schemat. Dane wskazują na spadek w niektórych krajach i regionach (np. w Szkocji) oraz na wzrost w pozostałych. Jednak brak danych w tym zakresie sprawia, że nie można nakreślić jasnego obrazu sytuacji.

Monitorowanie odsetka osób obecnie zażywających narkotyki dożylnie wśród rozpoczynających leczenie osób zażywających heroinę jest ważnym elementem uzupełniającym kontrolę rozpowszechnienia dożylnego zażywania narkotyków wśród ogółu ludności. Jednak należy przy tym pamiętać, że zaobserwowane proporcje nie muszą odpowiadać tendencjom w rozpowszechnieniu dożylnego zażywania narkotyków. Przykładowo w krajach o wysokim odsetku osób zażywających stymulanty (Republika Czeska, Słowacja, Finlandia, Szwecja) liczba osób przyjmujących narkotyki dożylnie wśród osób zażywających heroinę nie musi odzwierciedlać sytuacji ogólnej.

Odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie w grupie rozpoczynających leczenie osób zażywających heroinę jako narkotyk główny ponownie wskazuje na wyraźne różnice w poziomie dożylnego zażywania narkotyków pomiędzy krajami, jak również na zmienność tendencji w czasie ⁽¹⁷³⁾. W niektórych państwach (w Hiszpanii, Niderlandach i Portugalii) stosunkowo niski jest odsetek poddanych leczeniu osób zażywających heroinę, które przyjmują narkotyk dożylnie, ale w innych krajach dożylne jej przyjmowanie nadal stanowi główny sposób zażywania heroiny. W przypadku kilku spośród 15 „starych” państw UE, które udostępniły dane (Dania, Grecja, Hiszpania, Francja, Włochy i Zjednoczone Królestwo), wskaźniki dożylnego przyjmowania narkotyków wśród poddanych leczeniu osób zażywających heroinę spadły. Jednak w większości nowych państw członkowskich, przynajmniej w przypadku tych, dla których są dostępne dane, zdecydowana większość poddanych leczeniu osób zażywających heroinę przyjmuje narkotyk dożylnie.

⁽¹⁷²⁾ Patrz wykres PDU-7 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁷³⁾ Patrz wykres PDU-3 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie ⁽¹⁷⁴⁾

W wielu krajach opiaty (zwłaszcza heroina) są głównym narkotykiem, z powodu którego pacjenci zgłaszają się na leczenie. Spośród łącznej liczby wniosków o leczenie odnotowanych w 2004 r. jako wskaźnik zapotrzebowania na leczenie opiaty stanowią główny narkotyk w około 60% przypadków – nieco ponad połowa tych pacjentów (53%) przyjmowała narkotyk dożylnie ⁽¹⁷⁵⁾. Należy zauważyć, że wskaźnik zapotrzebowania na leczenie nie obejmuje wszystkich osób poddanych terapii z powodu opiatów, bowiem ich liczba jest z reguły znacznie wyższa, lecz jedynie pacjentów, którzy zgłosili się na leczenie w roku objętym sprawozdaniem.

Odsetek pacjentów ubiegających się o leczenie z powodu zazywania heroiny jest różny w poszczególnych krajach. Na podstawie najnowszych dostępnych danych można podzielić kraje na trzy grupy zależnie od liczby poddających się terapii osób, które zgłaszają problemowe zazywanie heroiny. Podział ten jest następujący:

- poniżej 50% – Republika Czeska, Dania, Węgry, Niderlandy, Polska, Słowacja, Finlandia, Szwecja,
- 50–70% – Niemcy, Hiszpania, Francja, Irlandia, Cypr, Łotwa, Portugalia, Zjednoczone Królestwo, Rumunia,
- ponad 70% – Grecja, Włochy, Litwa, Luksemburg, Malta, Słowenia, Bułgaria ⁽¹⁷⁶⁾.

Do krajów, w których znaczna część pacjentów zazywających opiaty zazywa substancje inne niż heroina, należą Węgry, gdzie rozpowszechnione są domowej produkcji wyroby z maku lekarskiego, oraz Finlandia, gdzie większość pacjentów zazywających opiaty nadużywa buprenorfiny ⁽¹⁷⁷⁾.

Większość osób zazywających opiaty, podobnie jak w przypadku zazywających inne narkotyki, zgłasza się na leczenie w systemie ambulatoryjnym, jednak w porównaniu z pacjentami zazywającymi kokainę i konopie indyjskie odsetek uzależnionych od opiatów pacjentów poddanych leczeniu szpitalnemu jest wyższy.

W większości krajów o wzrastającej co roku liczbie nowych pacjentów uzależnionych od heroiny (z wyjątkiem Niemiec, gdzie rozszerzono podstawę sporządzania sprawozdania) odnotowano spadek w ciągu ostatnich 4–5 lat, ale nie dotyczył on pacjentów poddawanych już wcześniej leczeniu. Ogólna liczba wniosków o powtórne leczenie nie spadła, a w większości krajów łączna liczba zgłoszeń na leczenie z powodu heroiny utrzymuje się na mniej

więcej stałym poziomie. Godne uwagi wyjątki to Niemcy i Zjednoczone Królestwo, gdzie odnotowano wzrost łącznej liczby zgłoszonych wniosków. Ogólnie jednak obniżyła się liczba zgłoszeń na leczenie z powodu heroiny (wszystkie i nowe wnioski). Odsetek nowych wniosków spadł w latach 1999–2004 z poziomu około dwóch trzecich do około 40% ze względu na wzrost zapotrzebowania na leczenie uzależnienia od konopi indyjskich i kokainy ⁽¹⁷⁸⁾.

Jak podano wcześniej, pacjenci zgłaszający się na leczenie z uzależnienia opiatami należą do coraz starszej grupy wiekowej i w 2004 r. tendencja ta się utrzymywała. Prawie wszystkie ubiegające się o leczenie osoby zazywające opiaty były w wieku powyżej 20 lat, a prawie połowa z nich przekroczyła 30 lat. Dostępne dane na poziomie europejskim wskazują, że jedynie niewielka grupa osób zazywających opiaty (poniżej 7%) ma mniej niż 20 lat w chwili podjęcia terapii po raz pierwszy ⁽¹⁷⁹⁾. Sporadycznie zdarzają się doniesienia o osobach bardzo młodych (w wieku poniżej 15 lat) zgłaszających się na leczenie z powodu zazywania heroiny ⁽¹⁸⁰⁾, np. dotyczy to 11- i 12-letnich dzieci w Sofii (Bułgaria), ale ogólnie wydaje się, że wśród młodzieży przypadki zapotrzebowania na leczenie z powodu heroiny są rzadkie.

Większość pacjentów leczonych z powodu opiatów wywodzi się z grup marginalizowanych społecznie, charakteryzuje się niskim poziomem wykształcenia, wysokim wskaźnikiem bezrobocia i często niestabilizowaną sytuacją mieszkaniową. W Hiszpanii odnotowano, że 17%–18% pacjentów leczonych z powodu opiatów to bezdomni.

Większość pacjentów zazywających opiaty twierdzi, że pierwszy raz zażyła je w wieku 15–24 lata, a około 50% pacjentów pierwszy raz zażyło narkotyk przed ukończeniem 20 lat ⁽¹⁸¹⁾. Ponieważ odstęp czasu pomiędzy pierwszym zażyciem narkotyku a zgłoszeniem po raz pierwszy zapotrzebowania na terapię wynosi zwykle 5–10 lat, a czas upływający między inicjacją a regularnym zazywaniem narkotyku ocenia się na 1,5–2,5 roku (fińskie sprawozdanie krajowe), można wywnioskować, że pacjenci uzależnieni od opiatów zwykle zazywają regularnie narkotyk przez 3–7 lat przed zgłoszeniem się po raz pierwszy na leczenie specjalistyczne.

W Europie wśród nowych pacjentów zazywających opiaty potrzebujących opieki ambulatoryjnej, w których przypadku znany jest sposób przyjmowania narkotyku, niewiele ponad połowa zazywa go dożylnie. Ogólnie w nowych państwach członkowskich odsetek osób zazywających narkotyki dożylnie wśród osób zgłaszających się na terapię z powodu opiatów jest wyższy (ponad 60%) niż w 15 „starych”

⁽¹⁷⁴⁾ Patrz przypis (70).

⁽¹⁷⁵⁾ Patrz wykres TDI-2 i tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁷⁶⁾ Patrz tabela TDI-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁷⁷⁾ Patrz tabela TDI-26 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.; sprawozdania krajowe Reitox.

⁽¹⁷⁸⁾ Patrz wykres TDI-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁷⁹⁾ Patrz tabela TDI-10 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Patrz tabela TDI-11 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

państwach członkowskich UE (poniżej 60%), z wyjątkiem Włoch i Finlandii, w których odsetek osób zażywających opiaty dożylnie wśród ogółu pacjentów wynosi odpowiednio 74% i 79,3%. Odsetek osób przyjmujących opiaty dożylnie w grupie pacjentów je zażywających jest najniższy w Niderlandach (13%), a najwyższy na Łotwie (86%)⁽¹⁸²⁾.

Leczenie uzależnienia od opiatów

Strategia antynarkotykowa UE na lata 2005–2012 przyznaje wysoki priorytet kwestii poprawy dostępności leczenia i wzywa państwa członkowskie do opracowania wielu skutecznych form leczenia. W przeszłości ważnym sposobem leczenia osób problemowo zażywających opiaty była terapia stacjonarna. Jednak rosnąca liczba różnorodnych opcji terapeutycznych, a w szczególności rozpowszechnienie leczenia zastępczego, powoduje względny spadek znaczenia lecznictwa zamkniętego.

Ilość danych dotyczących względnej dostępności różnych form leczenia problemów związanych z opiatami jest w Europie ograniczona. W ankiecie EMCDDA eksperci w większości (16) państw członkowskich wskazali leczenie zastępcze jako główny dostępny wariant leczenia. Jednak w czterech krajach (w Republice Czeskiej, na Węgrzech, w Polsce i Słowacji) odnotowano, że bardziej rozpowszechnione jest leczenie nefarmakologiczne, a w dwóch krajach — w Hiszpanii i Szwecji — zaobserwowano równy udział leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego.

Leczenie zastępcze uzależnienia od opiatów (zwykle jest to leczenie metadonem lub buprenorfiną) stosuje się we wszystkich państwach członkowskich UE⁽¹⁸³⁾, jak również w Bułgarii, Rumunii i Norwegii. Obecnie w Europie panuje powszechna zgoda, że jest to korzystna metoda leczenia osób problemowo zażywających opiaty, chociaż w niektórych krajach temat ten jest nadal drażliwy (patrz rozdział 2). W skali międzynarodowej rola leczenia zastępczego budzi coraz mniej kontrowersji. W 2004 r. ONZ przyjęła wspólne stanowisko w sprawie zachowawczego leczenia zastępczego (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), a w czerwcu 2006 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wpisała zarówno metadon, jak i buprenorfinę na listę leków podstawowych.

Obecnie istnieje solidna baza dowodowa świadcząca o wartości programów leczenia zastępczego z wykorzystaniem takich leków, jak metadon lub buprenorfina. Badania wykazały, że terapia zastępcza wiąże się ze spadkiem spożycia nielegalnych narkotyków, zmniejszeniem liczby osób zażywających narkotyki dożylnie, spadkiem zachowań związanych z wysokim ryzykiem rozprzestrzeniania się wirusa HIV lub innych

chorób zakaźnych (np. wspólne używanie sprzętu), a także przyczynia się do poprawy zarówno funkcjonowania jednostki w społeczeństwie, jak i ogólnego stanu zdrowia. Ponadto, jak wykazały badania, możliwe jest obniżenie poziomu działalności przestępczej, a zapewnienie leczenia zastępczego w wystarczającym zakresie może mieć wpływ na liczbę zgonów związanych z narkotykami. Osiągnięcie optymalnych wyników zależy od przystąpienia do programu w odpowiednim momencie, dostatecznie długiego okresu terapii oraz od kontynuacji leczenia zastępczego, jak również od odpowiednich dawek leków.

Podczas gdy leczenie z użyciem metadonu nadal stanowi w Europie najbardziej powszechnie zalecany sposób leczenia zastępczego, ciągle wzrasta liczba opcji terapeutycznych i buprenorfina jest obecnie dostępna w 19 krajach UE, w Norwegii i Bułgarii, chociaż nie ma pewności, czy we wszystkich krajach, gdzie odnotowano jej stosowanie, została oficjalnie zatwierdzona do użytku w leczeniu zachowawczym. Biorąc pod uwagę, że leczenie dużymi dawkami buprenorfiny wprowadzono w Europie zaledwie 10 lat temu, wzrost jego popularności jako jednej z opcji terapeutycznych nastąpił wyjątkowo szybko (patrz wykres 1)⁽¹⁸⁴⁾.

Długotrwałe leczenie zastępcze nie jest jedynym celem farmakoterapii uzależnienia od opiatów. Metadon i buprenorfinę stosuje się również w leczeniu głodu narkotycznego przy uzależnieniu od opiatów, gdy celem terapii jest udzielenie pacjentowi pomocy w osiągnięciu abstynencji przez podawanie w określonym okresie zmniejszających się dawek. Pomaga to zminimalizować dolegliwości wywołane głodem narkotycznym. Antagonistą opiatów jest naltrekson, środek farmakoterapeutyczny stosowany w uzależnieniu od opiatów. Czasami spełnia on także rolę pomocniczą w zapobieganiu nawrotom, ponieważ blokuje działanie heroiny. Nie zgromadzono jeszcze jednak przekonujących dowodów przemawiających za stosowaniem tego leku.

W niektórych krajach (w Niemczech, Hiszpanii, Niderlandach i Zjednoczonym Królestwie) wprowadzono również programy przepisywania heroiny, ale liczba pacjentów poddanych takiemu leczeniu jest bardzo niska w porównaniu z innymi formami leczenia zastępczego (prawdopodobnie poniżej 1% przypadków). Ta forma terapii nadal wzbudza kontrowersje i zazwyczaj stosowana jest na zasadzie eksperymentu naukowego wobec osób zażywających narkotyki przez bardzo długi czas, gdy inne metody leczenia okazały się nieskuteczne.

W niedawnym opracowaniu na temat skuteczności leczenia uzależnienia w zapobieganiu przenoszeniu wirusa HIV stwierdzono, że behawioralne działania interwencyjne mogą wzmocnić pozytywne skutki leczenia

⁽¹⁸²⁾ Patrz tabela TDI-17 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁸³⁾ Cypr zgłosił stosowanie metadonu w leczeniu odtruającym od 2004 r., kiedy rozpoczęto projekt pilotażowy leczenia zachowawczego metadonem, ale nie zgłoszono żadnych przypadków terapii. W Turcji metadon jest oficjalnie zarejestrowany do leczenia uzależnień od opiatów, ale nie zgłoszono żadnych przypadków terapii.

⁽¹⁸⁴⁾ Patrz wybrane zagadnienie dotyczące buprenorfiny w Sprawozdaniu rocznym za 2005 r.

zastępczego w profilaktyce wirusa HIV, podczas gdy skuteczność samej psychoterapii jest zmienna. Leczenie oparte na abstynencji dało dobre wyniki w zapobieganiu HIV u osób poddawanych leczeniu przez 3 miesiące lub dłużej (Farrell i in., 2005).

Monitorowanie dostaw metadonu

Zgodnie z wykazem I Konwencji o środkach odurzających z 1961 r. metadon jest lekiem podlegającym kontroli i INCB co roku monitoruje poziom jego spożycia na rynkach wewnętrznych.

Według EMCDDA minimalne szacunkowe dane z państw członkowskich UE, Norwegii, Bułgarii i Rumunii wskazują, że ponad 500 000 pacjentów poddano w ciągu roku leczeniu zastępczemu (patrz tabela 4 w Sprawozdaniu rocznym za 2004 r.). Z wyjątkiem Republiki Czeskiej i Francji, w których najbardziej rozpowszechnioną opcją jest leczenie dużymi dawkami buprenorfiny (HDBT), leczenie we wszystkich pozostałych krajach opiera się w ponad 90% na metadonie.

