ISSN 1830-0790

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2004

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W UNII EUROPEJSKIEJ I NORWEGII

PL

Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2004

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W UNII EUROPEJSKIEJ I NORWEGII

Nota prawna

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

Duża część dodatkowych informacji na temat Unii Europejskiej dostępnych jest w Internecie. Dostęp do nich możliwy jest 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

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 i norweskim. Wszystkie tłumaczenia wykonane zostały przez Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej.

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2004.

ISBN 92-9168-212-8

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2004.
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 Lizbona, Portugalia
Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

Spis treści

Wprowadzenie 5

Podziękowania 7

Informacje wstępne 7

Narkotyki – krótki przegląd sytuacji w Europie 9

Rozdział 1
Nowe osiągnięcia w zakresie polityki i przepisów prawa 15

Rozdział 2
Zapobieganie narkotykom – praca z grupami społecznymi oraz ukierunkowanie na najbardziej narażone osoby 24

Rozdział 3
Konopie indyjskie 28

Rozdział 4
Amfetaminy i pochodne środki pobudzające, LSD i inne narkotyki syntetyczne 34

Rozdział 5
Kokaina i crack 44

Rozdział 6
Heroina oraz stosowanie narkotyków w drodze iniekcji 50

Rozdział 7
Leczenie – dostosowanie się do potrzeb osób borykających się z problemami 63

Rozdział 8
Przestępczość oraz zagadnienia związane z więziennictwem 70

Zagadnienia wybrane 1
Ocena krajowych strategii antynarkotykowych w Europie 75

Zagadnienia wybrane 2
Zarys problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi – próba zrozumienia wzrostu zapotrzebowania na leczenie w Europie 82

Zagadnienia wybrane 3
Współzachorowalność 94

Bibliografia 105

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox 111

Wprowadzenie

Tegoroczne sprawozdanie roczne Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zawiera dane pochodzące z 25 państw członkowskich Unii Europejskiej oraz z Norwegii. Niezliczona ilość przedstawionych informacji nie tylko pozwala nam lepiej zrozumieć stopień, w jakim problemy wynikające z zażywania narkotyków dotyczą zarówno obywateli europejskich, jak i społeczności, w których żyją, ale również umożliwia nam dokonanie analizy strategii i działań, które państwa członkowskie opracowały i podjęły, aby odpowiedzieć na złożone i wielowymiarowe wyzwanie, którym jest zażywanie narkotyków.

Osoby, które znają wcześniejsze sprawozdania EMCDDA na temat europejskiego zjawiska narkomanii, mogą zaskoczyć różnice wynikające z rozszerzenia perspektywy. Wiele z naszych założeń dotyczących natury i kierunku trendów zjawiska narkomanii należy zweryfikować i dostosować tak, aby odzwierciedlały one realia bardziej złożonej, dynamicznej i zróżnicowanej sytuacji, której Europa stawia obecnie czoła.

Nie wszystkie państwa mają możliwość dostarczenia informacji na temat wszystkich aspektów zjawiska oraz nie wszystkie dostępne dane pozwalają na zwykłe przeprowadzenie porównania. Z tego względu przedstawiono uwagi metodologiczne oraz ostrzeżono czytelnika o ograniczeniach, jakie powinien on wziąć pod uwagę przy wysuwaniu wniosków. Jednakże aktualnie dostępne informacje z zakresu europejskiego problemu narkotykowego są liczne i coraz bardziej niepodważalne. Naszym zamiarem jest dostarczenie w nadchodzących latach coraz bardziej wszechstronnego zbioru danych, ponieważ inwestycje podejmowane obecnie przez państwa członkowskie dają odpowiednie rezultaty. Czytelnik o podejściu bardziej specjalistycznym lub czytelnik, który domaga się bardziej szczegółowych informacji na temat któregokolwiek z aspektów niniejszego sprawozdania, może odwołać się do tabeli zawierających wszystkie dane, które uzupełniają informacje zamieszczone w sprawozdaniu i które dostępne są w towarzyszącym sprawozdaniu biuletynie statystycznym oraz w poszerzonej wersji internetowej niniejszej publikacji. Dla osób, które zainteresowane są jedynie zwięzłym przeglądem dokonań, w dziale „W skrócie" znajduje się streszczenie głównych zagadnień, które następnie zostały omówione bardziej szczegółowo w samym sprawozdaniu.

Z uznaniem przyznajemy, że informacje zamieszczone w tym sprawozdaniu są produktem współpracy i działań naszych partnerów zrzeszonych w sieci Reitox oraz ekspertów naukowych, którzy uczestniczyli w pracach grup roboczych na szczeblu krajowym i unijnym. Informacje zamieszczone w sprawozdaniu uzyskano również, na czym sprawozdanie tylko skorzystało, z naszych obecnych działań podejmowanych z Komisją Europejską w celu wsparcia oceny europejskiego planu działań w zakresie narkotyków (na lata 2000-2004).

Niektórzy komentatorzy skupiają się na trudnościach, które mogą wyniknąć z większej integracji europejskiej, a w szczególności na zdolności grup zorganizowanej przestępczości do korzystania z otwarcia granic i ze swobodnego przepływu towarów i osób. Takie wyzwania nie zostały zignorowane w tym sprawozdaniu, ale można doszukać się w nim innego przesłania. Coraz częściej my, Europejczycy, borykamy się z takimi samymi problemami wynikającymi z zażywania narkotyków, jednocześnie dodając do dyskusji różnorodne historyczne doświadczenia i perspektywy. Dane znajdujące się w tym sprawozdaniu stanowią wspólny wkład państw zrzeszonych w Centrum w gromadzenie porównywalnych informacji oraz w posługiwanie się nimi, ułatwiając opracowanie wydajniejszych i bardziej ukierunkowanych strategii i reakcji. Rozszerzenie Unii Europejskiej daje nam nową sposobność do podzielenia się naszymi doświadczeniami na temat środków dających rezultaty oraz do zacieśnienia współpracy w celu opracowania lepiej skoordynowanych działań. W związku z tym przedsięwzięciem EMCDDA angażuje się w odegranie swojej roli we współpracy z państwami członkowskimi w celu zgromadzenia wysokiej jakości zestawów danych, które są niezbędne do wzmocnienia świadomej dyskusji.

Marcel Reimen
Przewodniczący, Zarząd EMCDDA

Georges Estievenart
Dyrektor wykonawczy, 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 wstępnych danych do niniejszego sprawozdania we wszystkich państwach członkowskich,
- członkom Zarządu oraz Komitetu Naukowego EMCDDA,
- Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej – a w szczególności Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków – oraz Komisji Europejskiej,
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biuru ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości, Światowej Organizacji Zdrowia, Europolowi, Interpolowi, Światowej Organizacji Ceł, Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i Innych Używkach (CAN) oraz Europejskiemu Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS (EuroHIV),
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej oraz Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich,
- Prepress Projects Ltd,
- eLg Language Integration.

Informacje wstępne

Niniejsze sprawozdanie roczne powstało w oparciu o informacje udostępnione Centrum EMCDDA przez państwa członkowskie UE oraz Norwegię (biorącą udział w pracach EMCDDA od 2001 r.) w postaci sprawozdań krajowych. Przestawione tutaj dane statystyczne dotyczą roku 2002 (lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane). Nowsze dane mogą być dostępne w zakresie reakcji na używanie narkotyków oraz odnośnie zagadnień wybranych.

Sprawozdania krajowych punktów kontaktowych sieci Reitox dostępne są na stronie internetowej EMCDDA (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Poszerzona wersja internetowa sprawozdania rocznego dostępna jest w 20 językach i znajduje się na stronie http://annualreport.emcdda.eu.int. Pozostałe materiały, oznaczone w przypisach literami OL, dołączone zostaną jedynie do wersji internetowej. Są one dostępne w języku angielskim i obejmują niezliczone dodatkowe elementy graficzne, tabele oraz materiały źródłowe.

Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2004 zawiera pełen zestaw tabel źródłowych, w oparciu o które przeprowadzono analizę statystyczną (http://statistics.emcdda.eu.int). Zawiera on również więcej szczegółów dotyczących zastosowanej metodologii.

Narkotyki – krótki przegląd sytuacji w Europie

W niniejszym przeglądzie przedstawiono niektóre kluczowe zagadnienia objęte rocznym sprawozdaniem EMCDDA 2004 na temat problemu narkotykowego w Europie. Czytelnik powinien zapoznać się z tekstem sprawozdania, aby uzyskać całościowy przegląd zjawiska.

Polityka i ramy prawne

Wśród głównych zagadnień politycznych odnotowanych w sprawozdaniu znajduje się średniookresowa ocena planu działań, będącego wynikiem posiedzenia specjalnego Narodów Zjednoczonych w sprawie światowego problemu narkotyków (UNGASS), które odbyło się w roku 1998. Ponadto EMCDDA wnosi wkład do oceny planu działań UE w zakresie narkotyków (2000–2004), który zostanie zakończony w roku 2004.

W czerwcu 2003 r. Rada Ministrów przyjęła zalecenie w sprawie zapobiegania i zmniejszania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków. Kluczowe obszary zalecenia obejmują ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka, zmniejszenie zapadalności na choroby przenoszone przez krew wśród osób zażywających narkotyki (HIV, WZW i gruźlica), zmniejszenie umieralności związanej z zażywaniem narkotyków oraz stworzenie odpowiednich mechanizmów oceny. W 2003 r. Rada Ministrów osiągnęła także porozumienie polityczne w sprawie ramowej decyzji dotyczącej obrotu narkotykami. Porozumienie to koncentruje się na ujednoliceniu wymierzanych kar oraz objęciu działaniami organizacji przestępczych i terrorystycznych czerpiących korzyści z handlu narkotykami.

W 2003 r. w Unii Europejskiej kontynuowano prace nad kontrolą nowych syntetycznych narkotyków, przy czym Rada Ministrów podjęła decyzję o zastosowaniu środków kontrolnych wobec substancji 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 i TMA-2.

W 2003 r. zwiększyła się także liczba krajów realizujących politykę antynarkotykową w ramach ogólnej strategii krajowej. Plany antynarkotykowe przyjęto w Danii, Niemczech, na Litwie i w Słowenii. Kiedy tylko, wg przewidywań, Estonia i Francja dołączą do tej grupy w roku 2004, ponad trzy czwarte wszystkich państw członkowskich UE będzie posiadało takie plany. Do wspólnych dla strategii krajowych tematów należą zagwarantowanie zrównoważonego podejścia w odniesieniu do działalności po stronie popytu i podaży oraz wyraźne uznanie znaczenia koordynacji.

Przeprowadzenie oceny polityki antynarkotykowej może dostarczyć wielu doświadczeń na przyszłość. Obszary będące przedmiotem monitoringu lub oceny w państwach członkowskich w 2003 r. obejmują skutki nowych przepisów antynarkotykowych, skutki zmiany przepisów dotyczących posiadania narkotyków na własny użytek, a zwłaszcza posiadania pochodnych konopi, środki umożliwiające władzom lokalnym podejmowanie działań przeciwko obiektom związanym z handlem narkotykami lub uciążliwym społecznie, programy pozwalające na skierowanie osób z problemami narkotykowymi do instytucji spoza wymiaru sprawiedliwości oraz działania przeciwdziałające handlowi narkotykami i praniu brudnych pieniędzy. Podejścia zastosowane przez państwa członkowskie do oceny krajowych strategii antynarkotykowych przedstawiono w jednej z części „Zagadnień wybranych" poświęconej ocenie.

W dwóch krajach (Belgia i Wielka Brytania) odnotowano zmianę klasyfikacji prawnej pochodnych konopi indyjskich. W krajach tych problemowe zażywanie pochodnych konopi jest szczególnym przedmiotem przepisów i wytycznych, natomiast zainicjowane zmiany mają charakter wielowymiarowy, który to jest czasem ignorowany w sprawozdaniach medialnych donoszących o podjętych działaniach.

Ustanowienie praw umożliwiających konfiskatę majątku handlarzy narkotyków i gangów przestępczych jest zagadnieniem nabierającym coraz większego znaczenia dla przyszłych działań i współpracy międzynarodowej. Hiszpania, Francja, Irlandia i Wielka Brytania zgłaszają dokonanie postępów w tej sferze działania.