Na UE i Stany Zjednoczone przypada łącznie 85% światowego spożycia metadonu, przy czym jego konsumpcja w tych krajach wykazuje w ciągu ostatniej dekady stały wzrost. Ilości zużywane w obu regionach ustabilizowały się w latach 1997–2000, ale od tego czasu w Stanach Zjednoczonych nastąpił gwałtowny wzrost. Obecnie poziom spożycia metadonu w UE stanowi około połowy wartości odnotowanej w Stanach Zjednoczonych ⁽¹⁸⁵⁾.

Z reguły znaczny wzrost spożycia leku ma miejsce po wprowadzeniu terapii z jego zastosowaniem na poziomie krajowym. Na przykład we Francji w 1995 r. powszechne wprowadzenie leczenia zastępczego metadonem spowodowało szybki wzrost jego spożycia, z 31 kg w 1995 r. do 446 kg w 2004 r.

W ostatnim czasie oznaki ustabilizowania się poziomu spożycia metadonu pojawiają się w danych statystycznych dotyczących Danii, Hiszpanii, Malty, Niderlandów i prawdopodobnie Niemiec. Dane te są zgodne z tendencjami dotyczącymi liczby pacjentów poddawanych leczeniu (patrz rozdział 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Patrz wykres NSP-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.



Rozdział 7

Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

Choroby zakaźne związane z narkotykami

Jedną z poważniejszych konsekwencji zdrowotnych zażywania nielegalnych narkotyków, zwłaszcza dożylnie, jest przenoszenie wirusa HIV i innych chorób zakaźnych, szczególnie wirusowego zapalenia wątroby typu C i B. Związek pomiędzy dożylnym przyjmowaniem narkotyku i przenoszeniem zakażenia jest dobrze udokumentowany. Dlatego ograniczenie dożylnego przyjmowania narkotyków i dzielenia się sprzętem do iniekcji podstawowy cel działań interwencyjnych dla zdrowia publicznego w tej dziedzinie. Badania wskazują ponadto na zależność między zażywaniem narkotyków i wysoce ryzykownymi zachowaniami seksualnymi — rośnie zatem znaczenie łączenia antynarkotykowych działań interwencyjnych ze strategiami zdrowia publicznego dotyczącymi zdrowia seksualnego. Pod względem monitorowania na poziomie europejskim dane dotyczące chorób zakaźnych zbiera się poprzez system regularnych zgłoszeń, w których dożylnie zażywanie narkotyku może zostać odnotowane jako czynnik ryzyka, jak również poprzez specjalne badania grup zażywających narkotyki w różnych okolicznościach.

HIV i AIDS

Najnowsze tendencje w nowo odnotowanych przypadkach zakażeń wirusem HIV

Obecnie większość krajów zgłasza niskie wskaźniki nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia wirusem HIV przypisywanego dożylnemu zażywaniu narkotyków. Kraje, w których utrzymują się niskie wskaźniki liczby zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, dają możliwość zbadania czynników, które wpływają na taki stan rzeczy — do tego nawołuje bieżący antynarkotykowy plan działania UE i jest to zarazem główny punkt skoordynowanego badania EMCDDA. Nie należy jednak popadać w samozadowolenie. Ani Hiszpania, ani Włochy, które doświadczyły epidemii zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, nie dostarczają danych o zgłoszonych przypadkach zakażeń wirusem HIV, co zdecydowanie negatywnie wpływa na wartość danych służących do opisu sytuacji w całej UE. Ponadto dane pochodzące z niektórych krajów dają podstawy do obaw, że liczba przypadków

zakażeń wirusem HIV może wzrastać, przynajmniej wśród części osób zażywających narkotyki dożylnie.

We Francji, gdzie przypadki zakażenia HIV rejestruje się dopiero od 2003 r., odnotowano wzrost zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie (choć przy niskim poziomie wyjściowym), od szacowanej wartości 2,3 przypadku na milion mieszkańców w 2003 r. do 2,9 przypadku w 2004 r. Dane te wykazują ogólną zgodność z dostępnymi danymi uzyskanymi w badaniach (patrz poniżej), należy jednak pamiętać, że nowo wprowadzone systemy sprawozdawcze często bywają niestabilne. W Portugalii odnotowany wcześniej wyraźny spadek nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV wśród osób zażywających dożylnie narkotyki okazuje się wątpliwy w świetle danych za 2004 r., według których wskaźnik zakażeń HIV wynosi 98,5 przypadku na milion mieszkańców, co stanowi najwyższą wartość w UE⁽¹⁸⁶⁾. W Zjednoczonym Królestwie liczba zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających dożylnie narkotyki powoli wzrastała, ale obecnie ustabilizowała się na poziomie niewiele poniżej 2,5 przypadku na milion mieszkańców w ciągu roku. W Irlandii liczba zakażeń wzrosła pod koniec lat dziewięćdziesiątych, osiągając w 2000 r. maksymalny poziom 18,3 przypadku na milion mieszkańców w ciągu roku, po czym w 2001 r. spadła do 9,8 przypadku na milion mieszkańców, a następnie wzrosła do 17,8 przypadku na milion mieszkańców w 2004 r.

Epidemie HIV związane z dożylnym zażywaniem narkotyków miały niedawno miejsce w Estonii i na Łotwie — w 2001 r. oraz na Litwie — w 2002 r. Od tego czasu wskaźniki te znacznie spadły, a spadku wskaźnika nowo zgłaszanych przypadków należy oczekiwać po zakończeniu początkowego etapu epidemii, w momencie stabilizacji endemicznego poziomu zakażeń (patrz poniżej).

Dane seroepidemiologiczne dotyczące wirusa HIV wśród poddanych badaniom osób zażywających narkotyki dożylnie

Dane seroepidemiologiczne dotyczące osób przyjmujących narkotyki dożylnie (odsetek zakażonych ustalony na podstawie próbek pobranych od osób wstrzykujących narkotyki) to ważne uzupełnienie danych o przypadkach zakażenia HIV. Regularne badania seroepidemiologiczne i rutynowe monitorowanie danych z testów diagnostycznych

⁽¹⁸⁶⁾ Patrz wykresy INF-2 (część i) i INF-2 (część ii) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

mogą potwierdzić wnioski wyciągnięte z danych o przypadkach zakażenia oraz zapewnić bardziej szczegółowe informacje dotyczące konkretnych regionów i obiektów. Jednakże dane o rozpowszechnieniu zakażeń pochodzą z różnych źródeł i czasami mogą być trudne do porównania, zatem należy je interpretować ostrożnie.

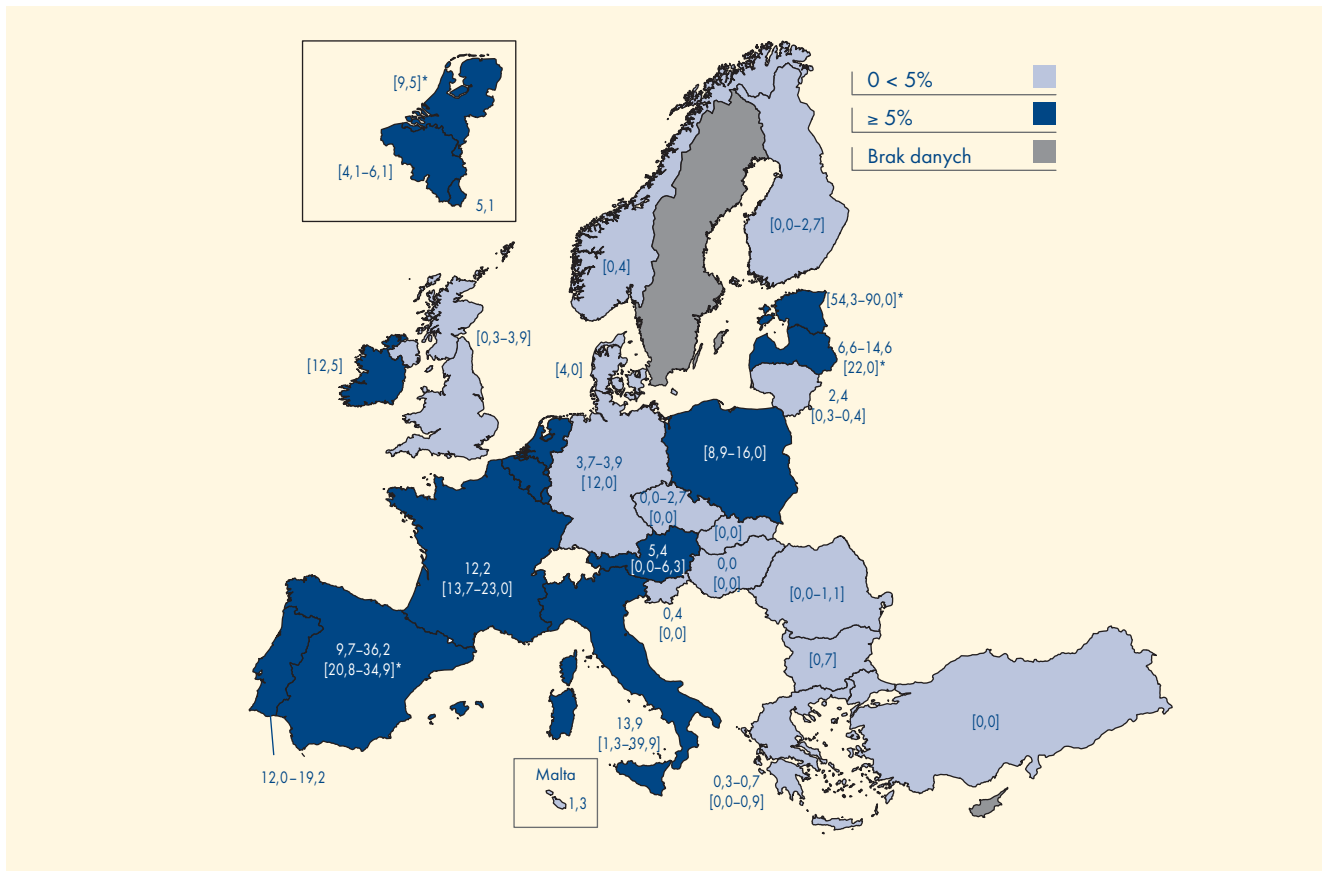
Potwierdzeniem odnotowanego ostatnio w niektórych krajach wzrostu liczby zakażeń HIV, o którym świadczą dane ze zgłoszonych przypadków, są przede wszystkim dostępne dane seroepidemiologiczne, chociaż mogą one wskazywać potrzebę zachowania wzmożonej czujności także w innych krajach.

W krajach bałtyckich dostępne dane seroepidemiologiczne wskazują, że wśród osób zażywających narkotyki dożylnie zakażenia nadal nie zostały opanowane (wykres 10). W Estonii niedawne badania wykazały, że wskaźnik zakażeń wśród osób dożylnie zażywających narkotyki wzrasta w jednym z regionów (Tallin: z 41% spośród 964 próbek w 2001 r. do 54% spośród 350 próbek w 2005 r.), a szczególnie wysokie było w innym regionie (Kohtla-Järve:

90 na 100 próbek). Na Łotwie dwie serie czasowe danych seroepidemiologicznych dotyczących osób zażywających narkotyki dożylnie wykazują stały wzrost zakażeń do 2002–2003, podczas gdy trzecia seria wykazuje spadek po osiągnięciu maksymalnej wartości w 2001 r. Na Litwie dane za 2003 r. wskazują wzrost zakażeń HIV wśród badanych osób przyjmujących narkotyki dożylnie, przechodzących terapię, uczestniczących w programach wymiany igieł i hospitalizowanych, z wartości 1,0–1,7% w latach 1997–2002 do 2,4% (27 na 1 112 przypadków) w 2003 r.

W krajach, w których wcześniej występował wysoki wskaźnik zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie (w Hiszpanii, we Francji, Włoszech, w Polsce i Portugalii), pojawiły się nowe oznaki dalszego przenoszenia wirusa na poziomie krajowym, w określonych regionach lub w określonych grupach osób zażywających narkotyki dożylnie⁽¹⁸⁷⁾. W tych krajach należy zwrócić uwagę na fakt, że wysoki wskaźnik zakażeń wynikający z epidemii na wielką skalę, które panowały w latach

Wykres 10: Rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV w badanej grupie osób przyjmujących narkotyki dożylnie, 2003–2004



Uwagi: Liczby (w nawiasach) oznaczają dane lokalne. Kolorem oznaczono wartości średnie danych krajowych lub lokalnych w przypadku, gdy dane krajowe były niedostępne. Dane dotyczące Włoch i Portugalii obejmują osoby zażywające narkotyki inaczej niż dożylnie i prawdopodobnie zaniżają wskaźnik występowania zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. * Dane obejmują częściowo lub w całości okres sprzed 2003 r. (Hiszpania 2002–2003, Francja 2002–2003, Łotwa 2002–2003, Niemcy 2002 r.) lub pochodzą z 2005 r. (Estonia). Źródła: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox. Główne źródła danych, szczegóły badań i dane sprzed 2003 r. lub po 2004 r. podano w tabeli INF-8 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁸⁷⁾ Patrz wykres INF-5 (część ii) i (część vi) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia w przypadku zachowań wysokiego ryzyka.

W Hiszpanii i we Włoszech dane o odnotowanych przypadkach zakażenia nie są dostępne. Dane z rutynowych testów diagnostycznych są trudne do zinterpretowania, gdyż ich wyniki mogą zależeć od różnych kryteriów doboru, a mimo to stanowią w tych krajach powód do niepokoju. W Hiszpanii wskaźnik zakażeń HIV wśród młodych osób zażywających narkotyki dożylnie (poniżej 25 lat), poddanych testom podczas terapii, utrzymywał się na stałym poziomie ponad 12% do 2002 r., a wśród nowych osób zażywających narkotyki dożylnie (określonych jako osoby wstrzykujące narkotyk krócej niż dwa lata) wzrósł z 15% do 21% w latach 2000–2001, co wskazuje na wysoką zachorowalność do 2002 r. We Włoszech tendencje wśród osób zażywających narkotyki dożylnie wykazują duże różnice zależnie od regionu, a w niektórych regionach w ostatnim okresie nastąpił wyraźny wzrost liczby zakażeń (Bolzano, Liguria, Molise, Toskania i Umbria).

W Polsce według badań lokalnych wirus HIV rozprzestrzeniał się do niedawna, co wynika z wysokich wskaźników zakażeń wśród młodych osób zażywających narkotyki dożylnie (15% w 2002 r. w jednym z regionów, 4–11% w 2004 r. w dwóch innych regionach). W badaniu przeprowadzonym w 2002 r. zgłoszono cztery przypadki (9%) zakażeń HIV w próbie 45 nowych osób zażywających narkotyki dożylnie. Jednak w badaniu przeprowadzonym w 2004 r. na próbie 20 nowych osób nie wykryto żadnego przypadku.

W krajach, które nigdy nie doświadczyły dużej epidemii HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, ostatnie dane dotyczące wskaźnika zakażeń wskazują na konieczność zachowania czujności. Dotyczy to prawdopodobnie Luksemburga, Austrii i Zjednoczonego Królestwa, chociaż wzrost jest ograniczony i nie potwierdzają go dane o zgłoszonych przypadkach.

Kraje o niskim wskaźniku zakażeń wirusem HIV

Wskaźnik zakażeń wirusem HIV wśród poddanych badaniom osób zażywających narkotyki dożylnie nadal wykazuje znaczne zróżnicowanie w poszczególnych krajach UE (wykres 10). W niektórych krajach wskaźnik zakażeń HIV u osób zażywających narkotyki dożylnie ostatnio wzrósł lub utrzymuje się od wielu lat na wysokim poziomie. Natomiast w kilku innych krajach w latach 2003–2004 wskaźnik ten utrzymywał się na bardzo niskim poziomie. Wskaźnik zakażeń wirusem HIV wynosił około 1% (i mniej) w Republice Czeskiej, Grecji, na Węgrzech, Malcie, w Słowenii (na podstawie próbek pobranych na poziomie krajowym) oraz w Słowacji, Norwegii, Bułgarii, Rumunii i Turcji (na podstawie próbek pobranych na poziomie regionalnym). W niektórych spośród tych krajów (np. na Węgrzech) zarówno wskaźnik zakażeń wirusem HIV, jak i wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV) należą do najniższych w Europie, co

wskazuje na niski udział dożylnego zażywania narkotyków (patrz „Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C”, str. 78). W niektórych krajach jednak (np. w Rumunii) istnieją dowody na wzrost zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

Różnice w rozpowszechnieniu zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w zależności od płci

Dostępne dane seroepidemiologiczne za okres 2003–2004 ujawniają różnice między badanymi mężczyznami a kobietami zażywającymi narkotyki dożylnie⁽¹⁸⁸⁾. Połączone dane z Belgii, Estonii (2005 r.), Hiszpanii (2002 r.), Francji, Włoch, Luksemburga, Austrii, Polski i Portugalii składają się na próbkę złożoną z 124 337 mężczyzn i 20 640 kobiet, w większości badanych w ośrodkach terapii uzależnień lub innych placówkach pomocy dla narkomanów. Ogólny wskaźnik zakażeń wynosi 13,6% wśród mężczyzn i 21,5% wśród kobiet. Występują wyraźne różnice między krajami, a wskaźnik zakażeń wśród kobiet w porównaniu z analogicznym wskaźnikiem wśród mężczyzn jest najwyższy w Hiszpanii, Estonii, we Włoszech, w Luksemburgu i Portugalii, podczas gdy w Belgii tendencja jest przeciwna i wskaźnik zakażeń jest wyższy wśród mężczyzn.

Częstotliwość zachorowań na AIDS i dostępność wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (HAART)

Ponieważ wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa (HAART), dostępna od 1996 r., skutecznie powstrzymuje zachorowania na AIDS u osób zakażonych wirusem HIV, dane dotyczące zachorowalności na AIDS stały się mniej przydatne jako wskaźnik przenoszenia wirusa HIV. Nadal jednak dają one obraz ogólnego obciążenia chorobą objawową, a ponadto stanowią ważny wskaźnik wprowadzenia i zakresu terapii HAART wśród osób zażywających narkotyki dożylnie.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że w 2003 r. zakres terapii HAART wśród wymagających leczenia pacjentów był w krajach Europy Zachodniej wysoki (ponad 70%), natomiast bardziej ograniczony był w Europie Wschodniej, w tym w Estonii, na Litwie i Łotwie⁽¹⁸⁹⁾. Nowsze dane dotyczące zakresu stosowania terapii HAART wskazują na znaczną poprawę sytuacji. Obecnie we wszystkich państwach UE i w krajach kandydujących zakres ten wynosi przynajmniej 75%. Szczegółowe dane dotyczące dostępności terapii HAART wśród osób zażywających narkotyki dożylnie nie są dostępne, jednak dopiero okaże się, czy zwiększenie zakresu terapii spowoduje w Estonii i na Łotwie spadek zachorowalności na AIDS wśród osób wstrzykujących narkotyki.

We wszystkich czterech krajach Europy Zachodniej najbardziej dotkniętych przez AIDS, tj. w Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii, liczba zachorowań spadła — w przypadku trzech pierwszych krajów od 1996 r., ale w Portugalii dopiero od 1999 r. Portugalia

⁽¹⁸⁸⁾ Patrz wykres INF-3 (część v) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁸⁹⁾ Patrz wykres INF-14 (część iii) i (część iv) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

nadal jest krajem o najwyższym wskaźniku zachorowań na AIDS związanych z dożywlnym zażywaniem narkotyków, wynoszącym w 2004 r. 31 przypadków na milion mieszkańców. Jednak podobny wskaźnik zachorowań, wynoszący 30 przypadków na milion, występuje na totwie.

Dane EuroHIV do 2004 r. (skorygowane ze względu na opóźnienie w zgłoszeniu) wskazują, że wskaźnik zachorowań na AIDS związanych z dożywlnym zażywaniem narkotyków wzrasta zarówno w Estonii, jak i na totwie ⁽¹⁹⁰⁾.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Występowanie przeciwciał wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV) u osób zażywających narkotyki dożylnie jest zazwyczaj bardzo wysokie, choć na poziomie krajowym i międzynarodowym występują znaczne różnice. Wskaźniki występowania przekraczające 60% odnotowano w różnych próbkach pobranych od osób zażywających narkotyki dożylnie i zbadanych w latach 2003–2004 w Belgii, Danii, Niemczech, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, we Włoszech, w Polsce, Portugalii, Zjednoczonym Królestwie, Norwegii i Rumunii, podczas gdy wskaźniki te nie przekraczały 40% w próbkach pochodzących z Belgii, Czech, Grecji, Cypru, Węgier, Malty, Austrii, ze Słowenii, z Finlandii i ze Zjednoczonego Królestwa ⁽¹⁹¹⁾.

Dane dotyczące występowania przeciwciał HCV wśród młodych osób zażywających narkotyki dożylnie (poniżej 25 lat) są dostępne w 14 krajach, chociaż w niektórych przypadkach liczba próbek była niewielka. Zróznicowanie wyników jest znaczne, przy czym te same kraje, w zależności od próbki, odnotowują zarówno wysoki, jak i niski ich poziom. W latach 2003–2004 najwyższe wskaźniki występowania (ponad 40%) wśród młodych osób zażywających narkotyki dożylnie stwierdzono w próbkach pochodzących z Belgii, Grecji, Austrii, Polski, Portugalii, ze Słowacji i Zjednoczonego Królestwa, a najniższe (poniżej 20%) w próbkach z Belgii, Grecji, Cypru, Węgier, Malty, Austrii, ze Słowenii, z Finlandii, ze Zjednoczonego Królestwa i z Turcji. Biorąc pod uwagę jedynie ogólnokrajowe badania młodych osób zażywających narkotyki dożylnie, najwyższe wskaźniki występowania (powyżej 60%) odnotowano w Portugalii, a najniższe (poniżej 40%) na Cyprze, Węgrzech, Malcie, w Austrii i Słowenii. Chociaż stosowane procedury pobierania próbek mogą dawać nieobiektywne wyniki, dotyczące głównie grupy przewlekłe chorych, wysoki wskaźnik występowania przeciwciał HCV w próbce krajowej z Portugalii (67% ze 108 osób w wieku poniżej 25 lat, zażywających narkotyki dożylnie) nadal stanowi powód do niepokoju i może świadczyć o utrzymujących się wśród młodych osób wstrzykujących narkotyki zachowaniach

wysokiego ryzyka (patrz też „Najnowsze tendencje w nawo odnotowanych przypadkach zakażeń wirusem HIV”, str. 75).

Dane dotyczące występowania przeciwciał HCV wśród osób od niedawna wstrzykujących narkotyki (krócej niż dwa lata) są nieliczne i oparte na niewielu próbkach, ale mogą stanowić lepszy wskaźnik zastępczy dla najnowszych przypadków zachorowań niż dane dotyczące młodych osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Informacje dostępne za okres 2003–2004 wskazują, że najwyższe wskaźniki występowania wśród osób od niedawna wstrzykujących narkotyki (powyżej 40%) odnotowano w próbkach pochodzących z Grecji, Polski, ze Zjednoczonego Królestwa i z Turcji, a najniższe (poniżej 20%) w próbkach z Belgii, Republiki Czeskiej, Grecji, Cypru i ze Słowenii. Niskie wskaźniki występowania stwierdzono w małych, ale pobranych w skali krajowej próbkach obejmujących osoby od niedawna wstrzykujące narkotyki, pochodzące z Cypru (tylko u dwóch spośród 23 badanych osób wykryto przeciwciała HCV, wskaźnik wynosił więc 9%) i ze Słowenii (u dwóch z 32 badanych osób wynik był pozytywny — wskaźnik 6%).

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Występowanie znaczników wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) także różni się bardzo w obrębie krajów i między krajami. Najbardziej kompletne dane dotyczą przeciwciał anty-HBc, co świadczy o długiej historii zakażeń. W latach 2003–2004 wskaźniki występowania przekraczające 60% wśród osób zażywających narkotyki dożylnie odnotowano we Włoszech i w Polsce, natomiast próbki o wskaźniku występowania poniżej 20% pochodziły z Belgii, Irlandii, Cypru, Austrii, Portugalii, ze Słowenii, Słowacji i Zjednoczonego Królestwa. Dane o zgłoszeniach przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B za okres 1992–2004 wskazują na bardzo różny obraz sytuacji w krajach, gdzie są dostępne ⁽¹⁹²⁾. W regionie skandynawskim ogromna większość zgłoszonych przypadków ostrego wirusowego zapalenia wątroby typu B dotyczy osób zażywających narkotyki dożylnie, a w kilku krajach wybuchy epidemii tej choroby występowały jednocześnie z nasileniem dożywlnego zażywania narkotyków. Na przykład według danych z Norwegii w latach 1992–1998 nastąpił znaczny wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B wśród osób zażywających narkotyki dożylnie; po tym okresie odnotowano ich spadek. W Finlandii w ostatnich latach liczba zgłoszeń wirusowego zapalenia wątroby typu B wśród osób wstrzykujących narkotyki znacznie spadła, prawdopodobnie w wyniku wprowadzenia programów szczepień i kompleksowego systemu wymiany igieł i strzykawek.

⁽¹⁹⁰⁾ Patrz wykres INF-1 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁹¹⁾ Patrz wykres INF-6 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁹²⁾ Patrz wykres INF-12 (część i) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Profilaktyka chorób zakaźnych

Skuteczne działania

Wiele działań interwencyjnych w zakresie zdrowia publicznego okazało się skutecznymi w obniżaniu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osób zażywających narkotyki i panuje coraz większe przekonanie, że najlepsze efekty może dać wszechstronne podejście do świadczenia pomocy w tej dziedzinie. Dotychczas debata skupiała się w dużej mierze na zapobieganiu zakażeniom wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, ale coraz częściej uznaje się potrzebę podjęcia skutecznych działań w celu powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusowego zapalenia wątroby, a także konieczność zapobiegania chorobom zakaźnym wśród osób zażywających narkotyki inaczej niż dożylnie.

Należy zauważyć, że dowodów skuteczności działania jest najwięcej w przypadku zapobiegania zakażeniom wirusem HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki. Dostępny solidny materiał dowodowy wskazuje, że podjęte działania interwencyjne można uznać za skuteczne i że dostęp do różnych form leczenia zapewni ochronę (Farrell i in., 2005; WHO, 2005). Od połowy lat dziewięćdziesiątych podejmowane w Europie działania polegały na zwiększeniu możliwości terapii uzależnień od narkotyków (patrz rozdział 2) i ogólnie wydaje się, że jest to jeden z elementów, który przyczynił się do stosunkowo pozytywnego obrazu obecnej sytuacji w Europie w zakresie epidemicznego występowania zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie.

Leczenie stanowi tylko jeden z elementów wszechstronnego podejścia do profilaktyki zakażeń wirusem HIV. Pozostałe elementy to różnorodne techniki informacyjne, edukacyjne i komunikacyjne, dobrowolne poradnictwo i testy w zakresie chorób zakaźnych, szczepienia i dystrybucja sterylnego sprzętu do iniekcji oraz inne działania profilaktyczne. Powyższe środki oraz zapewnienie świadczeń medycznych przez jednostki niskoprogowe, czasem nawet na poziomie ulicy, mogą być pomocne w nawiązaniu lub poprawie komunikacji z osobami aktywnie zażywającymi narkotyki i ich partnerami seksualnymi oraz w uświadamianiu im ryzyka związanego z zażywaniem narkotyków i w zapobieganiu szkodom zdrowotnym.

Powszechne stosowanie wszechstronnego podejścia nie oznacza jednakowego rozwoju wszystkich elementów ani wspierania ich na poziomie krajowym. Jednak zaczyna się kształtować wspólne stanowisko w tej sprawie. W badaniach przeprowadzonych wśród krajowych punktów kontaktowych trzech spośród czterech respondentów uznało program dystrybucji igieł i strzykawek w połączeniu z poradnictwem za priorytetowy cel polityki krajowej dotyczącej rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osób wstrzykujących narkotyki (wykres 1.1). Sytuacja, w której tak

wiele krajów uznaje obecnie dostarczanie czystego sprzętu do iniekcji za element strategii zapobiegania zakażeniom HIV, świadczy o tym, że ta forma pomocy weszła w Europie w zakres głównego nurtu działań i w większości krajów nie uważa się jej już za kontrowersyjną. Nie oznacza to, że powszechnie uznaje się korzyści płynące z tego rodzaju świadczeń. Na przykład Grecja i Szwecja nie uznały takich działań za priorytet polityczny, chociaż ogólny obraz działań interwencyjnych w tej dziedzinie w UE jest dość jednolity⁽¹⁹³⁾ — we wszystkich krajach z wyjątkiem Cypru wprowadzono programy wymiany lub dystrybucji sterylnych igieł i strzykawek⁽¹⁹⁴⁾.

Programy dystrybucji igieł i strzykawek w krajach europejskich

Chociaż większość krajów europejskich prowadzi obecnie dystrybucję sterylnego sprzętu do iniekcji, charakter i zakres tego świadczenia jest różny w poszczególnych krajach. Najczęściej spotykany model polega na świadczeniu tego typu usług w stałym miejscu, zwykle w specjalistycznej placówce pomocy dla narkomanów. Uzupełnieniem takich świadczeń jest często pomoc w terenie, która próbuje dotrzeć do osób zażywających narkotyki w środowiskach lokalnych. Wymiana strzykawek lub zainstalowanie automatów do sprzedaży stanowią uzupełnienie dostępnych programów wymiany igieł i strzykawek w ośmiu krajach⁽¹⁹⁵⁾. Chociaż zasięg tych działań jest ograniczony, to w Niemczech i we Francji odnotowano ich natężenie (odpowiednio około 200 i 250 automatów). Hiszpania jest jedynym krajem UE, w którym zapewnia się regularną wymianę igieł i strzykawek w więzieniach. W 2003 r. usługa ta była dostępna w 27 zakładach karnych. Jedynym innym krajem UE, w którym odnotowano tego rodzaju działania, są Niemcy, ale dotyczy to tylko jednego więzienia.

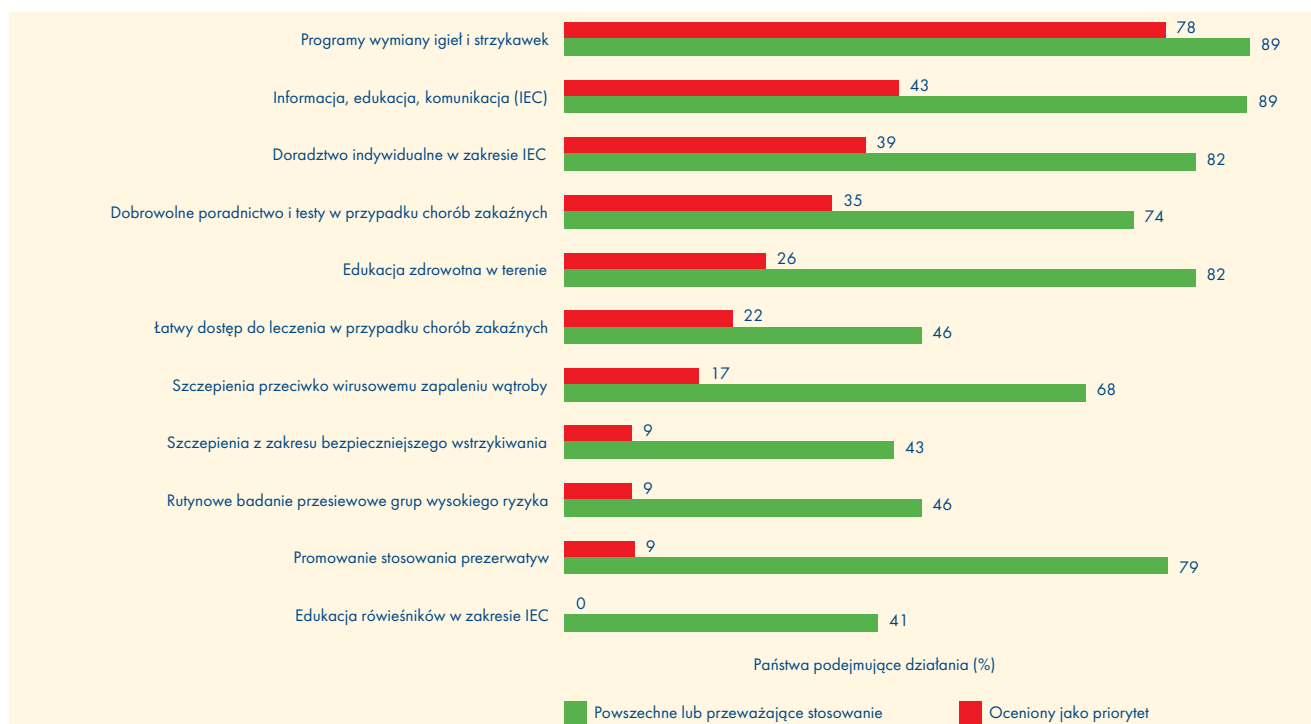
W rozszerzeniu geograficznego zasięgu tego świadczenia pomocne są także programy wymiany wykorzystujące apteki, a sprzedaż czystych strzykawek w aptekach podnosi ich dostępność. Sprzedaż strzykawek bez recepty jest dozwolona we wszystkich krajach UE z wyjątkiem Szwecji, chociaż część aptekarzy jest temu przeciwna, a niektórzy z nich nawet aktywnie zniechęcają osoby zażywające narkotyki do odwiedzania ich placówek. Formalny i zorganizowany system wymiany lub dystrybucji strzykawek w aptekach istnieje w dziewięciu krajach europejskich (w Belgii, Danii, Niemczech, Hiszpanii, we Francji, w Niderlandach, Portugalii, Słowenii i Zjednoczonym Królestwie), chociaż poziom uczestnictwa w programie jest bardzo zróżnicowany, od prawie połowy aptek (45%) w Portugalii do mniej niż 1% w Belgii. W Irlandii Północnej wymiana igieł i strzykawek odbywa się obecnie wyłącznie za pośrednictwem aptek.