Kwestia prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków oraz jej rozwiązanie są przedmiotem dużego zainteresowania w wielu państwach członkowskich. W 2003 r. trzy kraje (Francja, Austria i Finlandia) wprowadziły znaczące zmiany w celu objaśnienia i wzmocnienia przepisów w tym zakresie.

Zapobieganie narkomanii

Działania zapobiegawcze w Europie można podzielić na działania ukierunkowane na całe społeczeństwo (zapobieganie powszechne), na osoby najbardziej zagrożone, niezależnie od grupy odniesienia (zapobieganie wybiórcze) lub na jednostkę (zapobieganie zalecane). Najlepiej opracowanym modelem zapobiegania powszechnego są programy skierowane do populacji szkolnej, dla których dostępna jest stosunkowo szeroka baza dowodowa, umożliwiająca opracowanie treści programu i jego realizację. Wiele krajów odnotowało obiecujące postępy odnośnie zasięgu geograficznego szkolnych programów prewencyjnych i ich realizacji. Niemniej w wielu

krajach potencjał do zwiększenia zarówno zasięgu geograficznego, jak i jakości powszechnych działań zapobiegawczych jest wciąż znaczny. Wysiłki podejmowane w ramach zapobiegania powszechnego poza szkołą również charakteryzują się istotnym potencjałem, ale obecnie są przedmiotem zainteresowania tylko kilku krajów.

Wprawdzie znaczenie rozwoju prac prewencyjnych wśród osób najbardziej zagrożonych jest coraz powszechniej uznawane, lecz wciąż istnieje znaczna potrzeba inwestycji w ten typ prewencji ukierunkowanej.

Konopie indyjskie

Produkty otrzymywane z konopi indyjskich pozostają najczęściej zażywaną nielegalną substancją w UE, przy czym różnice w zażywaniu pomiędzy krajami są znaczne. Ostatnie badania wśród 15-letnich uczniów wykazują, że wskaźnik przynajmniej jednokrotnego zażycia pochodnych konopi waha się od poniżej 10% do powyżej 30%, przy najwyższym poziomie odnotowanym w Wielkiej Brytanii wśród chłopców (42,5%). Niewielki, ale istotny, odsetek (około 15%) 15-letnich uczniów, którzy zażywali pochodne konopi w ostatnim roku, zrobił to co najmniej 40 razy. Tak intensywne zażywanie pochodnych konopi jest niepokojące, jeśli weźmie się pod uwagę, że grupa ta prawdopodobnie odczuje negatywne tego skutki. Kwestię tę oraz odnotowany w Europie wzrost zapotrzebowania na leczenie z powodu zażywania pochodnych konopi omówiono szczegółowo w „Zagadnieniach wybranych". Wskaźnik niedawnego zażywania pochodnych konopi (w ubiegłym roku) jest najwyższy wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat) i waha się w większości krajów od 5% do 20%. Najwyraźniej spożycie pochodnych konopi znacznie wzrosło w większości krajów w latach 90-tych, ale przynajmniej w niektórych z nich obecnie uległo stabilizacji.

Ponad 30 krajów wskazuje się jako źródło pochodnych konopi przechwyconych w Europie, co ilustruje globalny charakter produkcji konopi. Europa jest największym na świecie rynkiem żywicy konopnej, pochodzącej głównie z Maroka, które jest obecnie ogólnoświatowym źródłem dostaw tego narkotyku. Konopie indyjskie obecnie są też uprawiane w większości krajów europejskich. Jednakże rynki wszystkich krajów, z wyjątkiem Holandii, zdominowane są przez konopie importowane. Wydaje się, że siła działania importowanych do Europy pochodnych konopi jest stosunkowo niezmienna od szeregu lat. Konopie indyjskie uprawiane w UE z zastosowaniem intensywnych metod ma zazwyczaj większą siłę działania, choć siła działania obydwu produktów jest praktycznie taka sama.

Środki pobudzające typu amfetaminy (ATS), LSD i inne narkotyki syntetyczne

Amfetamina jest tradycyjnie drugim najczęściej zażywanym narkotykiem w Europie, po pochodnych konopi. Obecnie sytuacja ta ulega zmianie w szeregu krajów takich jak Niemcy, Hiszpania, Holandia, Finlandia i Wielka Brytania, gdzie ostatnie badania sugerują, że zażywanie ecstasy osiągnęło, a nawet przekroczyło poziom zażywania amfetaminy. Pomimo wzrostu spożycia ecstasy, w 2002 r. w Europie wciąż odnotowywano najwyższy na świecie wskaźnik konfiskat amfetaminy (86% wg skonfiskowanych ilości). Wartość wskaźnika przynajmniej jednorazowego zażycia ecstasy ogólnie waha się od 0,5% do 7% wśród osób dorosłych, choć jest wyższa w przypadku młodych mężczyzn. Przykładowo w Czechach, Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii odnotowano, że wskaźnik przynajmniej jednorazowego zażycia plasuje się na poziomie od 11% do 17% wśród chłopców i mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat. Ogólnie rzecz biorąc, wzrost spożycia ecstasy w latach 90-tych najwyraźniej w chwili obecnej uległ stabilizacji i tylko nieliczne kraje wciąż donoszą o tendencji zwyżkowej. Badania populacji docelowych wielokrotnie wskazywały, że zażywanie ecstasy jest bardziej popularne wśród młodzieży uczestniczącej w tak zwanych „wydarzeniach/imprezach tanecznych", choć najnowsze dowody sugerują osłabienie tego zjawiska.

Śmiertelność związana z zażywaniem ecstasy jest niższa niż w przypadku opiatów, ale zjawisko to powoduje poważne zaniepokojenie opinii publicznej. Problemy związane z istniejącymi definicjami i metodami pomiarowymi utrudniają analizę tego zagadnienia. Dla ostatniego roku, dla którego istnieją dane, EMCDDA odnotowało mniej niż 100 zgonów spowodowanych zażywaniem ecstasy. Niemniej do liczby tej należy podejść z ostrożnością, ponieważ niektóre kraje nie przekazały danych, a udostępnione dane toksykologiczne często zawierały informacje także o innych substancjach. Około dwie trzecie wszystkich informacji o zgonach wywołanych zażywaniem ecstasy EMCDDA otrzymało z Wielkiej Brytanii, gdzie odnotowano tendencję zwyżkową. Nie jest jednak jasne, w jakim stopniu odzwierciedla to duże rozpowszechnienie ecstasy, a w jakim różnice w praktykach sprawozdawczych.

Państwa członkowskie nadal zwalczają „rozrywkowe" zażywanie środków pobudzających, realizując wiele programów zapobiegania i redukcji szkód. Najbardziej widoczne działania w tym zakresie podejmują niektóre nowe państwa członkowskie. Podejmowanie kuracji antynarkotykowej głównie wskutek zażywania ATS należy do rzadkości, z wyjątkiem Szwecji i Finlandii, które od dawna borykają się z problemami wynikającymi z chronicznego stosowania amfetaminy, oraz Republiki Czeskiej, gdzie od pewnego już czasu istnieją problemy związane z zażywaniem pervitinu, lokalnie produkowanej amfetaminy.

Wprawdzie zażywanie metamfetaminy stanowi rosnący problem w kontekście globalnym, w Europie narkotyk ten dotychczas był zażywany w dużych ilościach tylko w Czechach. Jednakże obecnie sporadyczne raporty na

temat zażywania metamfetaminy napływają także z innych krajów europejskich, sygnalizując możliwość dalszego rozprzestrzeniania tej wyjątkowo niszczącej formy narkotyku.

Kokaina

Najnowsze badania pokazują, że 0,5–6% dorosłych przynajmniej raz w życiu zażyło kokainę. Wśród osób młodych (15–34 lat) ogólnie wskaźnik ten kształtuje się w przedziale 1–10%. Zwykle około połowy osób, które przynajmniej raz w życiu zażyły kokainę, zrobiło to w ostatnim roku. Wskaźnik ten jest wyższy w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii, gdzie zażycie w ostatnim czasie (w minionym roku) obejmowało ponad 2% dorosłych, podczas gdy w większości pozostałych krajów mniej niż 1%. Oznacza to, że wartość wskaźnika niedawnego zażycia kokainy w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii jest zbliżona do poziomu odnotowanego w USA, przy czym wskaźnik przynajmniej jednorazowego zażycia tego narkotyku jest niższy. Trendy związane z zażywaniem kokainy są trudne do prześledzenia na szczeblu krajowym, ale istniejące dane sugerują pewien wzrost niedawnego spożycia (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) wśród młodzieży w Danii, Niemczech, Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii. Także Grecja, Irlandia, Włochy i Austria donoszą o zwiększonym spożyciu, w oparciu o dane lokalne lub jakościowe.

Liczba przypadków konfiskaty kokainy wzrosła w latach 1997–2002 we wszystkich krajach, z wyjątkiem Niemiec i Włoch. Trendy wynikające z dostępnych danych sugerują, że przeprowadzenie dogłębnej analizy pokaże, że liczba konfiskat odnotowanych na terytorium UE ponownie wzrosła w roku 2002. Ponadto w okresie tym cena kokainy spadła w większości krajów.

W Europie palenie cracku (zasady kokainowej) ogranicza się do większych miast, gdzie zażywają go głównie osoby należące do grup marginesowych. Przykładowo badania osób korzystających z pomieszczeń do konsumpcji narkotyków wykazują szczególnie wysoki wskaźnik palenia kokainy wśród kobiet pracujących w branży erotycznej. Wprawdzie palenie kokainy jest zjawiskiem rzadkim w skali ogólnospołecznej, ale stwarza szczególne zagrożenie dla zdrowia i równowagi społecznej.

Analizy toksykologiczne wskazują, że w przypadkach zgonów narkotykowych w niektórych krajach często stwierdzane jest połączenie kokainy z opiatami. Zgony spowodowane kokainą, bez użycia opiatów należą do rzadkości, ale ich liczba może wzrastać. W Wielkiej Brytanii liczba wzmianek o obecności kokainy w świadectwach zgonu wzrosła ośmiokrotnie w latach 1993–2001, natomiast w Holandii liczba zgonów przypisanych jedynie kokainie wzrosła z 2 w 1994 r. do 26 w 2001 r. Kokaina może także zwiększać śmiertelność wskutek nasilenia problemów sercowo-naczyniowych, ale takie przypadki mogą być słabo udokumentowane statystycznie.

Leczenie osób zażywających kokainę ma w dużej mierze charakter ogólny i zwykle nie obejmuje zastosowania leków. Prowadzone są prace mające zwiększyć skuteczność interwencji farmakologicznych, ale poza środkami usuwającymi symptomy brak w tej sprawie jednoznacznego porozumienia co do dobrej praktyki. Dla ośrodków leczniczych szczególnym wyzwaniem są osoby zażywające crack.

Problemowe zażywanie narkotyków, heroina i narkotyki dożylne

Zażywanie heroiny i zażywanie narkotyków w drodze iniekcji stanowi główny element wskaźnika EMCDDA odnoszącego się do problemowego zażywania narkotyków. Wskaźnik ten jest wielowarstwowym narzędziem pomagającym oszacować rozmiary w dużej mierze ukrywanego chronicznego problemu narkotykowego. Szacunki dotyczące problemowego zażywania narkotyków wahają się od dwóch do 10 przypadków na 1 000 dorosłych mieszkańców. Liczba osób z problemem narkotykowym różni się znacznie w zależności od kraju, jak i wewnątrz kraju, a najwyższe wartości odnotowano w Danii, we Włoszech, w Luksemburgu, Portugalii i Wielkiej Brytanii.

W Europie populacja osób z problemem narkotykowym najwyraźniej staje się grupą coraz bardziej zróżnicowaną. W wielu krajach większość osób z problemem narkotykowym tradycyjnie charakteryzowano jako zażywające heroinę, ale coraz powszechniejsze staje się zażywanie różnych narkotyków i środków pobudzających. Wprawdzie przeprowadzenie analizy jest utrudnione, ale najwyraźniej spożycie heroiny utrzymuje się na stosunkowo stabilnym poziomie w wielu krajach, a wartość wskaźnika nowego uzależnienia (częstotliwość występowania) spadła w porównaniu z sytuacją z lat 90-tych. Stwierdzenie to prawdopodobnie nie odnosi się do nowych krajów UE.