Dla części osób zażywających narkotyki dożylnie zakup strzykawek w aptece może stanowić podstawowe źródło kontaktu ze służbą zdrowia, który można niewątpliwie

⁽¹⁹³⁾ Patrz wykres NSP-3 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁹⁴⁾ Krótkie zestawienie dowodów na skuteczność programów wymiany igieł i strzykawek zamieszczono w Sprawozdaniu rocznym za 2005 r. (str. 68).

⁽¹⁹⁵⁾ Patrz tabela NSP-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Wykres 11: Pierwszeństwo i rozszerzenie wybranych środków zapobiegających chorobom zakaźnym u osób zażywających narkotyki zgodnie z opinią eksperta krajowego: streszczenie dla państw podejmujących działania

Uwagi: Oceny priorytetów z 23 państw członkowskich UE oraz Bułgarii i Norwegii. Państwa, które nie dostarczyły wskaźników, to Irlandia, Cypr, Litwa i Niemcy. Wskaźniki dotyczące zakresu stosowania wpłynęły od ekspertów z wszystkich 25 państw UE plus z Bułgarii i Norwegii. Francuskie i flamandzkie społeczności w Belgii dostarczyły oddzielne wskaźniki dostarczając łączną liczbę odpowiedzi wynoszącą 28.

Źródła: Badanie specjalistyczne przeprowadzone przez krajowe punkty kontaktowe, SQ 23 (2004) pytanie 5.

wykorzystać do zapewnienia innych usług pomocy. Działania w celu motywowania i wspierania aptekarzy w rozwijaniu usług dla osób zażywających narkotyki mogą stać się ważnym elementem rozszerzania roli aptek, ale wydaje się, że dotychczas jedynie Francja, Portugalia i Zjednoczone Królestwo rozpoczęły w tym celu większe inwestycje.

Śmiertelność i zgony związane z narkotykami

Śmiertelność wśród osób problemowo zażywających narkotyki

W Europie większość informacji na temat śmiertelności wśród osób problemowo zażywających narkotyki odnosi się do osób zażywających opiaty. Dane dotyczące śmiertelności związanej z innymi formami zażywania narkotyków są mniej znane, ale problem ten stanowi jedną z ważnych kwestii zdrowia publicznego.

We wspólnym badaniu, które rozpoczęto w ramach projektu EMCDDA, analizowano śmiertelność wśród osób zażywających opiaty poddanych leczeniu w ośmiu miejscach w Europie ⁽¹⁹⁶⁾. Badanie to wykazało bardzo wysoką śmiertelność wśród osób zażywających opiaty

w porównaniu do ich rówieśników: 6–20 razy wyższą wśród mężczyzn i 10–50 razy wyższą wśród kobiet. Oszacowano, że w sześciu miastach (w Amsterdamie, Barcelonie, Dublinie, Londynie, Rzymie i Wiedniu) 10–23% wszystkich przypadków zgonów wśród osób dorosłych w wieku 15–49 lat można przypisać zażywaniu opiatów, przede wszystkim przedawkowaniu, AIDS i przyczynom zewnętrznym (wypadkom, samobójstwom). Przyczyną w przybliżeniu jednej trzeciej zgonów związanych z narkotykami było przedawkowanie, chociaż jego odsetek był wyższy w miastach o niskim rozpowszechnieniu zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie. Prawdopodobnie wzrośnie on z chwilą szerszego udostępnienia wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (HAART).

W badaniu kohortowym nad śmiertelnością, przeprowadzonym w Republice Czeskiej, stwierdzono, że śmiertelność wśród osób zażywających stymulanty była 4–6 razy wyższa (znormalizowany wskaźnik śmiertelności — SMR) niż dla ogółu ludności, podczas gdy w grupie zażywających opiaty 9–12 razy wyższa. W badaniu kohortowym przeprowadzonym we Francji, które objęło osoby aresztowane za zażywanie heroiny, kokainy lub cracku, stwierdzono, że wśród mężczyzn śmiertelność była

⁽¹⁹⁶⁾ Amsterdam, Barcelona, Dublin, Dania, Lizbona, Londyn, Rzym i Wiedeń. Dane szacunkowe dotyczące śmiertelności w populacji nie obejmowały Lizbony i Danii. Patrz EMCDDA (2002b).

Dostęp do strzykawek w Europie: czy jest wystarczający?

Chociaż prawie wszystkie państwa członkowskie zgłosiły pewną dostępność programów wymiany igieł i strzykawek, wpływ tego typu działań interwencyjnych zależy od tego, czy dostarczane ilości są wystarczające do zaspokojenia potrzeb osób zażywających narkotyki dożylnie.

Najnowszymi oszacowaniami liczby osób przyjmujących narkotyki dożylnie oraz liczby strzykawek rozprowadzanych w ramach tych programów dysponuje dziewięć krajów europejskich. Na podstawie tych informacji można wstępnie oszacować liczbę strzykawek przypadającą w ciągu roku na osobę zażywającą narkotyki dożylnie⁽¹⁾. Jak wynika z najnowszych dostępnych danych, programy wymiany igieł i strzykawek znacznie się różnią pod względem zakresu. Szacunkowa liczba rozprowadzonych strzykawek przypadająca rocznie na jedną osobę przyjmującą dożylnie narkotyki wynosi 2–3 w Grecji, 60–90 w Republice Czeskiej, na lotwie, w Austrii i Portugalii, około 110 w Finlandii, 210 na Malcie i ponad 250 w Luksemburgu i Norwegii. Ponadto strzykawki są również dostępne w aptekach, a dane uzyskane z Republiki Czeskiej i Finlandii pozwalają oszacować łączną dostępność strzykawek. Zestawienie danych pochodzących z dystrybucji i sprzedaży pozwala stwierdzić, że osoba zażywająca dożylnie narkotyki otrzymuje rocznie średnio 125 strzykawek w Republice Czeskiej i 140 w Finlandii.

Znanych jest wiele czynników wpływających na częstotliwość dokonywania iniekcji przez osoby zażywające narkotyki, są to m.in. schematy zażywania, stopień uzależnienia i rodzaj zażywanego narkotyku. Najnowsze badanie zależności między rozpowszechnieniem wirusa HIV i zasięgiem dystrybucji strzykawek wskazuje, że czynniki behawioralne, np. częstotliwość wstrzykiwania i ponowne wykorzystywanie strzykawek, silnie wpływają na zakres dystrybucji strzykawek wymagany do osiągnięcia znacznego spadku rozpowszechnienia wirusa HIV (Vickerman i in., 2006).

Pomiar zasięgu dystrybucji strzykawek jest bardzo ważny dla określenia prawdopodobnego wpływu dystrybucji strzykawek na zapobieganie chorobom i dla oceny niezaspokojonych potrzeb. Jednak przy interpretacji tych danych należy wziąć pod uwagę dostępność strzykawek sprzedawanych w aptekach (ceny, gęstość sieci aptek), a także schematy zachowań osób przyjmujących narkotyki dożylnie oraz czynniki środowiskowe. Zagadnienie to omówiono dokładniej w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽¹⁾ Patrz uwagi techniczne w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

pięć razy wyższa, a wśród kobiet 9,5 raza wyższa niż dla ogółu ludności, ale wykazywała tendencję zniżkową.

W starszych grupach wiekowych osób zażywających opiaty, oprócz zgonów spowodowanych przez czynniki zewnętrzne (z wyjątkiem przedawkowania), takie jak samobójstwa i przemoc, wskaźnik śmiertelności podnoszą zgony spowodowane schorzeniami przewlekłymi (marskością wątroby, nowotworami, chorobami układu oddechowego, zapaleniem wsierdza, AIDS) (holenderskie sprawozdanie krajowe z 2004 i 2005 r., przekazane przez miejską służbę zdrowia w Amsterdamie). Ponadto znaczny wpływ na wysoką śmiertelność w grupie osób zażywających narkotyki mogą mieć warunki bytowe (np. bezdomność, choroby psychiczne, przemoc, niedożywienie).

Ponadto w 2002 r. AIDS wiążący się z dożywim zażywaniem narkotyków był przyczyną 1528 zgonów⁽¹⁹⁷⁾, chociaż liczba ta jest prawdopodobnie zaniżona. Trudniej jest oszacować liczbę związanych z narkotykami zgonów spowodowanych innymi czynnikami, takimi jak choroby (np. wirusowe zapalenie wątroby), przemoc i wypadki, ale prawdopodobnie są to przyczyny wielu zgonów. Oszacowano, że w miastach europejskich 10–20% zgonów wśród młodych osób dorosłych można przypisać zażywaniu opiatów (patrz poniżej). Do tego należy dodać przypadki śmiertelne związane z innymi formami zażywania narkotyków, chociaż bardzo trudno jest oszacować ich liczbę.

Zgony związane z narkotykami

Zgony związane z narkotykami to pojęcie złożone. W niektórych sprawozdaniach odnosi się ono jedynie do zgonów, których bezpośrednią przyczyną było działanie substancji psychoaktywnych, natomiast w innych przypadkach obejmuje ono również zgony, w których zażywanie narkotyków odgrywało pośrednią lub przypadkową rolę (wypadki drogowe, przemoc, choroby zakaźne). Na podstawie niedawnej analizy rodzajów szkód spowodowanych zażywaniem nielegalnych narkotyków w Zjednoczonym Królestwie oszacowano, że zgony związane z narkotykami stanowią główną szkodę wynikającą z ich zażywania (MacDonald i in., 2005).

W niniejszym rozdziale i w protokole EMCDDA termin „zgony związane z narkotykami” odnosi się do zgonów bezpośrednio spowodowanych zażyciem jednego lub większej liczby narkotyków i zazwyczaj następujących niedługo po zażyciu jednej lub kilku substancji. Inne terminy stosowane do opisu tego typu zgonów obejmują „przedawkowanie”, „zatrucie”, „zgony spowodowane przez narkotyki” lub „nagłe zgony związane z narkotykami”⁽¹⁹⁸⁾.

⁽¹⁹⁷⁾ Patrz EuroHIV (2005). Dane dotyczą zachodniego i środkowego obszaru działania Światowej Organizacji Zdrowia w Europie, który obejmuje kilka krajów spoza UE, oraz łącznej liczby zgonów dla Estonii, Łotwy i Litwy (obszar wschodni).

⁽¹⁹⁸⁾ Jest to uzgodniona wspólna definicja podana przez grupę krajowych ekspertów EMCDDA. Obecnie większość krajowych definicji przypadku jest taka sama jak definicja przyjęta przez EMCDDA lub bardzo podobna, chociaż niektóre kraje nadal włączają do niej przypadki związane z lekami psychoaktywnymi lub zgony z przyczyn innych niż przedawkowanie, zwykle w ograniczonym zakresie (patrz Biuletyn statystyczny za 2006 r., nota metodologiczna „Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues”. Section 1: EMCDDA definition oraz Section 2: National definitions i „DRD Standard Protocol, version 3.0”).

W latach 1990–2003 w krajach UE co roku odnotowywano od 6500 do ponad 9000 przypadków zgonów, a więc łącznie ponad 113 000 zgonów w tym okresie. Z uwagi na prawdopodobieństwo zaniżania danych pochodzących z wielu krajów liczby te należy traktować jako oszacowane wartości minimalne ⁽¹⁹⁹⁾.

W poszczególnych krajach wskaźniki śmiertelności w grupie zgonów związanych z narkotykami są bardzo zróżnicowane i wahają się od 0,2 do ponad 50 przypadków śmiertelnych na milion mieszkańców (średnia wartość wynosi 13). W większości krajów wskaźnik ten waha się w granicach 7–30 zgonów na milion mieszkańców, przy czym powyżej 25 zgonów odnotowano w Danii, Estonii, Luksemburgu, Finlandii, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii. W grupie mężczyzn w wieku 15–39 lat wskaźniki śmiertelności są z reguły trzy razy wyższe (średnio wynoszą 40 zgonów na milion), przy czym w siedmiu krajach przekraczają 80 zgonów na milion. W latach 2003–2004 wśród Europejczyków w wieku 15–39 lat zgony związane z narkotykami stanowiły 3% wszystkich zgonów, a ponad 7% w Danii, Grecji, Luksemburgu, na Malcie, w Austrii, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii. Liczby te należy traktować jako oszacowanie minimalne, uwzględniając przy tym, że pomimo poprawy sytuacji nadal występują znaczne różnice w jakości sprawozdań opracowanych w poszczególnych krajach i we wszelkich bezpośrednich porównaniach należy zachowywać ostrożność ⁽²⁰⁰⁾.

Zgony związane z opiatami

Opiaty występują w większości odnotowywanych w UE przypadków „nagłych zgonów związanych z narkotykami” spowodowanych przez substancje nielegalne, choć w wielu przypadkach podczas badania toksykologicznego wykrywane są także inne substancje, a zwłaszcza alkohol, benzodiazepiny i, w niektórych państwach, kokaina. W Europie większość przypadków zgonów związanych z opiatami dotyczy heroiny, ale pewną rolę odgrywają również inne opiaty (patrz poniżej) ⁽²⁰¹⁾.

W Europie przedawkowanie opiatów to jeden z głównych powodów zgonów wśród osób młodych, szczególnie w grupie mężczyzn zamieszkałych na obszarach miejskich. Obecnie w całej UE główną przyczyną zgonu w grupie osób zażywających opiaty jest przedawkowanie, szczególnie w krajach o niskim wskaźniku zakażeń wirusem HIV w grupie osób zażywających narkotyk dożylnie (patrz „Śmiertelność wśród osób problemowo zażywających narkotyki”, str. 80).

W grupie osób zażywających narkotyki, które przekraczają maksymalne dawki, większość stanowią mężczyźni ⁽²⁰²⁾.

Stanowią oni 65–100% przypadków przedawkowania, a w większości krajów odsetek ten waha się w granicach 75–90%, przy czym najwyższy odsetek kobiet odnotowano w Republice Czeskiej, Polsce i Finlandii, a najniższy w Grecji, we Włoszech i na Cyprze. Dane te należy interpretować w kontekście różnic we wskaźniku zażywania opiatów i przyjmowania narkotyków dożylnie, obserwowanych między mężczyznami i kobietami.

Większość ofiar przedawkowania to osoby w wieku 20–40 lat, przy czym w większości krajów średnia wieku wynosi około 35 lat (ale waha się w granicach 20–44 lata). Najniższy średni wiek ofiar przedawkowania odnotowano w Estonii, Słowenii, Bułgarii i Rumunii, a najwyższy w Republice Czeskiej, Niderlandach, Polsce i Finlandii. Wśród osób w wieku poniżej 15 lat odnotowano bardzo niewielką liczbę przypadków zgonu z przedawkowania (17 przypadków z łącznej liczby 7516 zgonów, na podstawie najnowszych danych dostępnych w każdym kraju), chociaż w tej grupie wiekowej zgłoszona liczba zgonów związanych z narkotykami może być zaniżona. Dane EMCDDA obejmują przypadki zgonów wśród osób w wieku powyżej 65 lat, przy czym jedynie w siedmiu krajach na tę grupę wiekową przypadało więcej niż 5% przypadków ⁽²⁰³⁾.

W kilku nowych państwach członkowskich i krajach kandydujących średni wiek ofiar jest stosunkowo niski (na Cyprze, w Estonii, na Łotwie, w Słowacji, Bułgarii i Rumunii), a ponadto odnotowano w nich wysoki odsetek przypadków przedawkowania wśród osób w wieku poniżej 25 lat, co może wskazywać na niższy wiek zażywających heroinę mieszkańców tych krajów. Wysoka średnia wieku odnotowana w Republice Czeskiej wynika z włączenia wielu przypadków zgonów spowodowanych przez leki psychoaktywne (wykres 12).

W wielu państwach członkowskich odnotowuje się wzrost wieku ofiar przedawkowania, co świadczy o spadku liczby osób rozpoczynających zażywanie heroiny wśród młodzieży. Tendencja ta występuje we wszystkich 15 „starych” państwach członkowskich UE od początku lat dziewięćdziesiątych, chociaż w Szwecji i Zjednoczonym Królestwie jest mniej wyraźna. W nowych państwach członkowskich tendencja ta jest mniej widoczna, a w wielu przypadkach obserwuje się spadek średniej wieku ⁽²⁰⁴⁾.

Zgony związane z metadonem

W Sprawozdaniach krajowych Reitox za 2005 r. kilka krajów poinformowało o obecności metadonu w przypadku wielu zgonów związanych z narkotykami. Ponieważ w poszczególnych krajach stosuje się różną

⁽¹⁹⁹⁾ Patrz tabele DRD-2 (część i), DRD-3, DRD-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

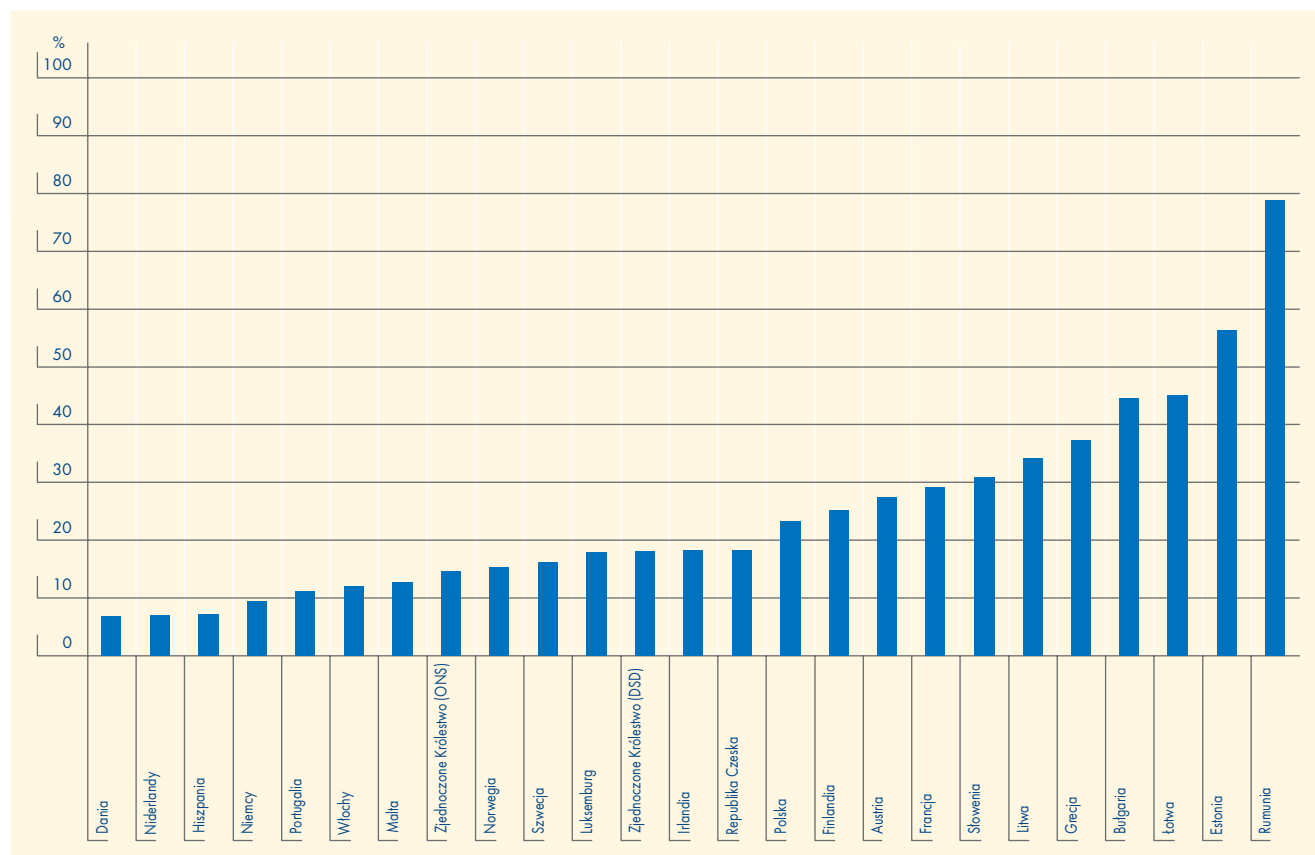
⁽²⁰⁰⁾ Patrz tabela DRD-1 (część iii) i (część iv) w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁰¹⁾ Patrz wykres DRD-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁰²⁾ Ponieważ większość przypadków zgłaszanych do EMCDDA to przedawkowania opiatów, do ich opisu stosuje się ogólną charakterystykę nagłego przypadku zgonu z powodu narkotyków.

⁽²⁰³⁾ Patrz tabela DRD-1 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁰⁴⁾ Patrz wykresy DRD-3 i DRD-4 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Wykres 12: Odsetek nagłych zgonów związanych z narkotykami odnotowany w 2002 r. wśród osób w wieku poniżej 25 lat.

Uwagi: ONS, Office of National Statistics (Urząd Statystyk Krajowych), DSD, definicja strategii narkotykowej.

Rok 2002 przyjęto za punkt odniesienia, ponieważ w tym roku większość krajów dysponowała informacjami.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (sądowych lub policyjnych). Na podstawie definicji krajowych przedstawionych w uwagach metodologicznych na temat zgonów związanych z narkotykami w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

terminologię, czasami trudno jest stwierdzić, jaką rolę odgrywał metadon w danym zgonie.

W Danii odnotowano, że metadon był przyczyną zatrucia (samodzielnie lub w połączeniu z inną substancją) w 44% przypadków zgonów (95 z 214 w 2004 r.). Jest to odsetek zbliżony do obserwowanego w 2003 r., ale znacznie wyższy niż w 1997 r. W Niemczech 345 przypadków przypisano „substancjom zastępczym” (w 2004 r. 46 przypadków, w których odnotowano tylko jedną substancję, i 299, w których wykryto ich więcej), co stanowi wyraźny spadek w porównaniu z 2002 r. W Zjednoczonym Królestwie zgłoszono 216 przypadków ze wzmianką o metadonie (Anglia i Walia, 2003 r.), co również stanowi wyraźny spadek w porównaniu z 2002 r. W Hiszpanii stwierdzono kilka przypadków przedawkowania związanych z metadonem stosowanym pojedynczo (2%), ale obecny był także w połączeniu z innymi substancjami w przypadkach zgonów z powodu opiatów (42%) oraz kokainy (20%). Inne kraje nie zgłosiły przypadków zgonów związanych z metadonem lub zgłosiły jedynie niewielką ich liczbę. Nie ma pewności, jakie czynniki wpływają na te różnice, nie

wiadomo też, czy w niektórych krajach zgłoszone zostały wszystkie przypadki ⁽²⁰⁵⁾.

Chociaż wyniki badań wskazują, że leczenie zastępcze obniża ryzyko śmiertelnego przedawkowania, istotne jest monitorowanie liczby zgonów związanych z metadonem oraz ich okoliczności (źródło pochodzenia substancji, czy zażyto ją w połączeniu z innymi substancjami, etap procesu leczenia, na którym nastąpiło zatrucie) — jest to element monitorowania jakości w programach leczenia zastępczego.

Zgony związane z buprenorfiną i fentanylem

Przypadki zgonu z powodu zatrucia buprenorfiną zdarzają się raczej rzadko, co przypisuje się charakterystyce farmakologicznej leku, który jest jednocześnie agonistą i antagonistą. Jednak w krajach europejskich zgłoszono przypadki takich zgonów.

W sprawozdaniach krajowych za 2005 r. jedynie we Francji i w Finlandii odnotowano zgony związane z tą substancją. W 2004 r. w Finlandii obecność buprenorfiny wykryto w 73 przypadkach zgonów związanych z narkotykami

⁽²⁰⁵⁾ Prowadzone przez EMCDDA badanie terenowe ma na celu poprawę jakości informacji dotyczących substancji występujących w przypadkach zgonów z powodu narkotyków, w tym substancji zastępczych.

i jest to taka sama liczba jak w 2003 r. Substancja ta zwykle występowała w połączeniu z benzodiazepinami, środkami uspokajającymi lub alkoholem. Te wysokie wartości liczbowe odpowiadają dużemu rozpowszechnieniu kuracji buprenorfiną w Finlandii, chociaż liczba osób jej poddanych jest znacznie niższa niż szacowana na 70 000–85 000 liczba osób otrzymujących buprenorfinę we Francji. Dlatego interesujący jest fakt, że w 2004 r. we Francji zgłoszono jedynie cztery przypadki przedawkowania buprenorfiny (w porównaniu z ośmioma przypadkami w 2003 r.). Nawet zakładając, że we Francji nie zgłoszono wszystkich przypadków zatrucia, skala rozbieżności jest uderzająca. Oprócz Francji i Finlandii trzy inne kraje zgłosiły przypadki zgonów związanych z buprenorfiną (jedynie dwa lub trzy w każdym kraju), ale nie przedstawiły dowodów, że ta właśnie substancja była główną przyczyną zgonów.

W ubiegłych latach przypadki zgonów związanych z fentanylem zgłaszano w krajach bałtyckich, ale w sprawozdaniach krajowych za 2005 r. nie podano tego rodzaju danych.

Tendencje w zakresie nagłych zgonów związanych z narkotykami

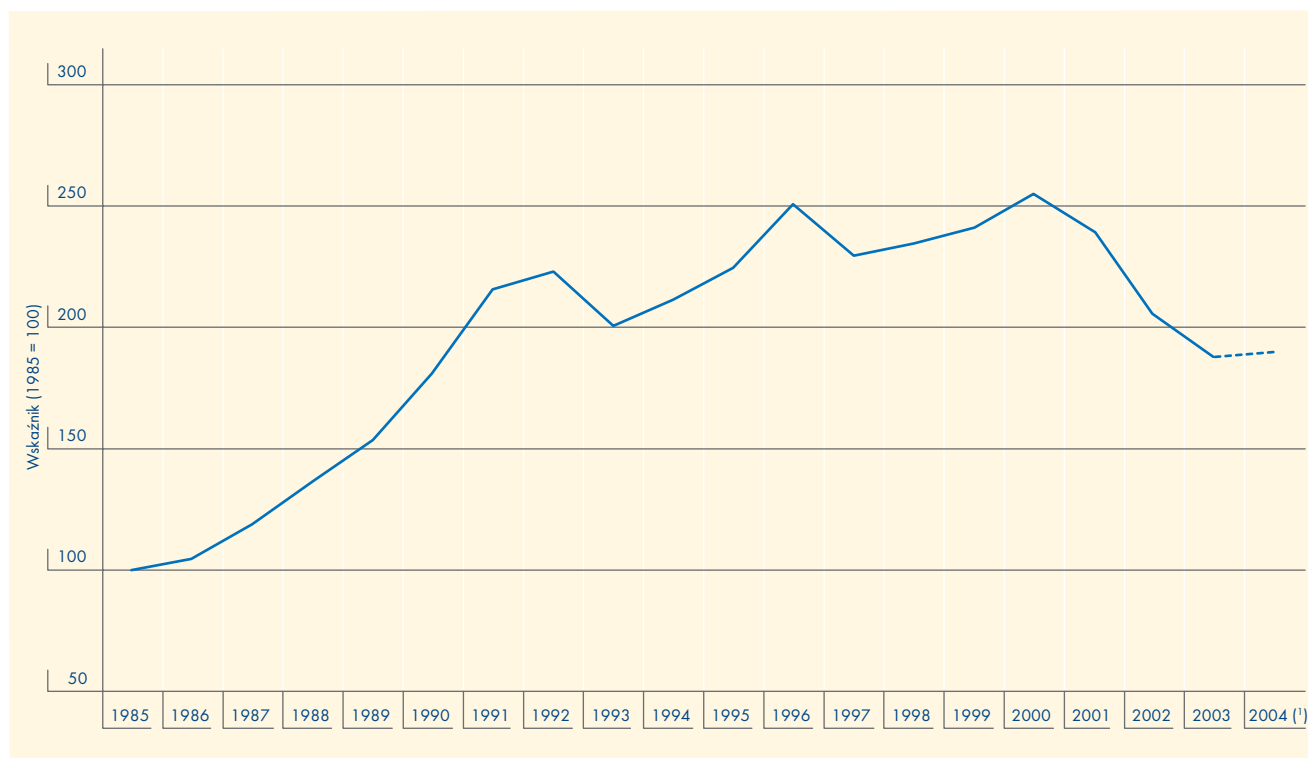
Tendencje krajowe dotyczące zgonów związanych z narkotykami mogą stanowić źródło informacji o rozwoju

schematów problemowego zażywania narkotyków w poszczególnych krajach, takich jak masowe szerzenie się heroiny i zachowań wysokiego ryzyka (np. dożylnego przyjmowania narkotyków), jak również o warunkach leczenia, a nawet różnicach w dostępności heroiny. Oczywiście tendencje te mogą również świadczyć o skuteczności służb ratownictwa medycznego w zapobieganiu śmiertelnym przedawkowaniom ⁽²⁰⁶⁾.

Dostępne dane z UE ujawniają pewne ogólne tendencje w zakresie zgonów związanych z narkotykami. W 15 państwach członkowskich UE wystąpił wyraźny wzrost liczby zgonów w latach osiemdziesiątych i w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych, prawdopodobnie odpowiadający rozpowszechnieniu się heroiny i dożylnego zażywania narkotyków. W latach 1990–2000 liczba zgonów związanych z narkotykami stale wzrastała, chociaż już nie tak gwałtownie (wykres 13). W państwach członkowskich, które przedstawiły odpowiednie informacje (większość państw członkowskich, zarówno starych, jak i nowych), łączna roczna liczba zgonów związanych z narkotykami wzrosła o 14%, z 8054 w 1995 r. do 9392 w 2000 r.

Od 2000 r. w wielu krajach UE odnotowano spadek liczby zgonów związanych z narkotykami, prawdopodobnie spowodowany wzrostem dostępności leczenia i działaniami

Wykres 13: Długoterminowa tendencja w liczbie nagłych zgonów związanych z narkotykami, obserwowana w latach 1985–2004



(¹) Dziesięć krajów podało informacje dotyczące 2004 r., a sześć ich nie podało; z tego powodu dane za 2004 r. są tymczasowe, opracowane na podstawie porównania danych za 2003 i 2004 r. przeprowadzonego jedynie dla tych krajów, które dostarczyły informacje z obu lat.

Uwagi: Dane liczbowe nie obejmują nowych państw członkowskich ani krajów kandydujących ze względu na brak danych retrospektywnych w większości wypadków. Liczby zgonów w poszczególnych krajach i uwagi dotyczące metodologii podano w tabeli DRD-2 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2005), informacje zebrane z ogólnych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (sądowych lub policyjnych).