Nieco więcej niż jedna czwarta heroiny przechwyconej na świecie przypada na Europę. Nie sposób zaobserwować jednoznacznej tendencji w zakresie objętości heroiny przechwyconej w UE, ale ogólnie wydaje się ona stosunkowo stabilna. Wielka Brytania i po niej Hiszpania zgłaszają większą liczbę przypadków konfiskaty i ich większą objętość niż inne kraje.

W Europie produkowana jest ograniczona ilość opiatów, głównie lokalnie konsumowane produkty ze słomy makowej. Ostatnie dane nie wykazują jasnych tendencji w zakresie czystości heroiny, czy jej ceny ulicznej.

W Europie opiaty pozostają główną przyczyną zgonów związanych z zażywaniem nielegalnych substancji. Co roku dochodzi do 8–9 tys. przypadków śmiertelnego przedawkowania, ale liczby te są najprawdopodobniej zaniżone. Większość ofiar to młodzi mężczyźni w wieku około 30 lat, choć wiek ten wydaje się rosnąć. Pomimo że

istnieją znaczne różnice pomiędzy krajami, ogólnie w całej UE śmiertelność wynikająca z zażywania narkotyków stopniowo wzrosła w latach 80-tych i 90-tych. W latach 2000–2001 wiele krajów zgłosiło spadek liczby zgonów, co na szczeblu UE spowodowało niewielki, ale statystycznie znaczący spadek z 8.838 do 8.306. Niemniej z perspektywy historycznej liczba ta pozostaje wysoka.

Ostatnio odnotowano niepokojące sygnały na temat handlu fentanylem, syntetycznym opiatem 100-krotnie silniejszym od heroiny. Przypadki przechwycenia miały miejsce w kilku krajach nadbałtyckich i Federacji Rosyjskiej. W Estonii fentanyl pojawił się na rynku jako substytut heroiny pod koniec 2001 r., natomiast w Finlandii znaczną przesyłkę metylofentanylu przechwycono w 2002 r.

Badania przeprowadzone na osobach zażywających heroinę poddanych leczeniu wskazują na poważne zróżnicowanie pomiędzy krajami w zakresie, w jakim narkotyk jest wstrzykiwany lub palony. Wśród nowych pacjentów zażywających heroinę obecnie mniej niż połowa zgłasza zażywanie w drodze iniekcji, a w niektórych krajach metoda ta najwyraźniej staje się coraz mniej powszechna. Jednak w innych krajach, zwłaszcza, ale nie tylko, w nowych państwach członkowskich, podawanie heroiny za pomocą strzykawki pozostaje normą. Ogólny wskaźnik stosowania tej metody kształtuje się na poziomie 2–6 zażywających na 1 000 osób ludności dorosłej.

Epidemia HIV rozprzestrzenia się w niektórych nowych państwach członkowskich i krajach graniczących, ale stopień rozpowszechnienia w krajach UE jest wyjątkowo zróżnicowany. W Europie Zachodniej stosunkowa stabilizacja i spadek zachorowalności na HIV zagrożone są przez nowe lokalne ogniska choroby pojawiające się od połowy lat 90-tych oraz utrzymujące się na wysokim poziomie wskaźniki zarażeń wśród niektórych grup populacji.

Liczba zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW C) pozostaje na wysokim poziomie wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w Europie, przy czym badania dowodzą, że od 25% do prawie 100% badanych, którzy podają sobie narkotyk dożylnie, posiada antyciała.

W niektórych przypadkach można zaobserwować bezpośrednią korelację pomiędzy wskaźnikami zakażenia WZW typu C a HIV. W Europie wirusowe zapalenie wątroby typu B również pozostaje powszechnym zjawiskiem wśród osób wstrzykujących narkotyki (IDU) pomimo dostępności szczepionki. Z wyjątkiem niektórych krajów nadbałtyckich, w UE zachorowalność na gruźlicę wśród osób dożylnie zażywających narkotyki pozostaje niska, ale w niektórych krajach graniczących z UE odnotowano wysokie wskaźniki zakażenia.

Ogólnie w UE inwestycje w programy wymiany igieł i strzykawek (NSP), zaadresowane do osób wstrzykujących narkotyki, najwyraźniej uległy zwiększeniu. Estonia i Łotwa szybko rozszerzyły działania na tym obszarze, programy NSP wprowadzono też w Irlandii Północnej i Flandrii (Belgia). Niemniej w niektórych krajach realizujących już te programy, liczba rozprowadzonych strzykawek uległa zmniejszeniu, co być może odzwierciedla spadek popularności podawania w drodze iniekcji. Główne trendy w rozwoju usług niskoprogowych wykazują większą integrację z innymi usługami ratunkowymi, takimi jak schroniska i ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej, oraz większą elastyczność godzin urzędowania. Pomieszczenia do konsumpcji narkotyków wprowadzono w trzech państwach członkowskich, natomiast w 2004 r. EMCDDA opublikowało szczegółową analizę tych miejsc.

Leczenie uzależnienia narkotykowego

W większości państw członkowskich leczenie uzależnienia dotyczy przede wszystkim zażywania opiatów lub wielu narkotyków, w tym opiatów. Do głównych metod leczenia tej grupy należy leczenie zastępcze, chociaż w nowych państwach członkowskich dostępność leczenia zastępczego jest ograniczona i powszechne są metody niefarmakologiczne. Należy zaznaczyć, że w Republice Czeskiej, Finlandii i Szwecji osoby zażywające amfetaminę w drodze iniekcji stanowią znaczącą część pacjentów.

Dostępne dane dotyczące osób poszukujących pomocy ze względu na obecność problemu narkotykowego sugerują zróżnicowanie tej grupy. Oprócz zażywania heroiny w drodze iniekcji lub w inny sposób, zgłaszanych jest szereg problemów z zażywaniem wielu narkotyków, środków pobudzających i pochodnych konopi. W 2002 roku za pomocą wskaźnika EMCDDA dotyczącego zapotrzebowania na leczenie po raz pierwszy wykazano, że w 11 krajach, dla których dostępne były dane, pochodne konopi indyjskich zdetronizowały opiaty, uważane za narkotyk, z powodu którego najwięcej nowych pacjentów kierowano na leczenie w specjalistycznych ośrodkach leczenia pozaszpitalnego. Zakres, w jakim zjawisko to odzwierciedla zmiany w praktykach sprawozdawczych, w większej dostępności świadczeń i zmiany charakterystyki osób potrzebujących omówiono szczegółowo w części „Zagadnień wybranych" poświęconej zarysowi problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi.

Coraz powszechniej uznaje się, że jednostki leczące uzależnienia narkotykowe powinny zostać zintegrowane z innymi służbami zdrowia, zwłaszcza z tymi, które ukierunkowane są na grupy marginesowe i poszkodowane społecznie. Podjęcie skutecznych działań na rzecz osób mających równocześnie problemy z narkotykami i zdrowiem psychicznym stanowi szczególne wyzwanie. Temat ten przeanalizowano w części „Zagadnień wybranych" poświęconej współzachorowalności.

Kwestie związane z więziennictwem

Odsetek osób zażywających narkotyki w więzieniach znacznie przewyższa ten sam odsetek dla ogółu populacji.

Styczność z narkotykami ma 22–86% więźniów, w zależności od populacji więziennej, zakładu penitencjarnego i kraju. Ze względu na dominację narkotyków dożylnych, więzienia pozostają wysoce niebezpiecznym ogniskiem chorób zakaźnych. Stosowane środki zapobiegawcze obejmują leczenie zastępcze oraz programy wymiany igieł i strzykawek (NPS) w zakładach karnych. Skutki zdrowotne zażywania narkotyków w więzieniach, zwiększone przez ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej oraz odizolowanie więziennej służby zdrowia od ogólnej służby zdrowia, są coraz częściej podejmowanymi zagadnieniami w kontekście ogólnokrajowej opieki zdrowotnej i socjalnej. Alternatywne rozwiązania dla więzień, wprowadzane dzięki innowacjom w polityce penitencjarnej, obejmują kierowanie osób zażywających narkotyki na leczenie prawie obowiązkowe lub do prac społecznych, zakładając lepsze zaspokojenie ich potrzeb przez takie interwencje.

Rozdział 1

Nowe osiągnięcia w zakresie polityki i przepisów prawa

W niniejszym rozdziale opisano najnowsze osiągnięcia w zakresie strategii antynarkotykowych w UE w ujęciu ogólnym oraz w poszczególnych państwach członkowskich. W większości przypadków dostarczone informacje oparte są na zmianach jakie miały miejsce w roku 2003, kiedy to rozpoczęła się realizacja drugiej połowy Planu działań UE w zakresie narkotyków 2000–2004. Ponadto rok 2003 zapowiadał zbliżanie się nieprzekraczalnego terminu wyznaczonego dla rządów krajowych na przeprowadzenie średniookresowej oceny postępów w opracowywaniu i wdrażaniu krajowych strategii antynarkotykowych, zgodnie z Deklaracją w sprawie zasad przewodnich dotyczących ograniczenia popytu na narkotyki, która ma swoje źródła w posiedzeniu specjalnym Zgromadzenia Ogólnego ONZ (UNGASS) ([1]) w sprawie światowego problemu narkotykowego, które odbyło się w 1998 r. Ze względu na nadchodzącą w tym roku finalizację planu działań UE 2000–2004 warto byłoby podjąć dyskusję na temat postępów osiągniętych w zakresie oceny tych działań. EMCDDA odgrywa pełną i czynną rolę w tym procesie, który wg założeń ułatwi podejmowanie rozsądnych decyzji odnośnie narkotyków. To właśnie pod tym kątem oceniane będą strategie oraz rozwój legislacyjny zarówno na szczeblu krajowym, jak i unijnym.

Osiągnięcia na szczeblu UE

W roku 2003 zatwierdzono dwa nowe instrumenty prawne na szczeblu europejskim w celu wsparcia walki z nadużywaniem narkotyków. Jeden z tych instrumentów skupia się na zdrowiu publicznym, podczas gdy drugi obejmuje nielegalny handel narkotykami. Pozostałe kwestie, którymi zajmowano się na szczeblu UE w roku 2003, obejmowały podjęcie środków w celu uwzględnienia pojawienia się nowych leków syntetycznych, wdrażanie działań koordynacyjnych oraz instrumentów, jak również określenie roli EMCDDA.

Zdrowie publiczne

23 września 2002 r. Parlament Europejski i Rada przyjęły nowy wspólnotowy program działań na rzecz zdrowia publicznego (na lata 2003–2008), którego podstawę stanowią trzy ogólne zadania: informowanie na temat ochrony zdrowia, szybkie reagowanie na zagrożenia zdrowotne oraz promocja zdrowia poprzez ukierunkowanie na wyznaczniki zdrowia. Działania podejmowane w ramach informowania i promowania zdrowia w szczególności odnoszą się do zagadnienia narkotyków.

W czerwcu 2003 r. Rada Ministrów przyjęła zalecenie „Zapobieganie i ograniczanie przypadków utraty zdrowia w związku z uzależnieniem narkotycznym". Dokument ten powstał na wniosek Komisji Europejskiej w maju 2002 roku. Tekst ten stanowi znaczące osiągnięcie, ponieważ jest pierwszym zaleceniem Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego obejmującym zagadnienie narkotyków. Ściślej mówiąc, ma on na celu ograniczenie przypadków utraty zdrowia wynikających z uzależnienia narkotycznego ([2]). Liczne państwa członkowskie ujęły już konkluzje przedstawione w niniejszym dokumencie w swoich krajowych strategiach antynarkotykowych.

W dokumencie tym zaleca się, co następuje:

- W celu zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia państwa członkowskie winny postawić za cel polityki zdrowia publicznego zapobieganie uzależnieniu narkotycznemu i ograniczenie związanych z nim czynników ryzyka oraz odpowiednio wypracować i wdrożyć kompleksowe strategie.
- W celu ograniczenia w znaczącym stopniu przypadków uszkodzeń zdrowia związanych z używaniem narkotyków (takich jak zakażenia HIV, żółtaczka typu B i C czy gruźlica) oraz liczby zgonów spowodowanych stosowaniem narkotyków państwa członkowskie winny udostępnić szerokie spektrum różnorodnych usług i struktur, w szczególności zorientowanych na ograniczanie czynników ryzyka jako integralną część całościowej polityki prewencji narkotykowej oraz leczenia uzależnień.
- Państwa członkowskie winny rozpatrzyć wykaz określonych działań celem dokonania odpowiedniej oceny, aby zwiększyć efektywność oraz wydajność prewencji narkotykowej oraz przyczynić się do ograniczania zagrożeń zdrowotnych wynikających z narkomanii.

Państwa członkowskie zobowiązane są do składania Komisji sprawozdania na temat wdrażania wyżej wymienionego zalecenia w ciągu dwóch lat od daty jego przyjęcia oraz następnie na wniosek Komisji. Pozwoli to na śledzenie

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.
([2]) Przegląd roli strategii ograniczenia przypadków utraty zdrowia znajduje się w tabeli 1 OL: Rola redukcji szkód.

wprowadzania w życie zalecenia na szczeblu wspólnotowym oraz umożliwi kolejne stosowne działania, jakie należy podjąć celem zrealizowania założeń planu działań UE w zakresie narkotyków.

Ponadto w zaleceniu namawia się EMCDDA do zapewnienia wsparcia technicznego Komisji Europejskiej w celu opracowania sprawozdania zgodnie z europejskim planem działań w zakresie narkotyków, mając na uwadze przyszłe dokonanie weryfikacji i aktualizacji niniejszego zalecenia.

Handel narkotykami

W następstwie wniosków wysuniętych na specjalnym posiedzeniu Rady Europejskiej w Tampere (Finlandia) w 1999 roku oraz w reakcji na strategię oraz plan działań UE w zakresie narkotyków Komisja Europejska przedłożyła Radzie oraz Parlamentowi Europejskiemu propozycję decyzji ramowej wyznaczającej „minimalne postanowienia dotyczące elementów składowych czynów przestępczych oraz odpowiedzialności karnej w dziedzinie nielegalnego obrotu narkotykami". W listopadzie 2003 roku Rada Ministrów osiągnęła porozumienie polityczne odnośnie tej pierwszej decyzji ramowej w zakresie handlu narkotykami. Uważa się, że ta decyzja ramowa jest kluczowym instrumentem blokującym obrót narkotykami, ponieważ potrzeba ujednolicenia kar za przestępstwa związane z handlem narkotykami w państwach członkowskich rozszerzonej UE staje się coraz bardziej istotna.

Podstawową zasadą niniejszej decyzji ramowej jest to, by państwa członkowskie uznały za niezgodny z prawem nie tylko handel narkotykami, ale również usiłowanie takiego handlu lub namawianie, udzielanie pomocy czy podburzanie osób trzecich do handlu narkotykami. Działania określone w tej decyzji ramowej skierowane są przeciwko handlarzom narkotyków oraz organizacjom przestępczym i terrorystycznym, które czerpią zyski z handlu celem finansowania swojej nielegalnej działalności.

W decyzji ramowej przewidziano wprowadzenie sankcji względem osób biorących udział w którymkolwiek z etapów handlu substancjami objętymi konwencjami ONZ oraz decyzjami Wspólnoty Europejskiej, tj. w produkcji, propozycji sprzedaży, transporcie, dystrybucji oraz posiadaniu lub zakupie z zamiarem wprowadzenia do obrotu. W decyzji tej wymaga się od państw zapewnienia, że „przestępstwa... podlegają karze maksymalnej w granicach od jednego do trzech lat więzienia" lub od pięciu do dziesięciu lat więzienia w przypadku przestępstw z udziałem dużych ilości narkotyków lub narkotyków najbardziej szkodliwych dla zdrowia. Istotą decyzji ramowej jest ustanowienie wspólnej definicji tego, co uznawane jest za handel narkotykami na szczeblu UE oraz ustalenie zalecanych kar za tego typu przestępstwa w obrębie UE. W celu osiągnięcia porozumienia wśród państw członkowskich konieczne było pokonanie różnic dzielących krajowe definicje określające użytek własny. Z tego powodu przestępstwa związane z narkotykami przeznaczonymi na własny użytek, wg definicji ujętych w ustawodawstwie krajowym państw członkowskich, zostały wyłączone z tej decyzji ramowej.

Decyzja ramowa wejdzie w życie z datą jej publikacji w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, a państwom członkowskim przyznaje się termin 18 miesięcy na podjęcie koniecznych działań mających na celu dostosowanie się do tego narzędzia.

Nowe narkotyki syntetyczne

Kontynuując wykonywanie zadania w zakresie kontroli nowych narkotyków syntetycznych, Rada Ministrów w listopadzie 2003 roku podjęła decyzję dotyczącą środków kontrolnych oraz sankcji karnych odnośnie nowych narkotyków syntetycznych 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 oraz TMA-2. Substancje te, które nie są uwzględnione w żadnym wykazie Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych, mają stać się obecnie obiektem działań kontrolnych oraz przepisów karnych w państwach członkowskich.

W październiku 2003 r. Komisja przedłożyła projekt decyzji Rady mającej na celu zastąpienie wspólnego działania z 1997 roku dotyczącego wymiany informacji, oceny ryzyka oraz kontroli nowych narkotyków syntetycznych ([3]). Inicjatywa ta jest ściśle związana z rezultatem niezależnej oceny wspólnego działania, podjętego przez Komisję wedle wskazań planu działań UE w zakresie narkotyków 2000–2004. Celem nowego zaproponowanego instrumentu prawnego jest objaśnienie definicji i procedur oraz rozszerzenie ich zakresu na wszystkie nowe narkotyki syntetyczne i wszystkie nowe środki odurzające.

Koordynacja

Również w listopadzie 2003 roku Komisja przyjęła komunikat w zakresie działań koordynacyjnych oraz instrumentów w dziedzinie narkotyków w UE. Komunikat powstał w oparciu o wyniki badania, przeprowadzonego przez EMCDDA we współpracy z Komisją, dotyczącego istniejących porozumień oraz mechanizmów koordynacji w państwach członkowskich ([4]). Komunikat potwierdza, że koordynacja jest niezbędna, jeśli UE zamierza skutecznie reagować na złożoność zagadnienia narkomanii oraz jego konsekwencji.

Rola EMCDDA

Ostatecznie w grudniu 2003 roku Komisja zaproponowała modyfikację przepisów regulujących działalność EMCDDA. Propozycja, która omawiana będzie przez Radę w 2004 roku, obejmuje kilka obszarów, w tym wprowadzenie zmian w rozporządzeniu ustanawiającym, zaprojektowanych celem wzmocnienia roli EMCDDA w kontekście nowych metod stosowania narkotyków i rozszerzenia UE oraz zmian uwzględniających rolę EMCDDA jako współuczestnika oceny planu działań UE w zakresie narkotyków.

([3]) Dz.U. L 167 z 25.6.1997, str.1-3.
([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356

Polityka krajowa

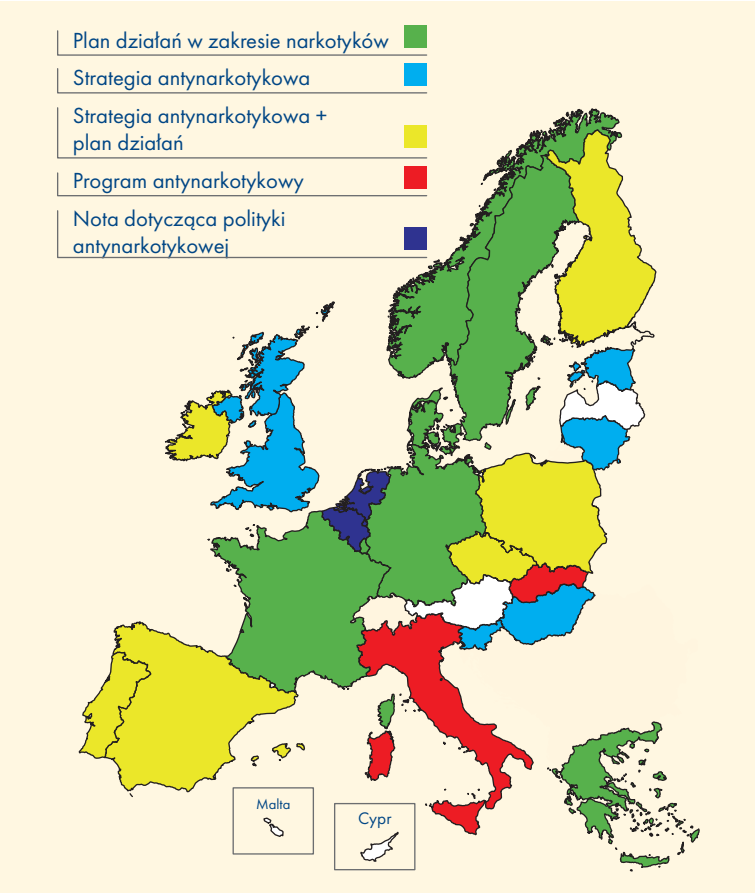
„Strategie antynarkotykowe" ([5])

Tendencja państw członkowskich do przyjmowania krajowych strategii antynarkotykowych, będąca podwaliną polityki antynarkotykowej UE, przedstawiona została w zeszłorocznym sprawozdaniu rocznym i była kontynuowana w roku 2003 (wykres 1). W 2003 roku plany i programy antynarkotykowe przyjęto w Danii, Niemczech, na Litwie i w Słowenii. Oczekuje się, że w 2004 r. pójdą za tym przykładem Estonia i Francja ([6]), zwiększając w ten sposób liczbę państw członkowskich, które prowadzą politykę antynarkotykową na bazie ram określonych w całościowej krajowej strategii antynarkotykowej, do 21, przy całkowitej liczbie 25 państw członkowskich (do 22 z 26, jeśli liczyć Norwegię) ([7]) ([8]).

Fakt, że krajowe strategie antynarkotykowe zostały wdrożone na tak szeroką skalę w relatywnie krótkim okresie (1997–2004) ([9]) oraz na wyraźnie określonym obszarze geograficznym, daje możliwość porównania tego fenomenu w różnych państwach członkowskich i tym samym uzyskania perspektywy dotyczącej całej UE.

Pierwsza obserwacja stanowi, że coraz powszechniej przyjmowane jest podejście holistyczne do polityki antynarkotykowej, tzn. łączące zarówno działania zmierzające do ograniczenia popytu, jak i podaży, zwane również „podejściem zrównoważonym" ([10]). Wszystkie analizowane dokumenty wykazują taką cechę. Po drugie, koordynacja nabiera znaczenia. Coraz częściej krajowe strategie antynarkotykowe przeprowadzane są w centralnie skoordynowany sposób – większość krajów UE posiada krajowe agencje koordynacyjne oraz koordynatorów ogólnokrajowych ([11]), aczkolwiek w ścisłej współpracy z agencjami regionalnymi i lokalnymi. Po trzecie, więcej uwagi poświęca się zapewnianiu działań interwencyjnych w terenie oraz monitorowaniu i ocenie wdrażania jako narzędzi mających na celu zapewnienie przekazu informacji osobom podejmującym decyzje (patrz „Zagadnienia wybrane – Ocena", str. 75).

Wykres 1: Różnorodność krajowych strategii antynarkotykowych



Uwagi: Teoretyczne rozróżnienie pomiędzy polityką antynarkotykową, krajową strategią antynarkotykową (która powinna identyfikować podstawowe zasady, ramy oraz kierunki) oraz planem działań (który wprowadza strategię w życie, wyznaczając specyficzne działania) nie jest zawsze przestrzegane w poszczególnych dokumentach krajowych. Z uwagi na zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi państwami, opisujemy krajowe dokumenty strategiczne tak, jak zostały one oficjalnie przedstawione, nie podejmując żadnej próby ujednolicania definicji lub kreślenia porównań.
Źródło: Krajowe strategie państw członkowskich.