(²⁰⁶) Patrz wykres DRD-7 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

w zakresie ograniczania szkód zdrowotnych, chociaż spadek rozpowszechnienia narkotyków może również odgrywać istotną rolę. Na poziomie europejskim liczba zgonów związanych z narkotykami spadła o 6% w 2001 r., o 13% w 2002 r. i o 7% w 2003 r. Pomimo poprawy sytuacji w 2003 r. odnotowano prawie 7000 zgonów związanych z narkotykami (brakuje danych z Belgii, Hiszpanii i Irlandii). Jednakże w krajach, które zgłosiły dane za 2004 r. (19 krajów), odnotowano niewielki wzrost o 3%. Chociaż przy wyciąganiu wniosków w odniesieniu do 2004 r. wskazana jest ostrożność, w 13 spośród 19 sprawozdań podano informacje o wzroście.

Tendencje dotyczące liczby zgonów w grupie młodych ludzi w wieku poniżej 25 lat wyraźnie różnią się w starych i nowych państwach członkowskich. W 15 starych państwach członkowskich UE obserwowano od 1996 r. stały spadek, co wskazywałoby na obniżenie liczby młodych osób zażywających opiaty dożylnie, podczas gdy w nowych państwach członkowskich aż do okresu 2000–2002 występował silny wzrost, a widoczny spadek rozpoczął się dopiero od 2003 r. ⁽²⁰⁷⁾.

Widoczne są także różnice w zależności od płci. Liczba zgonów wśród mężczyzn wzrastała stopniowo w latach 1990–2000, po czym nastąpił wyraźny spadek (o 30% w 2003 r.), podczas gdy liczba zgłoszonych przypadków zgonów wśród kobiet utrzymywała się w latach 1990–2000 na mniej więcej stałym poziomie, wahając się w granicach 1700–2000 przypadków rocznie, a w następnych latach spadła tylko o 15%. Zjawisko to można przypisać różnym przyczynom, w tym różnicom w skuteczności działań interwencyjnych lub różnicom w czynnikach ryzyka obserwowanym dla obu płci ⁽²⁰⁸⁾.

W krajach dysponujących danymi za dłuższy okres można wykryć różne schematy w odniesieniu do zgonów związanych z narkotykami. W niektórych krajach liczba tych zgonów osiągnęła maksymalny poziom na początku lat dziewięćdziesiątych, po czym spadła, np. w Niemczech, gdzie maksymalną liczbę zgonów związanych z narkotykami odnotowano w latach 1991–1992, w Hiszpanii (w 1991 r.), we Francji (w 1994 r.) i we Włoszech (w 1991 r.). W innych krajach, np. w Grecji, Irlandii, Portugalii, Finlandii, Szwecji i Norwegii liczba zgonów związanych z narkotykami osiągnęła maksymalny poziom później, w latach 1998–2001, następnie także spadła. W pozostałych krajach schemat był mniej wyraźny lub liczby utrzymywały się na stałym poziomie. Chociaż należy zachować ostrożność przy interpretacji tych danych z uwagi na stosunkowo niską liczbę zgonów związanych z narkotykami obserwowaną w niektórych krajach, schematy te mogą być powiązane z tendencjami w dożylnym zażywaniu heroiny ⁽²⁰⁹⁾.

Zgony związane z ekstazy i amfetaminami

Przypadki zgonów związanych z ekstazy zaczęto rejestrować w Europie w latach dziewięćdziesiątych, kiedy wzrosła popularność narkotyku. Zgony spowodowane przez ekstazy dają poważne powody do niepokoju, gdyż często występują niespodziewanie wśród młodych ludzi o wysokim stopniu integracji społecznej.

Ilość informacji na temat zgonów z powodu ekstazy jest ograniczona, ale dane ze sprawozdań krajowych Reitox za 2005 r. wskazują, że zgony z udziałem ekstazy nadal są stosunkowo rzadkie w porównaniu ze zgonami spowodowanymi przez opiaty, chociaż w niektórych krajach ich liczby nie można lekceważyć. W całej Europie odnotowano 77 przypadków zgonów, przy czym liczbę tę należy uważać za minimalną wartość szacunkową ⁽²¹⁰⁾. Przypadki te zgłoszono w Danii (2), w Niemczech (20), we Francji (4), na Węgrzech (3) i w Zjednoczonym Królestwie (48 przypadków ze wzmianką o ekstazy — 33 w Anglii i Walii), gdzie prawdopodobnie system sprawozdawczości działa lepiej niż w pozostałych krajach. W Hiszpanii obecność ekstazy wykryto w 2,5% przypadków zatruc narkotykami.

Często poruszaną kwestią było ryzyko wiążące się z zażywaniem ekstazy. W dwóch krajach, gdzie możliwe było dokonanie obliczeń (z uwzględnieniem marginesu błędów danych szacunkowych dotyczących rozpowszechnienia opartych na badaniach ankietowych, a także trudności przy zgłaszaniu zgonów związanych z narkotykami) podzielenie liczby zgonów przez roczną liczbę osób zażywających narkotyki ⁽²¹¹⁾ (osób zagrożonych) daje wskaźniki wynoszące 5–8 przypadków i 2–5 przypadków zgonu na 100 000 osób zażywających narkotyki.

Również przypadki zgonów z powodu zażywania amfetamin są zgłaszane rzadko, chociaż w Zjednoczonym Królestwie w 2004 r. 16 przypadków zgonów przypisano perwitynie (metamfetaminie), czyli prawie dwa razy więcej niż w 2003 r., co odpowiada wzrostowi szacunkowej liczby osób zażywających problemowo perwitynę oraz zapotrzebowania na leczenie. Przypadki zgonów związanych z GHB omówiono w rozdziale 4.

Zgony związane z kokainą

W wyniku obserwowanego w niektórych krajach wzrostu rekreacyjnego zażywania kokainy rosną obawy w związku z zagrożeniem zdrowotnym dla zażywających ten narkotyk młodych ludzi, jak również dla osób poddanych leczeniu uzależnienia oraz pochodzących z marginalizowanych grup społecznych.

⁽²⁰⁷⁾ Patrz wykres DRD-5 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁰⁸⁾ Patrz wykres DRD-6 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²⁰⁹⁾ Patrz wykres DRD-7 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.

⁽²¹⁰⁾ Zależnie od kraju dane liczbowe dotyczące ekstazy i kokainy odnoszą się do 2003 lub 2004 r.

⁽²¹¹⁾ W badaniach ankietowych określanych jako osoby zażywające narkotyk w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Zażywanie kokainy jest częste wśród osób zażywających opiaty, a wyniki analizy toksykologicznej przeprowadzanej w przypadkach przedawkowania opiatów często wykazują jej obecność, jak również obecność innych substancji, takich jak alkohol i benzodiazepiny. Kokainę zwykle spożywa się w połączeniu z alkoholem, co może prowadzić do podwyższenia toksyczności.

Aktualnie dostępne europejskie dane statystyczne są ograniczone, a zróżnicowanie kryteriów stosowanych w celu określenia zgonu jako związanego z kokainą sprawia, że trudno jest porównywać dane liczbowe. Ponadto prawdopodobnie nie wszystkie przypadki zgonów związanych z kokainą są rozpoznawane lub zgłaszane, więc dane mogą być zaniżone. Istniejące dane wskazują, że w wielu przypadkach zgonów, wykrywając obecność kokainy, wykryto również obecność opiatów.

W sprawozdaniach krajowych państw, które dostarczyły dane (za 2005 r.), odnotowano około 400 przypadków zgonów związanych z kokainą, co należy traktować jako minimalną wartość szacunkową. Wydaje się, że w większości przypadków kokaina odegrała przypadkową rolę, chociaż nie zawsze wynika to jasno ze sprawozdań. Dziewięć krajów nie zgłosiło przypadków zgonu z powodu kokainy, ale też nie stwierdziło ich braku. Kokaina była przyczyną 0–20% zgłoszonych przypadków nagłych zgonów związanych z narkotykami; wskaźnik ten wynosił 10–20% w Niemczech, we Francji, w Hiszpanii, w Niderlandach i w Zjednoczonym Królestwie. Przypadki zgonów, w których kokaina odegrała pewną rolę (samodzielnie lub w połączeniu z inną substancją) odnotowano we Francji (14), w Niemczech (166), w Niderlandach (20), w Hiszpanii (53) i w Zjednoczonym Królestwie (142 wzmianki o kokainie — 113 w Anglii i w Walii). W dziewięciu innych krajach odnotowano od zera do dwóch przypadków. Ponadto w niektórych krajach kokainę wykrywa się często podczas analizy toksykologicznej w przypadkach zgonów z powodu przedawkowania opiatów. Na podstawie ograniczonej ilości dostępnych danych trudno jest w sposób pewny określić tendencje, ale wydaje się, że we wszystkich krajach o większej liczbie przypadków, a więc w Niemczech, we Francji, w Hiszpanii, w Niderlandach i w Zjednoczonym Królestwie występuje tendencja zwykła, chociaż w Niderlandach w ciągu ostatnich dwóch lat wzrost ten się zatrzymał.

Dodatkowo kokaina może mieć istotny udział w zgonach związanych z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi (takimi jak arytmia, zawał serca i wylewy krwi do mózgu), szczególnie wśród zażywających ją osób o predyspozycjach do tych schorzeń lub w obecności innych czynników ryzyka (np. palenia tytoniu, nadciśnienia, naczynek) lub wśród osób starszych. Obecnie wiele z tych przypadków nie podlega rejestracji ze względu na brak świadomości. Konieczne są dalsze badania w tej dziedzinie.

Ograniczanie liczby zgonów związanych z narkotykami

Skuteczne reakcje

Docieranie do niepoddanych leczeniu grup osób zażywających narkotyki i nawiązywanie z nimi kontaktu jest koniecznym warunkiem prowadzenia edukacji z zakresu zagrożeń i zarządzania ryzykiem oraz mediacji w sprawie dostępu do usług, w tym leczenia.

Badania okoliczności przedawkowania okazały się pomocne w opracowaniu działań interwencyjnych ukierunkowanych na sytuacje i osoby o wysokim stopniu zagrożenia. Działania te mogą doprowadzić do znacznego obniżenia liczby zgonów przypisywanych natychmiastowym skutkom zażywania narkotyków. Znaczenie różnych działań interwencyjnych w obniżaniu liczby nagłych zgonów związanych z przedawkowaniem narkotyków podsumowano w ostatnim przeglądzie polityki EMCDDA (EMCDDA, 2004d).

Ponieważ w Europie większość przypadków zgonów z powodu przedawkowania wiąże się z heroiną, zwiększenie liczby osób zażywających heroinę poddanych leczeniu można uznać za środek zapobiegający przedawkowaniu. Obserwowane ostatnio w niektórych państwach członkowskich niewielkie odwrócenie tendencji w zakresie zgonów z przedawkowania może mieć wiele przyczyn. Wśród nich można wymienić spadek rozpowszechnienia i wskaźnika osób zażywających narkotyki dożylnie, rozwój działań prewencyjnych, wzrost dostępności leczenia oraz liczby osób podejmujących i kontynuujących terapię oraz prawdopodobnie spadek ryzykownych zachowań.

Profil reakcji

Zdaniem ekspertów w większości krajów najlepszą metodą wśród różnych strategii obniżania liczby zgonów wskutek przedawkowania jest leczenie zastępcze uzależnienia od opiatów⁽²¹²⁾. Na Węgrzech i w Szwecji ten rodzaj leczenia jest dostępny, ale nie uważa się go za sposób obniżenia liczby zgonów związanych z narkotykami. Natomiast w Estonii i Polsce niski stopień dostępności leczenia zastępczego oznacza, że leczenie zastępczego metadonem nie uważa się obecnie za podstawowe działanie w celu ograniczenia liczby zgonów wskutek przedawkowania.

Działania zorientowane na informację, edukację i komunikację to inne ważne środki stosowane w większości krajów europejskich. Rozpowszechnianie informacji o zagrożeniach i wskazówek dotyczących leczenia przedawkowania za pomocą specjalnie opracowanych materiałów drukowanych lub innych mediów (ulotek, witryn internetowych, kampanii medialnych) to powszechne lub główne sposoby działania w 19 krajach. Jednak w siedmiu

⁽²¹²⁾ Wyniki oparte na badaniu ankietowym przeprowadzonym przez 27 krajowych punktów kontaktowych w 2004 r. Wyniki można pobrać ze strony <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>.

krajach (w Estonii, we Francji, w Irlandii, na Łotwie, Węgrzech, Malcie i w Finlandii) stosuje się je rzadko, a w jednym kraju (w Szwecji) nie stosuje się ich wcale.

W opinii krajowych punktów kontaktowych mniej powszechne jest podejście polegające na systematycznym uwzględnianiu indywidualnej oceny ryzyka w doradztwie i programach leczenia oraz organizacja sesji grupowych poświęconych edukacji na temat zagrożeń i działaniom na rzecz osób zażywających narkotyki.

Szeroką kategorię działań można określić jako „działania interwencyjne przed zwolnieniem z więzienia”. Zakres ich obejmuje m.in. zwykłe rozpowszechnianie informacji, doradztwo dotyczące profilaktyki i zagrożeń związanych z przedawkowaniem, rozpoczęcie lub kontynuację leczenia zastępczego w zakładzie karnym. Jednak w 13 krajach

działania zaliczane do tej kategorii były rzadko stosowane, a w pięciu krajach nie stosowano ich wcale (na Łotwie, na Węgrzech, w Polsce, Rumunii i Szwecji). W Hiszpanii, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie działania interwencyjne podejmowane w więzieniach należą do najczęściej stosowanych metod mających na celu obniżenie liczby nagłych zgonów związanych z narkotykami.

Lokalne uwarunkowania ryzyka związanego ze wstrzykiwaniem narkotyków w miejscach publicznych w czterech krajach UE i w Norwegii doprowadziły do otwarcia miejsc przeznaczonych do zażywania narkotyków pod profesjonalnym nadzorem⁽²¹³⁾. Grupami docelowymi są w tym przypadku grupy o wysokim stopniu marginalizacji oraz narażone na ryzyko osoby wstrzykujące narkotyki na ulicach (EMCDDA, 2004c).

⁽²¹³⁾ Kraje UE to Niemcy, Hiszpania, Luksemburg i Niderlandy.



Rozdział 8

Poprawa monitorowania problemowego zażywania narkotyków i zażywania wielu narkotyków

Fizyczne lub psychiczne uzależnienie od narkotyków, nadużywanie narkotyków, szkodliwe zażywanie, problemowe zażywanie: to różnorodne pojęcia związane z opracowanym przez EMCDDA wskaźnikiem problemowego zażywania narkotyków, z których każde ma nieco inne znaczenie w wymiarze medycznym lub społecznym. Stosowany przez EMCDDA wskaźnik problemowego zażywania narkotyków (PDU) odnosi się do „zażywania narkotyków dożylnie lub długotrwałego i regularnego zażywania heroiny, kokainy lub amfetamin”. Zwyczajowo definicja obejmuje również zażywanie innych opiatów, takich jak metadon.

Powyższa definicja PDU dotyczy wyłącznie kwestii behawioralnych i opiera się na schematach zażywania narkotyków. Pod żadnym względem nie stanowi bezpośredniego miernika problemów. Niemniej wiąże się z różnymi koncepcjami uzależnienia poprzez założenie, że osoba zachowująca się w określony sposób może z dużym prawdopodobieństwem zakwalifikować się do bardziej ogólnej grupy „osób problemowo zażywających narkotyki”. Należy pamiętać, że wskaźnik PDU pozwala na oszacowanie tylko jednej dużej podgrupy osób, które można uważać za ofiary jednej z postaci problemu narkotykowego. Niemniej jednak podejście to jest przydatne. Jako uwarunkowana behawioralnie koncepcja ma następujące zalety:

- umożliwia kontynuację procesu monitorowania bez potrzeby definiowania uzależnienia fizycznego, psychicznego, szkodliwego czy właśnie problemowego;
- w badaniach stosunkowo łatwo jest dokonywać operacjonalizacji;
- łączy różne rodzaje narkotyków i sposoby ich zażywania w grupy alternatywne, bez wprowadzania szczegółowych rozróżnień między nimi.