Niemniej jednak istnieją istotne różnice zarówno pod względem struktury, jak i treści pomiędzy poszczególnymi krajowymi strategiami antynarkotykowymi. Na przykład stopień szczegółowości jaki zapewniają, czy też nacisk

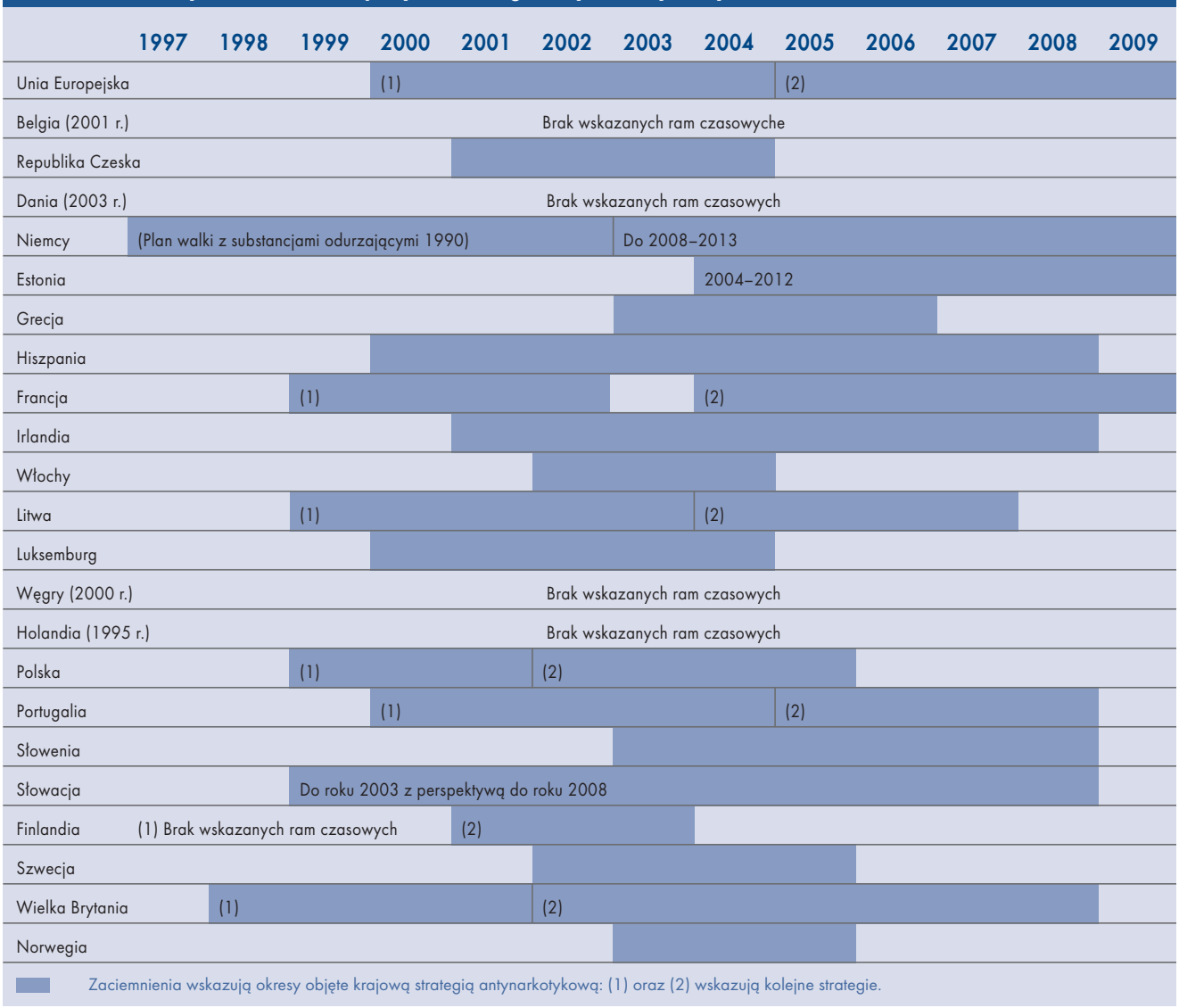
([5]) Z uwagi na to, że struktura oraz treść krajowych strategii antynarkotykowych jest bardzo odmienna w poszczególnych państwach, nie podjęto w niniejszym sprawozdaniu żadnych prób zharmonizowania definicji czy pojęć. Tak więc określenie „krajowa strategia antynarkotykowa" (ujęte w cudzysłów) oznacza jakikolwiek dokument urzędowy przyjęty przez rząd, który określa ogólne zasady oraz szczególne działania interwencyjne/cele jakie mają zostać osiągnięte (w wyznaczonym terminie) odnośnie narkotyków, bez względu na to czy został on oficjalnie przedstawiony jako strategia antynarkotykowa czy jako plan działań, noty polityczne itp. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie EMCDDA w sprawozdaniu pt. *Strategie krajowe oraz mechanizmy koordynacyjne* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).
([6]) Patrz okienko 1 OL: Ostatnio przyjęte „Krajowe strategie antynarkotykowe".
([7]) Norwegia, mimo że nie jest członkiem UE, należy do EMCDDA. Z 25 państw członkowskich UE tylko cztery państwa, tzn. Cypr, Łotwa, Malta oraz Austria, nie posiadają (jeszcze) tak zwanej krajowej strategii antynarkotykowej. Na Cyprze oraz Łotwie strategie antynarkotykowe są aktualnie w fazie przygotowawczej. W Austrii, każda z prowincji posiada swój własny plan, mimo że federalna strategia antynarkotykowa nie istnieje.
([8]) Patrz tabela 2 OL: Aktualne „Krajowe strategie antynarkotykowe" w zakresie narkomanii w krajach UE.
([9]) W podanym zakresie czasowym uwzględniono Holandię, która udokumentowała swoją politykę antynarkotykową w nocie politycznej zatytułowanej *Polityka antynarkotykowa w Holandii: kontynuacja i zmiany* (1995) oraz licznych późniejszych dokumentach (XTC 2001, Kokaina 2002, Konopie indyjskie 2004).
([10]) Zasada podejścia zrównoważonego została ujęta w deklaracji politycznej UNGASS (posiedzenie specjalne Zgromadzenia Ogólnego ONZ) z 1998 r.: „zostanie przyjęte zrównoważone podejście odnośnie ograniczenia popytu i ograniczenia podaży, wzajemnie się wzmacniających, w postaci zintegrowanego podejścia mającego na celu rozwiązanie problemu narkotykowego". W tym rozdziale nie podjęto żadnych prób dokonania oceny zakresu w jakim państwa członkowskie osiągnęły „podejście zrównoważone". Zamieszczono raczej proste obserwacje pokazujące, że takie podejście zyskuje coraz więcej uwagi.
([11]) Więcej szczegółów znajduje się na stronie http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

położony na działania oraz cele różni się w poszczególnych strategiach w sposób znaczący. Niektóre dokumenty są skonstruowane w taki sposób, aby umożliwić śledzenie przeprowadzania wyznaczonych działań oraz ich ogólny stopień wdrożenia. Inne dokumenty są mniej szczegółowe i przedstawiają ogólne cele, nie wiążąc ich z zadaniami operacyjnymi, celami czy wskaźnikami osiągnięć. Dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej różnią się również pod kątem stosowanej terminologii: niektóre kraje przyjęły plany działań, inne natomiast strategie, a jeszcze inne wdrożyły programy. W rzeczywistości różnorodne cele i agendy polityczne wpływają na określenie bardzo szerokiego zakresu, w ramach którego niejednolite scenariusze zebrano pod hasłem krajowe strategie antynarkotykowe (wykres 1). Jednakże nawet jeśli terminy „plan działań", „program" czy „strategia" mogą być stosowane zamiennie ([12]), niekoniecznie odzwierciedlają one różnice w politycznych celach czy programach.

Kolejnym aspektem różnicującym państwa członkowskie są ramy czasowe krajowych strategii antynarkotykowych. Większość krajów przyjęła ramy czasowe mieszczące się w przedziale od trzech do pięciu lat, niemniej jednak w niektórych krajach strategie obejmują przedział od ośmiu do dziesięciu lat, podczas gdy w innych w ogóle nie wyznaczono ram czasowych (tabela 1). W tym kontekście należy rozpatrzyć związek pomiędzy krajowymi strategiami antynarkotykowymi, a planem działań UE w zakresie narkotyków.

Różnice w treści mogą odzwierciedlać odmienne cele polityczne lub też różnice w krajowej charakterystyce zjawiska narkotykowego. Zaprezentowano tutaj dwa

Tabela 1: Ramy czasowe „Krajowych strategii antynarkotykowych"



([12]) Strategia antynarkotykowa może zostać zdefiniowana jako „zagadnienie łączące, ramy do zdefiniowania, spójność czy kierunek działań", natomiast plan działań jako „schemat lub program określający szczegółowe konkretne działania" (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review,* listopad 2002 r.: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

najistotniejsze obszary rozbieżności: ujęte substancje oraz główny cel strategii.

Mimo że krajowe strategie antynarkotykowe zwykle koncentrują się na sklasyfikowanych już narkotykach, wiele dokumentów odwołuje się do tak zwanych narkotyków legalnych, głównie alkoholu oraz tytoniu, szczególnie w momencie podnoszenia kwestii związanych z edukacją, zapobieganiem czy leczeniem (tabela 2). W niektórych krajach takie rozważania przyjmują postać konkretnych działań i projektów, podczas gdy w innych krajach na temat „legalnych narkotyków" umieszcza się jedynie wzmiankę.

Tabela 2: „Legalne narkotyki" w krajowych strategiah antynarkotykowych

Państwo	Alkohol	Tytoń	Plan działań w zakresie alkoholu ([1])
Belgia	●	●	Nie
Republika Czeska	●	●	Nie
Dania	–	–	Tak
Niemcy	●	●	Tak
Estonia	○	○	Tak
Grecja	●	–	Nie
Hiszpania	●	●	Nie
Francja	●	●	Tak
Irlandia	●	○	Tak
Włochy	○	–	Tak
Litwa	–	–	Tak
Luksemburg	–	–	Nie
Węgry	●	○	Tak
Holandia	●	●	Tak
Polska	○	○	Tak
Portugalia	●	○	Tak
Słowenia	○	○	Nie
Słowacja	●	●	Nie
Finlandia	–	–	Tak
Szwecja	–	–	Tak
Wielka Brytania	○	○	Tak
Norwegia	●	●	Tak

• przewidywane działanie; ○ podano substancję; – brak.
([1]) Baza danych o alkoholu WHO (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

W wielu krajach, które włączyły alkohol do swoich strategii antynarkotykowych, istnieje również krajowy plan działań antyalkoholowych.

Mimo że wszystkie kraje koncentrują się na tych samych celach ogólnych (zmniejszenie popytu, ograniczenie dostaw, itp.), a Plan działań UE 2000–2004 wyznacza sześć wspólnych celów ([13]), sposób, w jaki przewiduje się ich osiągnięcie, różni się w zależności od celów ogólnych polityki antynarkotykowej. Główną różnicą jest fakt, że w niektórych krajach celem jest osiągnięcie „społeczeństwa wolnego od narkotyków", podczas gdy w innych głównym założeniem jest ograniczenie negatywnych skutków narkotyków zarówno u jednostki, jak i w społeczeństwie. Niemniej sytuacja ta nie jest jednoznaczna. Większość krajowych strategii antynarkotykowych łączy te dwa cele (nawet dodając inne), kładąc większy nacisk na jeden z nich. Wybrany cel (oraz stopień, w jakim kładzie się nacisk na jego osiągnięcie) kształtuje działania wynikające z krajowych strategii antynarkotykowych.

Ponieważ zrozumienie tych różnic konieczne jest do ukierunkowania na konkretne programy polityczne oraz charakterystyczne cechy lokalne czy kulturowe, podjęto znaczące wysiłki w kwestii koordynacji na szczeblu europejskim. Przyjęcie skoordynowanego na szczeblu unijnym podejścia odnośnie narkotyków (strategia antynarkotykowa UE oraz plan działań UE 2000–2004), które było wzmacniane oraz kształtowane przez ostatnie lata, będzie kontynuowane w przyszłości.

Jaki będzie przyszły kierunek polityki antynarkotykowej w poszerzonej UE oraz czy 25 różnych krajowych strategii antynarkotykowych zostanie ostatecznie ujętych pod parasolem strategii UE (bez rozpatrywania regionalnych oraz lokalnych strategii) pozostaje pytaniem otwartym. Niemniej zagadnienia takie jak rodzaje instrumentów, których użycie miałyby rozważyć państwa członkowskie (strategia, program, plan działania), jak również czas ich trwania, zasady składowe oraz kryteria, główne cele i zadania mogłyby zostać poddane dyskusji w państwach członkowskich.