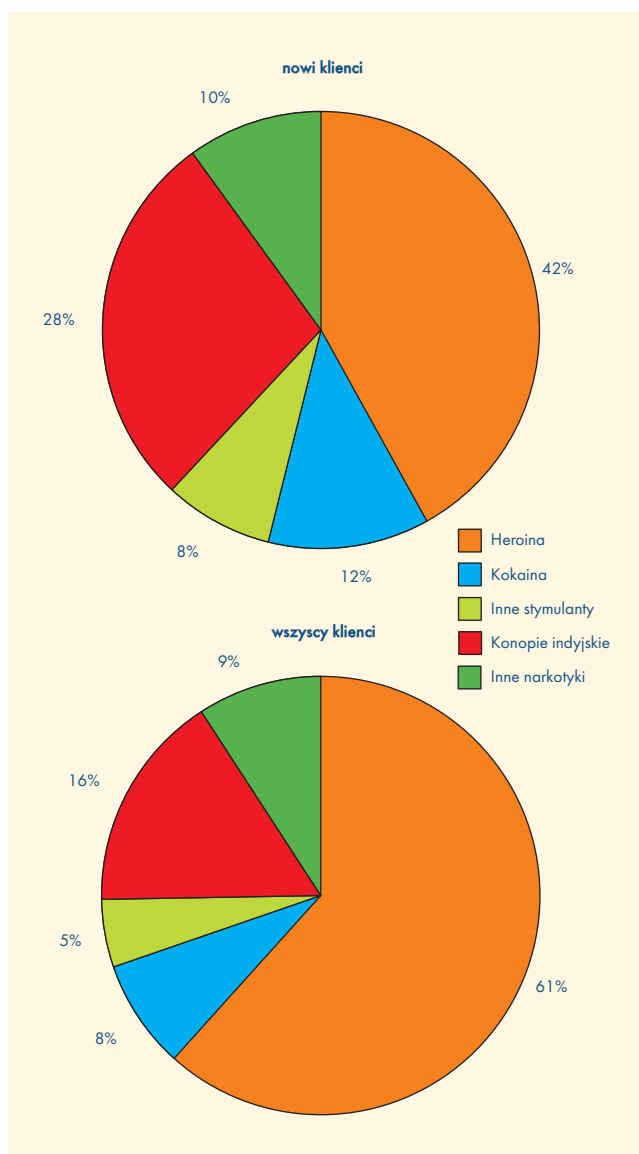
W ujęciu historycznym stosowany przez EMCDDA wskaźnik monitorowania jest rozwiązaniem na miarę swoich czasów — w latach osiemdziesiątych i w dużej mierze w latach dziewięćdziesiątych zażywanie heroiny i dożylne zażywanie narkotyków uważano za kluczowe elementy problemu narkotykowego, które należało poddać ocenie. Ponadto tych form zażywania narkotyków nie można w sposób przekonujący mierzyć za pomocą technik ankietowych. Dodanie amfetamin sprawiło, że definicja dostosowała się do potrzeb niektórych krajów skandynawskich, w których

dożylne zażywanie amfetaminy było istotną kwestią. Natomiast pomimo włączenia kokainy w praktyce rzadko stanowiła ona istotny składnik ocen. Podczas gdy wskaźnik PDU jest nadal użyteczny i umożliwia wgląd w istotny element problemu narkotykowego, coraz wyraźniej widać, że należy go nadal rozwijać tak, aby mógł spełniać wymogi wynikające z konieczności monitorowania obecnej, bardziej zróżnicowanej sytuacji narkotykowej w Europie. Obraz przewlekłych problemów narkotykowych w Europie staje się coraz bardziej złożony. Aby zachować aktualność w obliczu zmian zachodzących w świecie nielegalnych narkotyków, proces monitorowania musi ewoluować i obejmować szerszy zakres narkotyków oraz pozwolić na bardziej szczegółowe niż dotychczas badanie ich zażywania.

Rozszerzenie UE sprawiło, że w wielu dziedzinach należy uwzględnić bardziej różnorodne zachowania społeczne, a zażywanie nielegalnych narkotyków nie stanowi pod tym względem wyjątku. Zmiany w kulturze narkotykowej, pojawienie się narkotyków syntetycznych i nielegalnie stosowanych leków, wzrost spożycia kokainy i ogólnie wysoki stopień rozpowszechnienia konopi indyjskich — wszystkie te czynniki należy uwzględnić przy próbie zrozumienia, jakie są potrzeby osób z problemami łącznie z zażywania narkotyków. Jak wynika z poprzednich rozdziałów niniejszego sprawozdania, pomimo tego że wśród osób zgłaszających się na leczenie uzależnienia od narkotyków nadal wyraźnie przeważają osoby zażywające heroinę, to obraz sytuacji ulega zmianie w odniesieniu do osób podejmujących leczenie po raz pierwszy, wśród których odnotowano wzrost problemów związanych z konopiami indyjskimi i stymulantami (wykres 14).

Tę zmianę sytuacji należy rozpatrywać w kontekście znacznie większej dostępności leczenia dla osób z problemami związanymi z opiatami, jak również rozszerzenia zakresu sprawozdawczości na temat usług terapeutycznych. W szczególności leczenie zastępcze osób uzależnionych od opiatów, polegające na zamykaniu ich w ośrodkach opieki długoterminowej (należy tu zauważyć, że przypadków tych nie ujęto na wykresach, które wykazują jedynie osoby podejmujące leczenie w danym roku), odzwierciedla rolę opiatów w bieżącym obciążeniu placówek w porównaniu z liczbą osób dopiero rozpoczynających terapię. Niemniej jednak wydaje się, że w wielu krajach w Europie grupa osób, u których obecnie pojawia się problem narkotykowy, będzie prawdopodobnie bardziej zróżnicowana niż dotychczas, przynajmniej pod względem zażywanych substancji.

Wykres 14: Podział nowych i wszystkich klientów proszących o leczenie w zależności od głównego zażywanego narkotyku



Uwagi: Opracowano na podstawie danych z Republiki Czeskiej, Danii, Niemiec, Grecji, Hiszpanii, Włoch, Cypru, Węgier, Malty, Niderlandów, ze Słowenii, Słowacji, z Finlandii, ze Szwecji, Zjednoczonego Królestwa, z Bułgarii, Rumunii i Turcji.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Wskaźnik PDU a szacowanie ukrytej populacji narkomanów

Obecna metoda wykorzystująca wskaźnik PDU okazała się wyjątkowo przydatna w uzyskaniu lepszych danych szacunkowych dotyczących dużej grupy osób zażywających narkotyki, stanowiącej większość pacjentów poddawanych w Europie leczeniu uzależnienia od narkotyków. Podejście to stanowiło bodziec do opracowania wielu metod i procedur statystycznych pozwalających na ocenę pełnych rozmiarów tej w dużej mierze ukrytej grupy. We wszystkich tych metodach pomiar opiera się na koncepcji, że pewna grupa osób zażywających problemowo narkotyki jest „widoczna

administracyjnie” z uwagi na kontakty ze służbami medycznymi, prawnymi, ratunkowymi i społecznymi. Jeżeli zatem znana jest procentowa wielkość tej widocznej mniejszości, możliwe jest oszacowanie rozmiarów całej grupy. Tego rodzaju pośrednie metody statystyczne stanowią uzupełnienie badań ankietowych, które z różnych przyczyn natury metodologicznej i praktycznej są mniej przydatne do oszacowania rozpowszechnienia zażywania narkotyków — jest to bowiem zjawisko rzadkie w społeczeństwie, napiętnowane i w większości ukryte.

Jeśli chodzi o obecny stopień wdrożenia wskaźnika PDU w UE, kraje przyjęły jego definicję tak, aby uwzględniała praktyczne potrzeby sytuacji lokalnej i dlatego sytuacja w tej kwestii jest zróżnicowana. Dziewięć krajów w zasadzie stosuje definicję przyjętą przez EMCDDA w postaci niezmienionej, 11 krajów ocenia jedynie liczbę osób zażywających opiaty (lub heroinę), a kolejne cztery kraje nie wyłączają z niej osób problemowo zażywających konopie indyjskie, chociaż z reguły osoby te bardzo rzadko występują w ich oszacowaniach (kryteria pozwalające na włączenie osób zażywających konopie indyjskie są bardzo ścisłe i można uwzględniać jedynie osoby uzależnione lub zażywające narkotyk bardzo intensywnie).

Ogólnie wyższy stopień rozpowszechnienia kokainy, cracku i stymulantów oraz nakładanie się problemów narkotykowych i problemów związanych z alkoholem i lekami przepisywanymi na receptę sprawia, że nawet przy konsekwentnym wdrażaniu wskaźnika dane szacunkowe obejmą bardziej różnorodne formy zażywania narkotyków niż dotychczas, powodujące bardziej zróżnicowane skutki i problemy. Oprócz monitorowania ogólnego obrazu problemowego zażywania narkotyków konieczne jest oddzielne monitorowanie różnych rodzajów zachowań składających się na wskaźnik PDU, takich jak dożylnie zażywanie narkotyków i zażywanie poszczególnych rodzajów narkotyków ujętych w definicji PDU. Może ono mieć szczególne znaczenie w świetle materiału dowodowego dostarczonego przez niektóre kraje, świadczącego o wzroście w zażywaniu kokainy oraz schematach zażywania amfetaminy, może także umożliwić szczegółowe śledzenie tendencji w zażywaniu opiatów. Gdyby wszystkie te zachowania zgłaszane były tylko łącznie, mogłoby dojść do zamaskowania istotnych tendencji oraz do utraty okazji lepszego ich zrozumienia.

We wcześniejszej części sprawozdania po raz pierwszy podano oddzielne dane szacunkowe dotyczące zażywania heroiny i dożylnego zażywania narkotyków w Europie. Ponadto zwrócono uwagę na wzrost dostępności leczenia problemów związanych z opiatami — według szacunków w Europie ponad pół miliona osób przechodzi leczenie zastępcze uzależnienia od tych narkotyków. Można zatem wywnioskować, że w wielu krajach duży odsetek osób zażywających heroinę i przyjmujących narkotyki dożylnie ma lub miał kontakt z terapią uzależnień. EMCDDA wraz z krajowymi grupami technicznymi sprawdza obecnie,

jaką wartość dodaną można uzyskać przez łączne zestawienie danych dotyczących zapotrzebowania na leczenie, dostępności leczenia oraz oszacowań liczby osób zażywających heroinę i wstrzykujących narkotyki.

Wykroczenie poza wskaźnik PDU

Kolejnym krokiem w rozwijaniu naszych możliwości lepszego zrozumienia problemu narkotykowego w Europie jest zbadanie, do jakiego stopnia możliwe jest włączenie intensywnego zażywania narkotyków w proces monitorowania, poza zakresem wskaźnika PDU. Aby stwierdzić, w jakim zakresie intensywne zażywanie narkotyków, niezależnie od przyjętej definicji, wiąże się z uzależnieniem oraz nasileniem i rodzajami problemów, potrzebne są dalsze badania — np. Kandel i Davis (1992) szacują, że w Stanach Zjednoczonych około jedną trzecią spośród osób zażywających codziennie konopie indyjskie można uznać za osoby uzależnione. Postęp w tej dziedzinie wymaga ustalenia definicji pojęcia częstego i intensywnego zażywania konopi indyjskich i innych nielegalnych narkotyków jako wyznaczonego celu monitorowania. Częste lub intensywne zażywanie można mierzyć na podstawie danych z badań ankietowych w celu uzupełnienia danych szacunkowych poprzez zastosowanie pośrednich metod statystycznych. Obecnie dane z badań ankietowych są użyteczne, gdyż umożliwiają wgląd w różne schematy zażywania konopi indyjskich, ale w większości są to ograniczone mierniki zachowań i częstotliwości zażywania. Dane ankietowe okażą się istotne, jeżeli mamy opracować rzetelne szacunki liczby osób zażywających takie narkotyki, jak konopie indyjskie, które można uznać za uzależnione lub zażywające je w sposób szkodliwy, przynajmniej w ich własnej ocenie.

Opracowanie bardziej formalnej definicji częstego i intensywnego zażywania różnych narkotyków byłoby również pomocne w opracowaniu narzędzi badawczych do oceny poziomu problemów i uzależnienia w odniesieniu do różnych poziomów i schematów zażywania konopi indyjskich. Niektóre kraje europejskie opracowują narzędzia metodologiczne do pomiaru zarówno intensywnego zażywania, jak i poziomu uzależnienia i problemów, a EMCDDA wspiera współpracę w tym zakresie.

Problem związany z określeniem intensywnego zażywania jako wskaźnika grupy osób najbardziej zagrożonych uzależnieniem lub problemami polega na tym, że pojęcie intensywnego zażywania zależy w pewnej mierze od rodzaju narkotyku. O ile problemowe zażywanie opiatów łączy się nierozdzielnie ze schematem codziennego ich zażywania, to w przypadku narkotyków pobudzających sytuacja często wygląda inaczej. Ciągi zażywania tych narkotyków występują częściej, spożywane ilości wzrastają krótkotrwale, aby znowu spaść, a osoby zażywające często przestawiają się na inne narkotyki lub alkohol w celu obniżenia negatywnych skutków abstynencji. Zarówno czynniki farmakologiczne, jak i sytuacyjne mogą mieć

wpływ na schematy intensywnego zażywania narkotyków, ale nie ulega wątpliwości, że behawioralne mierniki intensywności zażywania powinny uwzględniać różne schematy zażywania narkotyków w powiązaniu z różnymi rodzajami narkotyków.

Trudności w zgłaszaniu problemów związanych z zażywaniem wielu narkotyków

Z przyczyn praktycznych i metodologicznych w sprawozdaniach dotyczących zażywania narkotyków każdą substancję opisuje się oddzielnie. Zapewnia to przejrzystość pojęciową ułatwiającą zgłaszanie danych z wykorzystaniem dostępnych metod behawioralnych, ale pomija się wówczas fakt, że osoby zażywające narkotyki często zażywały lub będą zażywały wiele różnych substancji, zarówno nielegalnych, jak i legalnych, i w związku z tym mogą doświadczać problemów związanych z więcej niż jednym narkotykiem. Mogą zastępować jeden narkotyk innym, zmieniać z czasem główny zażywany narkotyk lub stosować różne substancje w sposób komplementarny. Ten rodzaj złożonego zażywania jest szczególnym wyzwaniem dla systemu monitorowania, nawet w przypadku ograniczenia analizy do prostych behawioralnych metod pomiaru zażywania narkotyków w różnych okresach. Jeżeli uwzględnić pojęcia zażywania problemowego i uzależnienia, sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej i na poziomie europejskim istnieje bardzo niewiele solidnych danych umożliwiających przeprowadzenie rzetelnej analizy w tej dziedzinie. Niemniej w niektórych krajach istnieje prawdopodobnie duża populacja osób zażywających problemowo narkotyki od dłuższego czasu, które trudno sklasyfikować pod względem głównej zażywanej substancji i które mogą doświadczać problemów ze względu na zażywanie zarówno legalnych, jak i nielegalnych substancji. Rozwiązanie tego problemu wymaga lepszego zrozumienia schematów zażywania więcej niż jednego narkotyku i zastosowania tej wiedzy w celu poprawy sprawozdawczości zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim.

Wymienne zażywanie wielu narkotyków

W ramach ogólnego pojęcia zażywania więcej niż jednego narkotyku należy uwzględnić kilka specjalnych znaczeń tego terminu. Jest to intensywne zażywanie kilku substancji w chaotyczny sposób, jednocześnie lub kolejno, często polegające na zastępowaniu jednego narkotyku innym zależnie od ich dostępności. Na przykład dotyczy to osób zażywających narkotyki problemowo, które zażywają różne opiaty, jak również produkty farmaceutyczne, kokainę, amfetaminy i alkohol.

Wydaje się, że taki schemat zażywania występuje wśród niektórych osób zażywających narkotyki w sposób przewlekły, prawdopodobnie w grupach marginalizowanych społecznie i wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. W wielu europejskich systemach rejestracji takie przypadki zostałyby zaliczone do zażywania opiatów.

Wówczas osoby te zostałyby objęte zakresem definicji i monitorowaniu jako zażywające narkotyki problemowo. Jednak pytanie, czy intensywne, chaotyczne zażywanie więcej niż jednego narkotyku nie stanowi kategorii samej w sobie, pozostaje otwarte — uzależnienie bez określenia głównego narkotyku wymagałoby wtedy specjalnych pomiarów epidemiologicznych i metod leczenia, pomocy czy ograniczania szkód zdrowotnych w wyjątkowo trudnych sytuacjach. W tych warunkach monitorowanie elementów składowych problemowego zażywania narkotyków powinno uwzględniać zażywanie więcej niż jednego narkotyku jako jednego z tych elementów podlegających oddzielnym pomiarom.

Łączenie narkotyków

Istnieje także grupa osób zażywających narkotyki, które systematycznie przyjmują jednocześnie kilka substancji, dążąc do uzyskania ich połączonych efektu; na tym polega np. *speedballing* — jednoczesne dożylnie zażywanie heroiny i kokainy.

Zażywanie drugiego narkotyku ze względu na jego działanie farmakologiczne nie ogranicza się do jednoczesnego zażywania — można go zażywać po pierwszym, jako narkotyk zastępczy lub uzupełniający. Na przykład benzodiazepinę można stosować jako substancję obniżającą objawy głodu narkotycznego przy braku dostępności opiatów. W innych przypadkach drugi narkotyk stosuje się ze względu na jego równoważące działanie farmakologiczne. Taka sytuacja ma miejsce, gdy działanie odurzające opiatów modyfikuje się przez zażycie kokainy lub w przypadku gdy stan lękowy spowodowany zażyciem kokainy lub amfetaminami łagodzi się przez zażycie opiatów lub innych środków obniżających aktywność.

Wzrost ryzyka przy zażywaniu więcej niż jednego narkotyku

Efekt wzmocnienia działania jednej substancji przez drugą jest czasem dość znaczny i w tym przypadku należy uwzględnić legalne narkotyki i leki — takie jak alkohol, nikotyna i środki uspokajające — w połączeniu z kontrolowanymi substancjami psychoaktywnymi. Poziom ryzyka zależy od wielkości dawek obydwu substancji. Powodem do zaniepokojenia jest duża liczba możliwych połączeń: alkohol i kokaina powodują podwyższoną toksyczność sercowo-naczyniową; alkohol lub leki uspokajające zażywane z opiatami podwyższają ryzyko przedawkowania; a opiaty lub kokaina zażywane wraz z ecstazy lub amfetaminami również wywołują ostrą toksyczność.

Ograniczona dostępność danych dotyczących zażywania więcej niż jednego narkotyku

Brak danych nie pozwala zgłaszać wielu aspektów dotyczących zażywania więcej niż jednego narkotyku. Dostępne dane pochodzą z raportów toksykologicznych sporządzanych w przypadkach przedawkowania narkotyku oraz ze zgłoszeń własnych osób poddanych terapii. Źródła te umożliwiają pewien wgląd w kwestię zażywania więcej

niż jednego narkotyku, ale dostępne informacje są często ograniczone, należy też rozważyć ich reprezentatywność.

Badania ankietowe wykazały dużą częstotliwość zażywania więcej niż dwóch narkotyków w tym samym okresie. Często jednak dane ankietowe w niewielkim stopniu uwzględniają niektóre formy zażywania narkotyków, a nawet jeśli informacje są dostępne, to nadal nie opracowano porównywalnych norm sprawozdawczych. Z zakresem danych dotyczących zażywania więcej niż jednego narkotyku, pochodzących z badań ankietowych, można się zapoznać w ostatnim sprawozdaniu technicznym EMCDDA (2005b). Na przykładzie danych pochodzących z Hiszpanii wykres 15 pokazuje, że zażywanie jednego narkotyku powoduje większą, w porównaniu z ogółem ludności, skłonność do zażywania innego narkotyku, a zjawisko to zależy od rodzaju narkotyku. Na przykład wśród osób zażywających heroinę stosunkowo popularne jest zażywanie kokainy, ale w przypadku osób zażywających kokainę zażywanie innych narkotyków nie jest tak oczywiste.

Opracowanie operacyjnej definicji zażywania więcej niż jednego narkotyku: kwestia czasu?

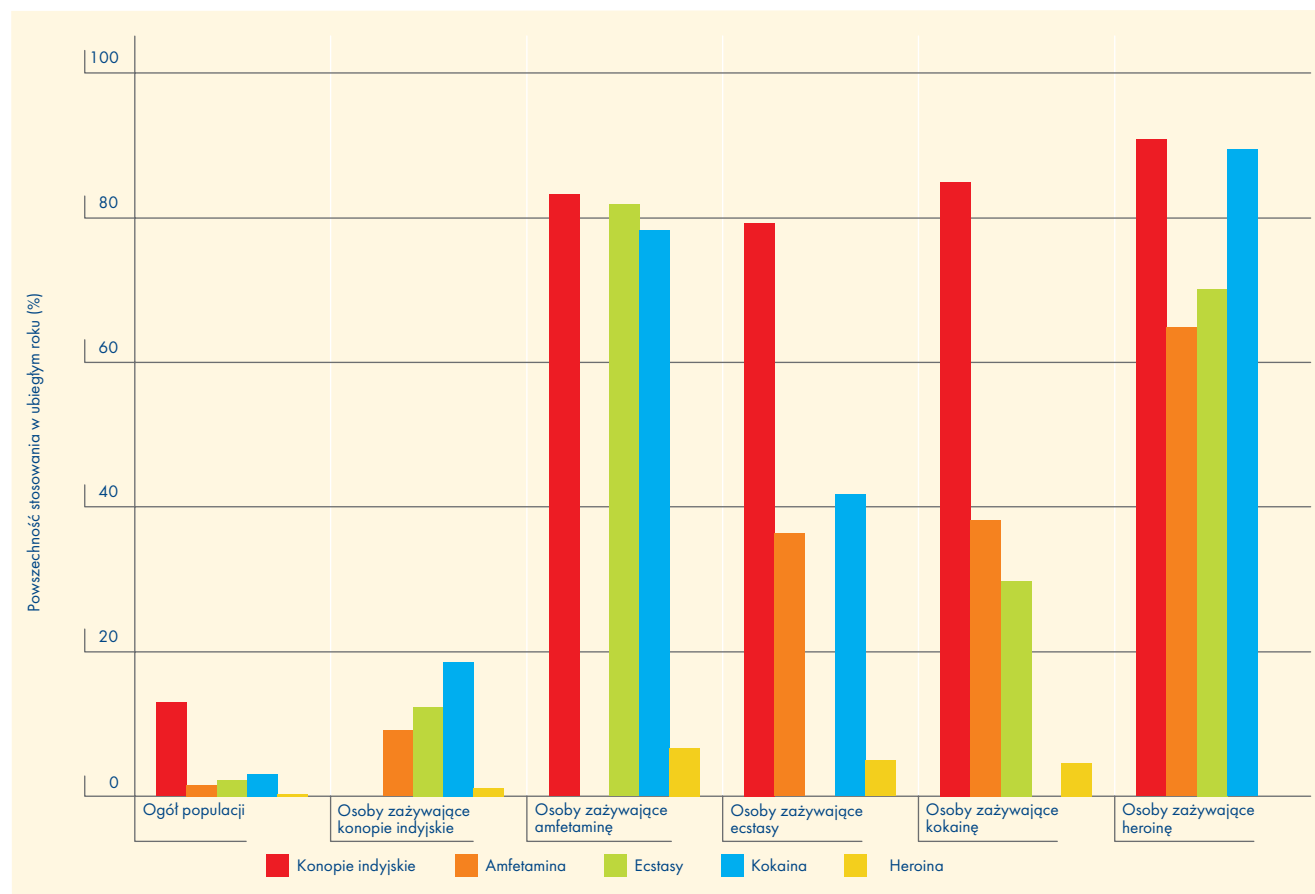
Należy rozważyć, jakie okresy powinny podlegać ocenie i zgłaszaniu przypadków zażywania więcej niż jednego narkotyku. Wskaźniki liczby osób, które przynajmniej raz zażywały narkotyk, raczej nie będą przydatne ani istotne w kwestii zdrowia publicznego w porównaniu ze wskaźnikami niedawnego zażywania narkotyków.

Operacyjną definicją zażywania więcej niż jednego narkotyku mogłoby być częste zażywanie więcej niż jednej substancji w określonym, minimalnym okresie, np. 1 miesiąca. Nie ma tu rozróżnienia między rodzajami zażywania, które opisano powyżej, ale definicja daje ogólny obraz potencjalnej grupy wysokiego ryzyka. Odrzucając wskaźnik liczby osób, które przynajmniej raz zażywały narkotyk, przy opisywaniu zachowań związanych z zażywaniem więcej niż jednego narkotyku należy uczynić wyjątek dla grupy bardzo młodych osób — uczniów lub studentów — w przypadku których wskaźnik ten może odzwierciedlać obecną sytuację. Materiał dowodowy, np. uzyskany w wyniku badań ESPAD, wskazuje, że wśród studentów odbiegające od normy lub rzadko spotykane schematy zażywania narkotyków (ecstasy, amfetaminy, środków halucynogennych, kokainy, heroiny) dotyczą pojedynczych osób.

Poprawa monitorowania problemu narkotykowego w Europie i zwiększenie świadomości w zakresie zażywania więcej niż jednego narkotyku

Jednym z kluczowych zadań EMCDDA jest poszerzenie wiedzy na temat charakteru i skali problemu narkotykowego w Europie. Zażywanie narkotyków jest jednak skomplikowanym zagadnieniem, obejmującym szereg zachowań w różnym stopniu związanych z kilkoma istotnymi

Wykres 15: Spożycie narkotyków w ciągu ostatniego roku w całej populacji w wieku 15–34 lata, w różnych grupach osób zażywających narkotyki



Uwagi: Dane dotyczące Hiszpanii, 1999 r. Więcej informacji można znaleźć w wykresie GPS-34 w Biuletynie statystycznym za 2006 r.
Źródło: EMCDDA (2005b).

problemami społecznymi i z zakresu zdrowia publicznego. Osoby zażywające narkotyki mogą doświadczać problemów lub być nimi zagrożone. Schematy zażywania narkotyków są różne: od eksperymentowania poprzez zażywanie sporadyczne i okazjonalne aż po regularne, intensywne i niekontrolowane. Osoby zażywające narkotyki można zaklasyfikować według definicji klinicznych jako osoby z problemem narkotykowym lub uzależnione, natomiast w badaniach obie te kategorie dzielić na dalsze grupy. Złożoność zagadnienia zwiększa fakt, że osoby zażywające narkotyki często spożywają różne substancje, zmieniając z upływem czasu swoje schematy spożycia. Żadne pojedyncze narzędzie sprawozdawcze nie jest w stanie ująć tej złożonej sytuacji w wystarczającym stopniu. W praktyce przyjęte przez EMCDDA podejście polegające na badaniu wielu wskaźników powinno wypuklać różnorodne aspekty zjawiska narkotyków.

Wskaźnik PDU, obejmujący określony zestaw zachowań, zapewnia cenny wgląd w niektóre spośród najbardziej szkodliwych i kosztownych form zażywania narkotyków. Z tego względu stanowi ważny element służący zrozumieniu europejskiego problemu narkotykowego w ujęciu całościowym. Jednak obecnie występuje wyraźna potrzeba uzupełnienia

ogólnych danych szacunkowych ujętych we wskaźniku PDU danymi szacunkowymi dotyczącymi poszczególnych substancji. Pozwoli to lepiej zająć się coraz bardziej zróżnicowanym problemem narkotykowym w Europie.

Ponieważ wiele spośród dostępnych źródeł danych opiera się na behawioralnych sprawozdaniach dotyczących spożycia narkotyków, pojęcie częstego lub intensywnego zażywania należy także rozwijać na tej podstawie. Umożliwi to poszerzenie perspektywy monitorowania problemów narkotykowych poza granice wyznaczane obecnie przez wskaźnik PDU. Zestawienie informacji uzyskanych dzięki wskaźnikowi PDU z tym rozszerzonym zakresem danych, będzie także stanowić postęp w staraniach EMCDDA na rzecz lepszego zrozumienia zarówno skali, jak i charakteru problemów narkotykowych w Europie. Jednocześnie należy dalej pracować nad tworzeniem norm sprawozdawczych umożliwiających lepszy opis schematów zażywania więcej niż jednego narkotyku na poziomie europejskim. Pierwsze działania w tym kierunku powinny obejmować opracowanie bardziej złożonych ram pojęciowych potrzebnych do badania różnych rodzajów zażywania więcej niż jednego narkotyku – w tym ustalenie właściwych ram czasowych – oraz identyfikację odpowiednich źródeł danych.



Bibliografia

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Londyn.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. i Niesink, R.J.M. (2005), „Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?”, *Addiction biology* 10(4), str. 321–323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. i in. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O’Brien, M.S. i Anthony, J.C. (2005), „Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001”, *Drug and alcohol dependence* 79, str. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O’Shea, J. i in. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Londyn (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Wiedeń.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Wiedeń.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2002b), „Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs”, Project CT.00.EP.13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2004d), „Overdose: a major cause of avoidable death among young people”, *Drugs in Focus* No. 13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2005a), *Annual Report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2005b), „Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use”, final report, project CT.03.P1.200, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EMCDDA (2005c), „Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU”, final report, project CT.04.P2.329, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice, nr 71.
- Europol (2006), „Drugs 2006” (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file no. 158448), Europol, Haga.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. i in. (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention”, *International journal of drug policy* 16S, str. 67–75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. i in. (2005), „Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users”, *World psychiatry*, 4(3), str. 173–176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. i in. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. i in. (2003), „Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients”, *Archives of general psychiatry* 60, str. 1043–1052.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations International Narcotics Control Board, Nowy Jork.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations International Narcotics Control Board, Nowy Jork.
- Kandel, D. i Davis, M. (1992), „Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use”, w: Glantz, M. i Pickens, R. (ed.), *Vulnerability to Drug Abuse* str. 211–53. American Psychological Association. Waszyngton.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. i Spoth, R. (1996), „The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations”, w: Peters, R. i McMahon, R. J. (ed.) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. i in. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, Londyn (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. i Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, Londyn.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. i in. (2006), „Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population”, *Archives of general psychiatry* 63, str. 219–228.
- 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.
- Raporty krajowe Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Roe, E. i Becker, J (2005), „Drug prevention with vulnerable young people: a review”, *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), str. 85–99.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. i in. (2004), „A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction”, *Drug and alcohol dependence* 74, str. 1–13.
- Schäfer, C. i Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. i in. (2005), „Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence”, *American journal of psychiatry* 162, str. 340–349.
- Shearer, J. i Gowing, L.R. (2004), „Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research”, *Drug and alcohol review* 23, str. 203–211.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC (2006), *2006 world drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- UNODC i rząd Maroka (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń.
- Van den Brink, W. (2005), „Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment”, *Sucht* 51(4), str. 196–198.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. i Watts, C. (2006), „Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (w druku).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. i in. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults”, *Drug and alcohol dependence* 68(1), str. 49–64.
- WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, World Customs Organization, Bruksela.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, World Health Organization, Genewa.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004), „Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention”, position paper, World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Sprawozdanie roczne 2006: stan problemu narkotykowego w Europie

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich

2006 — 96 str. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-259-4

SPRZEDAŻ I PRENUMERATA

Odpłatne publikacje, wydane przez Urząd Oficjalnych Publikacji, dostępne są w naszych biurach sprzedaży w różnych częściach świata.

Jaka jest procedura nabycia dowolnej publikacji?

Po otrzymaniu listy biur sprzedaży należy wybrać odpowiednie biuro i skontaktować się z nim w celu złożenia zamówienia.

Jak dotrzeć do listy biur sprzedaży?

Można ją przejrzeć na stronie internetowej Urzędu <http://publications.europa.eu/>
Bądź wysłać faksem zamówienie pod numer (352) 29 29 427 58,
aby otrzymać jej wersję papierową.

Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Centrum, ustanowione w 1993 r. i mające siedzibę w Lizbonie, jest głównym źródłem obszernych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA gromadzi, analizuje i rozpowszechnia obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Czyniąc to, dostarcza swoim odbiorcom oparte na dowodach obraz zjawiska narkomanii na szczeblu europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są głównym źródłem informacji przeznaczonych dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów oraz badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów i masowego odbiorcy.

Sprawozdanie roczne przedstawia przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA i jest istotną publikacją źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.