Polityka krajowa: ocena przepisów prawnych ([14])

W ostatnich kilku latach odnotowano wzrost w zakresie poddawania ocenie lub odnotowywania poddawania ocenie nowych przepisów (ich wdrażania i/lub ich wpływu). Jeśli chodzi o narkotyki, monitoruje się lub poddaje ocenie wiele różnych aspektów przepisów kontroli antynarkotykowej, w tym podstawowe przepisy zakazujące ich stosowania lub posiadania, reakcje na przestępstwa narkotykowe oraz walkę z handlem oraz praniem brudnych pieniędzy. W niektórych krajach projekty pilotażowe są

([13]) (1) Znaczące ograniczenie w ciągu pięciu lat powszechności stosowania narkotyków, jak również zachęcania nowych osób do ich stosowania, w szczególności wśród młodych odbiorców poniżej 18 roku życia; (2) znaczące ograniczenie w ciągu pięciu lat częstości występowania uszkodzeń zdrowia związanych ze stosowaniem narkotyków (zakażeń HIV, żółtaczki, gruźlicy, itp.) oraz liczby zgonów na skutek stosowania narkotyków; (3) znaczące zwiększenie liczby uzależnionych skutecznie wyleczonych; (4) znaczące ograniczenie w ciągu pięciu lat dostępności niedozwolonych narkotyków; (5) znaczące ograniczenie w ciągu pięciu lat liczby przestępstw związanych z narkotykami; (6) znaczące ograniczenie w przeciągu pięciu lat procederu prania pieniędzy oraz nielegalnego handlu prekursorami.
([14]) Poszerzona wersja tego rozdziału znajduje się w okienku 2 OL: Polityka krajowa: ocena przepisów prawnych.

wdrażane i poddawane ocenie, zanim projekt zostanie wprowadzony w całym kraju.

Na przykład od 1999 roku Belgia, Czechy, Niemcy, Węgry, Szwecja oraz Wielka Brytania zgłosiły istnienie, w takiej lub innej formie, działań mających na celu monitorowanie lub ocenianie różnorodnych aspektów podstawowych przepisów prawa odnoszących się do przestępstw związanych z używaniem lub posiadaniem narkotyków. Spowodowało to wprowadzenie znaczących zmian w legislacji antynarkotykowej w Belgii, na Węgrzech i w Wielkiej Brytanii.

Oszacowanie skutków ujęcia w przepisach karnych znalazło się w centrum podjętej dyskusji i przeprowadzonej oceny. Spośród inicjatyw ewaluacyjnych zwracamy uwagę na dwie, przedstawiające pozornie podobne sytuacje, ale które dały różne wyniki. Zarówno Węgry, jak i Szwecja dokonały niedawno oceny skutków ujęcia w prawie karnym stosowania narkotyków. W marcu 1999 roku wprowadzono poprawki do węgierskiego kodeksu karnego mające na celu uznanie używania narkotyków za przestępstwo, natomiast możliwość podjęcia przez danych przestępców terapii odwykowej została ograniczona jedynie do osób uzależnionych. Jednakże późniejsze badania naukowe pokazały, że cel ukierunkowany na zmniejszenie nadużywania, konsumpcji oraz obrotu środkami odurzającymi nie został osiągnięty. Liczba osób próbujących narkotyków oraz liczba odnotowanych przestępstw i przestępców ciągle wzrasta. Ponadto zmiany dokonane w przepisach spowodowały, że sklasyfikowanie narkotyków z punktu widzenia prawa jest trudniejsze, a postępowania sądowe bardziej skomplikowane, co miało negatywny wpływ na zachowanie uczestników rynku narkotykowego. Autorzy badania stwierdzili, że kary są zbyt wysokie i nie biorą pod uwagę faktu, że młodzi ludzie zaczynają brać narkotyki nie dlatego, że są z natury przestępcami, ale ze względu na okoliczności. W rezultacie 1 marca 2003 roku wprowadzono nową poprawkę skutecznie odwracającą bieg zmian, przy uwzględnieniu wyników przeprowadzonego badania.

W Szwecji w 2000 roku Rada Narodowa ds. Zapobiegania Przestępczości zbadała skutki rozporządzenia z 1988 roku (wzmocnionego w 1993 roku), w którym zwykłe używanie narkotyków uznano za przestępstwo. Badanie pokazało, że wprowadzenie rozporządzenia spowodowało nagły wzrost liczby osób aresztowanych za drobne przestępstwa narkotykowe. Pomimo że wiele z aresztowanych osób jest dobrze znanymi narkomanami, niektóre z nich to młodzi, dotąd nieznani użytkownicy. Istotnym powodem przyjęcia rozporządzenia była możliwość identyfikacji młodych osób we wczesnym stadium ich „kariery narkotykowej». W sprawozdaniu stwierdzono, że cel ten został osiągnięty. Omówiono w nim również wpływ rozporządzenia na rynek narkotykowy (który wzrósł). Stwierdzono, że nie istnieją żadne wyraźne wskazówki, że ujęcie stosowania narkotyków w przepisach prawa karnego ma odstraszający wpływ na młodzież.

Ze względu na odmienne reakcje w Wielkiej Brytanii dokonuje się lub dokonano oceny kilku instrumentów prawnych odnoszących się do przestępstw narkotykowych, jak np. testowanie występowania przestępstw drobnych, sądów zajmujących się sprawami narkotykowymi oraz programów łączących aresztowanie ze skierowaniem na leczenie. Inne metody postępowania z przestępstwami narkotykowymi poddawane są ocenie również w Niemczech (leczenie zamiast ukarania), Irlandii (aresztowanie ze skierowaniem na leczenie) oraz Holandii (przymusowe leczenie).

W Holandii stosuje się również techniki ewaluacyjne celem dokonania oceny skuteczności niedawno przyjętych przepisów mających na celu zmniejszenia obrotu narkotykami (zatrzymanie przymusowe kurierów narkotykowych) i prania brudnych pieniędzy (zamówienia publiczne). W Szwecji dyrektywy organów rządowych zawierają specjalne wnioski skierowane do rządu o dokonanie oceny struktury organizacyjnej i zaangażowania jednostek policji w walkę antynarkotykową. Stosuje się również techniki ewaluacyjne w celu polepszenia metod walki z lokalnym handlem narkotykami oraz naruszaniem porządku publicznego, poprzez np. koordynowanie działań lokalnych w Irlandii, prawo do zamykania lokali w Holandii, czy też możliwość nakazania ponownego odbycia egzaminu na prawo jazdy w Niemczech.

Przeprowadzanie ocen wyraźnie uważane jest za coraz istotniejsze narzędzie w walce ze wszystkimi aspektami problemu narkotykowego. Takie oceny przepisów pozwalają na oszacowanie ich wdrażania, skuteczności i wydajności. Ogólnie rzecz biorąc, przedstawione oceny wspierały wartość rozważnej polityki reagowania. Natomiast wola rzeczywistego odwrócenia działań polityki w oparciu o wyniki oceny, jak miało to miejsce w przypadku Węgier, pokazuje nową falę zaufania do badań opartych na dowodach, którego nierzadko brakowało. Ta mile widziana tendencja, dotycząca przeprowadzanych ocen, stanowi część bardziej ogólnego trendu zobowiązującego administrację państwową do ponoszenia większej odpowiedzialności oraz do częstszego polegania na koncepcjach tradycyjnie związanych z sektorem prywatnym jak np. ukierunkowanie na osiąganie wyników i efektywność kosztowa.

Rozwój ustawodawstwa krajowego

Ustawodawstwo dotyczące konopi indyjskich

W ostatnich latach pochodne konopi zostały przeklasyfikowane w dwóch krajach, stając się w obu przypadkach istotnym tematem przekazów medialnych, nie zawsze wiernie oddających problematykę. W Belgii przyjęcie pakietu dwóch aktów prawnych, dekretu oraz

dyrektywy sądowej, zapoczątkowało wprowadzenie kilku zmian w ramach prawnych, z których być może najbardziej zasadniczą było umieszczenie produktów z konopi w innej kategorii prawnej niż pozostałe narkotyki. Wyróżniono nowe rodzaje przestępstw, według których osoba dorosła popełniająca pierwsze lub drugie przestępstwo związane z posiadaniem pochodnych konopi na własny użytek, z braku znamion naruszenia porządku publicznego oraz ze względu na problematyczności wykorzystania, zostaje ukarana grzywną i wpisana do akt policyjnych. Dyrektywa sądowa określa ilość pochodnych konopi wystarczającą na użytek własny w granicach maksymalnie 3 gramów lub jednej rośliny. Niemniej naruszenie porządku publicznego może podlegać karze od trzech miesięcy do jednego roku pozbawienia wolności i/lub grzywnie od 5 000 do 500 000 euro, a w przypadku okoliczności obciążających, takich jak na przykład posiadanie w obecności nieletnich, spowoduje wydanie surowszych wyroków.

W Wielkiej Brytanii konopie indyjskie oraz ich pochodne zostały przeklasyfikowane odpowiednio z klasy B i A do klasy C wg brytyjskiego systemu klasyfikacji. W wyniku tego maksymalna kara za posiadanie na użytek własny została zmniejszona z pięciu do dwóch lat pozbawienia wolności, niemniej w dalszym ciągu posiadanie pochodnych konopi jest wyraźnie uważane za przestępstwo kryminalne. Dwa pozostające w związku czynniki, kara maksymalna za posiadanie z zamiarem wprowadzenia do obrotu oraz status posiadania pochodnych konopi jako przestępstwa zagrożonego aresztem, w praktyce pozostają niezmienione w wyniku podjęcia równoległych działań ustawodawczych. Niemniej, Stowarzyszenie Komendantów Głównych Policji zaleca w swoich wytycznych, by policja stosowała aresztowania za posiadanie wyłącznie w okolicznościach takich jak palenie w miejscach publicznych czy w obecności nieletnich. Osoby poniżej 18 roku życia nadal podlegałyby karze aresztu, aby można również poddać je leczeniu.

Zarówno Belgia, jak i Wielka Brytania w swoim ustawodawstwie czy wytycznych zajmują się w szczególności problemowym używaniem pochodnych konopi. Aspekt ten zostanie omówiony w dalszej części niniejszego sprawozdania.

Konfiskata mienia

W ostatnich latach wiele krajów wprowadziło zmiany we własnym ustawodawstwie w zakresie konfiskaty mienia handlarzy narkotyków lub zarządzania funduszami uzyskanymi z takiego mienia. W Irlandii wspólna inicjatywa Biura ds. Mienia Przestępczego i Jednostki ds. Narkotyków Policji państwowej identyfikuje i uderza w mienie lokalnych handlarzy narkotykami. W Wielkiej Brytanii na mocy ustawy o zyskach pochodzących z przestępstwa z 2003 roku ustanowiono Agencję Odzysku Mienia, a policja oraz służby celne uzyskały prawo do konfiskowania i dokonywania przeszukań w celu znalezienia pieniędzy. Ustawa przedstawia działania, które pomogą śledczym w wykrywaniu zysków pochodzących z przestępstw oraz w prowadzeniu dochodzeń dotyczących prania brudnych pieniędzy. W Szkocji uprawnienia organów ścigania oraz prokuratury zostały rozszerzone celem umożliwienia zwiększenia odzysku mienia zarówno w sprawach karnych, jak i cywilnych.

W Hiszpanii w 2003 r. uchwalono nowe przepisy regulujące kwestie związane z funduszami skonfiskowanymi w związku z handlem narkotykami, które unieważniają przepisy z roku 1995 w tym zakresie. Nowe przepisy mają na celu przyspieszenie transferu dokumentów, które są potrzebne do identyfikacji i zlokalizowania skonfiskowanych towarów oraz rozszerzają zakres beneficjentów funduszy o międzynarodowe i ponadnarodowe jednostki oraz rządy państw trzecich. W Holandii w badaniu przeprowadzonym odnośnie ustawodawstwa dotyczącego konfiskaty 10 lat po

Walka z praniem brudnych pieniędzy

W chwili obecnej dokładne oszacowanie dochodów ze światowego handlu narkotykami nie jest możliwe, ponieważ brak jest wiarygodnych danych. Jednakże Europol (2002 r.) podaje „uzgodnioną" wartość wynoszącą około 2–5% produktu światowego brutto. Obrót narkotykami sam w sobie wydaje się być wciąż największym źródłem brudnych pieniędzy. Międzynarodowe pranie brudnych pieniędzy wiąże się oczywiście z nielegalnym lub nietypowym międzygranicznym ruchem kapitałów czy towarów takich jak złoto, platyna czy diamenty (Światowa Organizacja Celna – WCO, 2003c).

Poprawki wniesione do dyrektywy Rady nr 91/308 w sprawie prania brudnych pieniędzy podają o wiele szerszą definicję prania pieniędzy w oparciu o szerszy zakres pochodzenia przestępnego wykroczeń i rozszerzają obowiązek zgłaszania ich niezależnym specjalistom od prawa.

Rozszerzone od stycznia 2002 r. uprawnienia Europolu dają tej organizacji większe kompetencje w zakresie wszystkich operacji związanych z praniem brudnych pieniędzy, dla których orzeczone przestępstwa są wyszczególnione w aneksie 2 Konwencji o Europolu (Europol, 2002 r.).

Interpol uruchomił sieć specjalistycznych punktów kontaktowych w każdym państwie zrzeszonym w Interpolu, tak aby informacje o praniu pieniędzy mogły być szybko i skutecznie przekazywane (Interpol, 2002 r.). Sieć Egzekwowania Ceł (CEN) jest to elektroniczny system informacyjno-komunikacyjny opracowany przez Światową Organizację Celną (WCO) i uruchomiony w czerwcu 2000 r. W czerwcu 2003 r. do sieci należało już ponad 700 użytkowników reprezentujących 130 krajów i zarejestrowano ponad 700 przypadków przechwytu pieniędzy. W latach 2002–2003 FATF (Grupa Zadaniowa ds. Operacji Finansowych) poczyniła znaczne postępy w walce z praniem brudnych pieniędzy. FATF pomyślnie dokonała rewizji 40 zaleceń (FATF, 2003a). Szczególną uwagę zwrócono na zwalczanie wykorzystywania alternatywnych systemów przelewu pieniędzy (FATF, 2003b).

jego wejściu w życie przeanalizowano charakter oraz wielkość mienia 52 dużych organizacji przestępczych, które zostały postawione w tym okresie przed obliczem sprawiedliwości. We wnioskach stwierdzono, że tylko 10% szacunkowo bezprawnie uzyskanych kwot zostało skonfiskowanych i ciągle trudno jest udowodnić dokładną ilość nielegalnie uzyskanych pieniędzy. Badacze zalecają poszerzenie wiedzy eksperckiej stosowanej w dochodzeniach w sprawach karnych skarbowych. We Francji okólnik Departamentu ds. Przestępczości i Odroczeń z 2002 roku wyznacza precyzyjne zasady postępowania oraz organizowania kontroli skonfiskowanych funduszy pochodzących z przemytu narkotyków lub prania brudnych pieniędzy w oparciu o wniosek, z którego wynika, że fundusz polityki antynarkotykowej ustanowiony w 1995 roku nie uzyskał żadnych znaczących przychodów.

Narkotyki a prowadzenie pojazdów mechanicznych

Trzy państwa UE dokonały znaczących zmian we własnym ustawodawstwie w zakresie prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków. W Austrii w 2003 roku weszła w życie 21. poprawka do Ustawy o Ruchu Drogowym, umożliwiająca policji poddawanie kierowców badaniom krwi w przypadku stwierdzenia upośledzenia zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych, gdy podejrzewane jest prowadzenie pojazdu pod wpływem narkotyków. Sankcje w przypadku dodatniego wyniku badania oraz konsekwencje w przypadku, gdy kierowca odmawia poddania się badaniu są takie same jak w przypadku kierowców prowadzących pod wpływem alkoholu. Ponadto na mocy ustawy dodatni wynik badania nie skutkuje wpisaniem do policyjnych akt za naruszenie Ustawy o Substancjach Odurzających, a tylko powoduje powiadomienie okręgowych organów służby zdrowia.

We Francji nowy przepis wprowadzony w lutym 2003 roku ustanawia szczególny rodzaj przestępstwa, jakim jest prowadzenie pod wpływem substancji lub roślin zaklasyfikowanych jako narkotyki oraz ustanawia obowiązek poddawania testom kierowców uczestniczących w wypadku drogowym ze skutkiem śmiertelnym. Dużo bardziej surowe kary nakładane są w przypadku łączenia narkotyków z alkoholem. Ponadto kierowcy uczestniczący w wypadku drogowym, w wyniku którego wystąpiły obrażenia ciała, powinni być rutynowo poddawani testom, jeżeli istnieją przesłanki do podejrzeń, że zażywali oni narkotyki. Co więcej, żandarmeria oraz policja może poddawać kierowców badaniom przypadkowym.

W Finlandii w poprawionym Rozdziale 23 Kodeksu Karnego stwierdza się, że każda osoba, u której stwierdzono w czasie jazdy obecność we krwi czynnej substancji odurzającej lub jej metabolitów, zostanie oskarżona o prowadzenie pod wpływem alkoholu, chyba że substancje zostały przepisane przez lekarza. Niemniej jeżeli zdolność do prowadzenia pojazdu jest ograniczona, kierowca zostanie oskarżony o prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu bez względu na to, czy substancja została przepisana przez lekarza, czy nie. Jeśli zdolność do prowadzenia pojazdu jest upośledzona w zakresie zagrażającym bezpieczeństwu innych, oskarżenie o prowadzenie pod wpływem alkoholu, jako przestępstwo kwalifikowane, może prowadzić do wymierzenia co najmniej kary pieniężnej w wysokości 60 jednostek dziennych lub kary pozbawienia wolności do maksymalnie dwóch lat.

W czerwcu 2003 roku w Europejskiej prawnej bazie danych o narkotykach (ELDD) opublikowano badanie porównawcze ([15]) dotyczące sytuacji prawnej związanej z narkotykami oraz prowadzeniem pojazdów mechanicznych w 16 państwach oraz ujawniono, że, mimo iż prowadzenie pod wpływem narkotyków jest przestępstwem we wszystkich krajach, to istnieje szerokie spektrum różnic dotyczących uprawnień policji w zakresie badania kierowców, odnotowanych substancji oraz możliwych sankcji. EMCDDA przedstawiło wyniki tego badania Grupie Pompidou Rady Europy podczas seminarium na temat ruchu drogowego oraz substancji psychoaktywnych w czerwcu 2003 roku.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.

Rozdział 2

Zapobieganie narkotykom – praca z grupami społecznymi oraz ukierunkowanie na najbardziej narażone osoby

Celem środków stosowanych w przeciwdziałaniu narkotykom jest ograniczenie liczby osób, które są zachęcane do zażywania tych substancji lub, dużo częściej, próby odroczenia zażywania narkotyków na wiek późniejszy i tym samym przynajmniej ograniczenie skali problemu narkotykowego (Rhodes et al., 2003 r.). Przeciwdziałanie narkotykom obejmuje, ale nie ogranicza się do edukacji na temat narkotyków oraz ostrzegania przed zagrożeniami z nimi związanymi. W rzeczywistości ten element zażywania narkotyków stanowi tylko niewielką część działań mających na celu zapobieganie narkotykom. Skuteczne strategie łączą w sobie informowanie na temat substancji z zastosowaniem wybranych technik behawioralnych i poznawczych (przekonania normatywne), które mają charakter prewencyjny w zakresie zachowań związanych z zażywaniem narkotyków (Flay, 2000 r.).

Działania prewencyjne zostały sklasyfikowane wg grup docelowych. Zapobieganie powszechne skierowane jest do grup ogólnych (z reguły ludzi młodych), np. młodzieży szkolnej, bez rozpatrywania grup szczególnego ryzyka, podczas gdy zapobieganie wybiórcze zorientowane jest na grupy o zwiększonym stopniu ryzyka, a zapobieganie zalecane skierowane jest do jednostek o zwiększonym stopniu ryzyka. Niemniej, mimo że działania prewencyjne podejmowane w szkołach stanowią często priorytet polityczny, należy zastanowić się, czy w rzeczywistości są one głównym trzonem przeciwdziałania narkomanii. Ponieważ środki finansowe przeznaczone na prewencję są ograniczone, a w niektórych krajach wręcz maleją (np. we Francji budżet przeznaczony na przeciwdziałanie narkomanii (subwencje rządowe) zmniejszył się z 15 milionów euro w roku 2001 do 11 milionów euro w roku 2002), staje się coraz bardziej istotnym, aby zagwarantować najwyższej jakości działania prewencyjne oparte na silnych dowodach. W idealnych warunkach polityka przeciwdziałania narkomanii, opracowywana i wdrażana z perspektywy polityki zdrowia publicznego w celu dostarczenia podstawowych oraz efektywnych pod względem finansowym ogólnych działań zapobiegawczych (gotowych do użytku) dużej populacji docelowej, powinna zostać uzupełniona bardziej intensywnymi i dostosowanymi działaniami interwencyjnymi skierowanymi w szczególności do grup oraz jednostek o podwyższonym ryzyku ([16]).

Zapobieganie powszechne

Reguły oraz treści współczesnych strategii przeciwdziałania narkomanii, zwłaszcza programów zapobiegania ogólnego przeprowadzanych w szkołach, opierają się na dowodach. Wymierne długoterminowe efekty działań, nawet jeśli są one mało widoczne (Stothard i Ashton, 2000 r.), stanowią znaczące osiągnięcie, jeżeli udało się je uzyskać w odniesieniu do dużych populacji. Podstawowe reguły dotyczące tego, co jest skuteczne, a co nie przynosi rezultatów, są obecnie dobrze określone. Do skutecznych elementów działań należą edukacja interaktywna (z udziałem rówieśników) (Tobler i Stratton, 1997 r.), korygowanie przekonań normatywnych (Flay, 2000 r.), kładzenie silnego nacisku na umiejętności społeczne oraz umiarkowane informowanie o substancjach, zrównoważone i dostosowane do rzeczywistości społecznej ludzi młodych (Hansen, 1992 r.; Dusenbury i Falco, 1995 r.; Paglia i Room, 1999 r.; Tobler et al., 2000 r.; Tobler, 2001 r.). W praktyce w niektórych państwach członkowskich decydenci oraz specjaliści nadal starają się uszeregować podejścia, które okazały się nieskuteczne, jak na przykład edukacja emocjonalna (np. podnoszenie samooceny), informowanie (zwiększanie świadomości) oraz refleksja.

Tak samo znane są również czynniki przyczyniające się do skutecznego zagwarantowania ([17]) działań prewencyjnych w szkołach: ścisłe przestrzeganie ustalonego programu nauczania przez odpowiednio wyszkolonych nauczycieli, jasno określone treści oraz dostarczenie podręczników i materiałów. Ponadto przeciwdziałanie narkomanii powinno stanowić część całościowego programu szkoły w zakresie narkotyków oraz promocji zdrowia (Paglia i Room, 1999 r.; Chinman et al., 2004 r.). Niemniej w rzeczywistości zauważyć można trzy odrębne strategie i tylko w niewielu przypadkach są one zintegrowane. W myśl pierwszej strategii przeciwdziałanie zapewniane jest w ramach dużych programów krajowych (Czechy, Irlandia, Litwa, Holandia) lub w ramach zestawu zatwierdzonych programów (Hiszpania, Grecja, Węgry, Szwecja). W myśl innego podejścia nacisk kładziony jest na szkolenie nauczycieli (francuskojęzyczna część Belgii, niektóre części Niemiec, Austria, Wielka Brytania), przy założeniu, że nauczyciele połączą przekaz informacji prewencyjnych z codziennymi zajęciami szkolnymi. Wreszcie niektóre państwa (np. Portugalia, Finlandia) zdecydowały się na stworzenie sieci szkół promujących zdrowie. Jedynie w Irlandii i Hiszpanii wszystkie trzy podejścia zastosowano spójnie w całym kraju ([18]).

Zapobieganie powszechne w środowisku pozaszkolnym ([19]) generalnie zorientowane jest na dotarcie do ludzi młodych na trzy główne sposoby: poprzez zapewnienie

([16]) Patrz wykres 1 OL: Krajowe plany określające treść działań prewencyjnych i strategie.
([17]) Patrz wykres 2 OL: Metody zapewniania przeciwdziałania w szkołach.
([18]) Patrz tabela 3 OL: Podsumowanie parametrów działań prewencyjnych w szkołach.
([19]) Patrz wykres 3 OL: Przeciwdziałanie wśród młodzieży w środowisku pozaszkolnym.

alternatywnych zajęć w czasie wolnym, takich jak warsztaty młodzieżowe, zajęcia w terenie oraz zajęcia twórcze (Grecja, Hiszpania, Litwa, Luksemburg, Wielka Brytania), poprzez prowadzenie zajęć sportowych oraz klubów sportowych w celu rozwinięcia u młodzieży grupowych norm zachowania, zachowań i postaw obronnych (Niemcy, Włochy, Finlandia) lub poprzez stosowanie technik „wychodzenia naprzeciw" (Dania, Austria, Polska, Portugalia, Norwegia). Działania prewencyjne prowadzone poza szkołą mają ogromny potencjał pozwalający na zidentyfikowanie zagrożonej młodzieży oraz ukierunkowanie na grupy osób o podwyższonym ryzyku, niemniej potencjał ten wykorzystywany jest tylko w niektórych państwach członkowskich (Irlandia, Węgry, Holandia, Austria, Wielka Brytania).

Zapobieganie wybiórcze

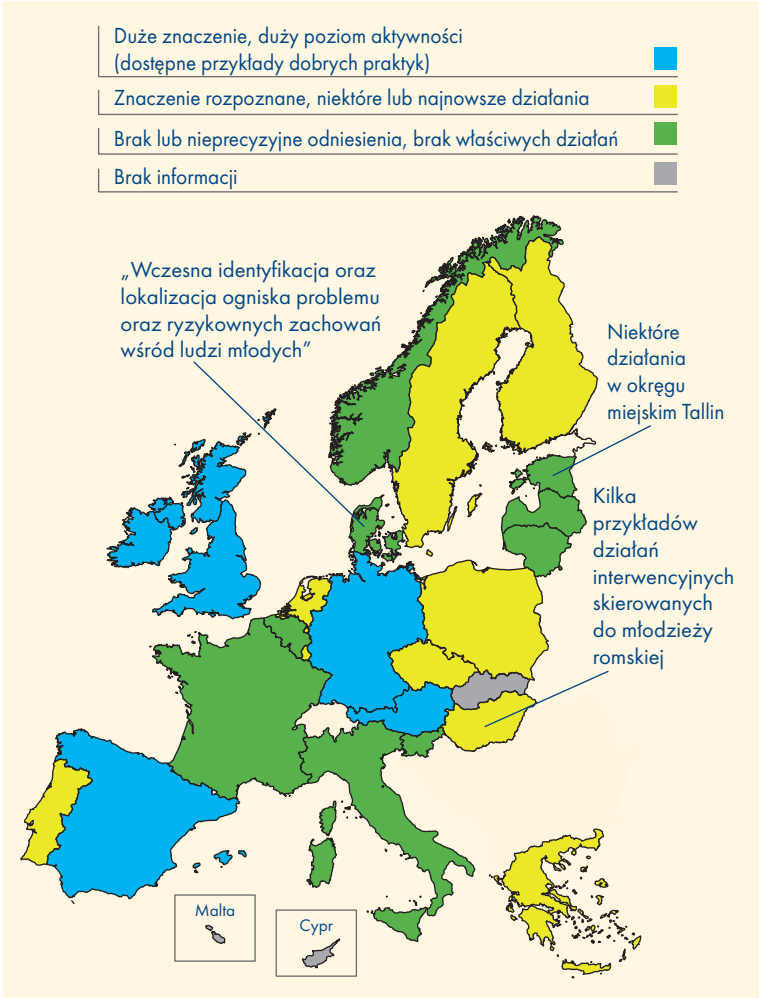
W przeciwieństwie do prowadzonego na wielką skalę i mającego niewielkie nasilenie zapobiegania powszechnego, zapobieganie wybiórcze koncentruje się na osobach lub grupach osób o podwyższonym ryzyku. W zapobieganiu wybiórczym wykorzystuje się istniejące (najlepiej lokalne) badania dotyczące czynników ryzyka, grup narażonych oraz tzw. trudnych dzielnic celem umożliwienia reagowania w miejscach, gdzie ryzyko wpadnięcia w problem narkotykowy jest największe. Zapobieganie wybiórcze cieszy się rosnącym zainteresowaniem w niektórych krajach, np. w Finlandii oraz Szwecji, z uwagi na wzrost rekreacyjnego zażywania pochodnych konopi oraz alkoholu (patrz Rozdział 3). Niemniej jego zastosowanie ogranicza się ciągle do kilku państw członkowskich (wykres 2), w głównej mierze tych, które posiadają już strategie zapobiegania powszechnego. Mocna podstawa teoretyczna oraz przeprowadzenie oceny stanowią element, dzięki któremu dobór grup lub obszarów docelowych poparty jest danymi naukowymi, a cele działań interwencyjnych mogą zostać określone oraz powiązane ze sobą. Na przykład na Węgrzech wybrane działania interwencyjne ukierunkowano na populacje Romów, przy zastosowaniu podejścia opartego na pracy z grupami rówieśników. Przeciwdziałanie w obiektach rozrywkowych, stanowiące szczególną podgrupę zapobiegania wybiórczego, zostało opisane w Rozdziale 4.

Najnowsze postępy osiągnięte w rozszerzonej Unii Europejskiej

W Grecji, Portugalii oraz Szwecji zasady polityki prewencyjnej rozwinęły się na rzecz zastosowania współczesnych koncepcji oraz bardziej przejrzystych struktur, np. przeciwdziałanie w szkołach jest obecnie zdefiniowane lepiej, niż dotychczas. Programy dla dzieci młodszych w przedszkolu oraz szkole podstawowej uległy rozszerzeniu zwłaszcza w Grecji oraz Austrii.

W państwach członkowskich z reguły struktura polityki prewencyjnej, która podlega metodom kontroli jakości (wykres 3), jest bardziej złożona (np. zapewnianie działań przy pomocy złożonych programów) ([20]) oraz odzwierciedla większe zainteresowanie zapobieganiem wybiórczym (patrz

Wykres 2: Państwa członkowskie, w których zapobieganie wybiórcze (np. ukierunkowanie na populacje lub obszary zagrożone) wymieniane jest w strategiach i wdrażane



Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox oraz *Sprawozdanie na temat zapobiegania wybiórczego w UE* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

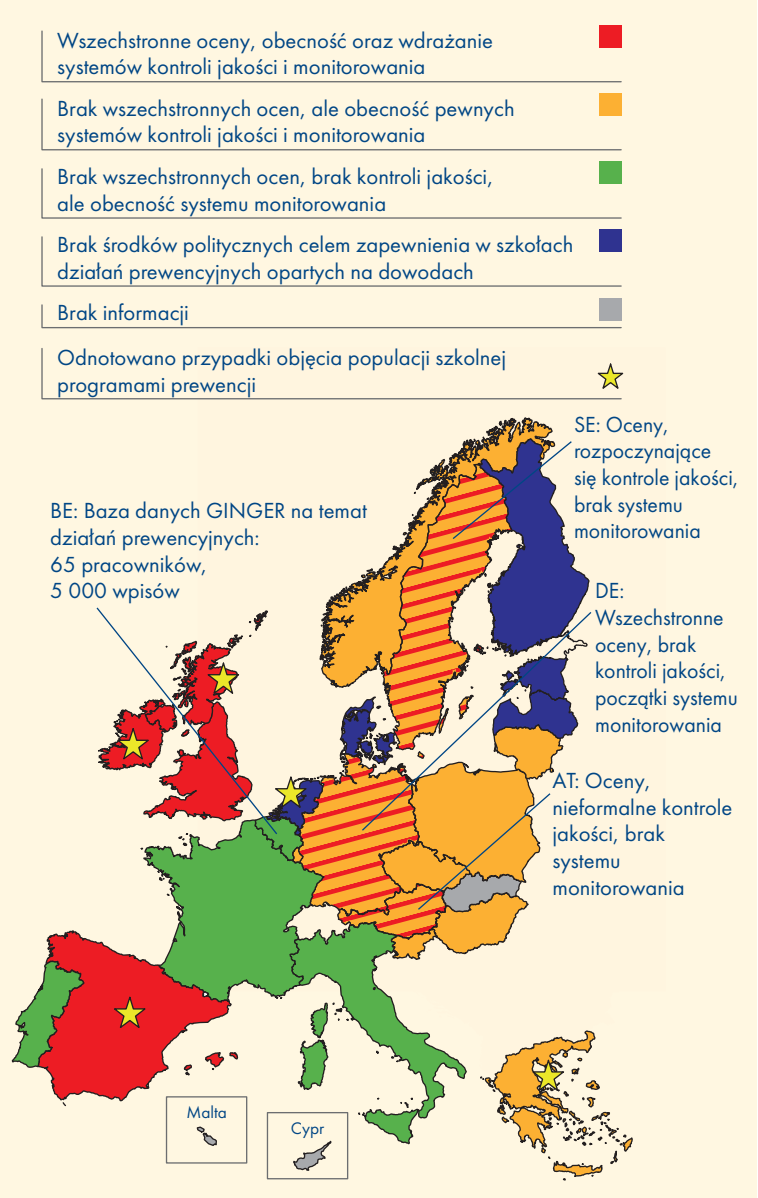
wykres 2). Kluczowe czynniki służące do porównania europejskich strategii przeciwdziałania to jakość (podstawa dowodowa koncepcji), struktura (jak i przez kogo zapewniane są działania) oraz jej zakres (rozmiar populacji, do jakiej dociera).

Systemy oraz normy kontroli jakości istnieją w Republice Czeskiej, na Litwie, Słowenii oraz w Szwecji, podczas gdy w Niemczech oraz Portugalii nowe systemy monitorowania prewencyjnych działań interwencyjnych już działają lub są w fazie opracowywania. Definiuje się i zaleca coraz więcej konkretnych elementów prewencyjnych działań interwencyjnych w ramach strategii krajowych, np. promowanie umiejętności społecznych oraz decyzyjnych, jak również podnoszenie samooceny na Litwie i w Szwecji.

Zasięg działań prewencyjnych podejmowanych w szkołach, przedstawiany jako stosunek uczniów poddanych metodzie zapobiegania powszechnego, można zmierzyć tylko dla

([20]) Patrz wykres 1 OL: Krajowe plany określające treść działań prewencyjnych i strategie.

Wykres 3: Państwa członkowskie, w których kontrola jakości, monitorowanie oraz ocena działań prewencyjnych w szkołach uważane są za priorytet i realizowane



Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox.

działań prewencyjnych opartych na programach. Osiągnięcie rozległego zasięgu stanowi cel niektórych strategii (Hiszpania, Irlandia, Wielka Brytania). We wszystkich hiszpańskich regionach autonomicznych proporcja populacji szkolnych poddanych zaakceptowanym i zalecanym programom przeciwdziałania wzrosła, a w innych państwach członkowskich (Republika Czeska, Grecja, Norwegia) zasięg działań niedawno poddano ocenie. W wyniku podjęcia takich posunięć, akcje przeciwdziałania narkomanii w wielu państwach członkowskich, dotychczas charakteryzujących się „niskim stopniem ukierunkowania (dominujące nieokreślone działania interwencyjne oraz niewiele właściwych materiałów prewencyjnych), niską celowością działań (słabe wyszkolenie specjalistów pracujących na tym polu), niską aktywnością oraz oceną (słaby poziom badań oraz brak oceny procedur), niskim poziomem konsekwentności działań (częste interwencje doraźne) oraz niskim stopniem koordynacji i uczestnictwa (brak koordynacji w zakresie wdrażanych działań)" (Sprawozdanie krajowe Portugalii), powoli ulegają poprawie.

... oraz brak postępu

W niektórych państwach członkowskich postęp zachodzi bardzo powoli, a koncepcje nie poparte dowodami ciągle przeważają. Do przyczyn takiego stanu należą inercja, zbytni nacisk na stosowanie podejścia medycznego i koncentrowanie się na uzależnieniu, niedocenianie znaczenia wpływu społeczeństwa oraz zorientowanie na zmienne osobowe. Ponadto w niektórych państwach brak standardów oznacza, że przeciwdziałanie leży wyłącznie w gestii lokalnych lekarzy medycyny oraz nauczycieli, których wiedza na temat przeciwdziałania opartego na dowodach jest często niewielka, w efekcie czego działania prewencyjne nie wykraczają poza powszechne opinie czy przekonania. Natomiast w innych państwach członkowskich (np. Danii, Estonii, Francji, na Łotwie oraz w niektórych częściach Belgii, Niemiec oraz Włoch) działania prewencyjne podejmowane w szkołach ciągle opierają się na informacjach dostarczanych w postaci broszur, sporadycznie prowadzonych seminariach, dniach poświęconych tej tematyce oraz wystawach, spotkaniach, wykładach lub wizytach ekspertów.

Istnieją dowody, aczkolwiek ograniczone (Flay, 2000 r.), na to, że skuteczne przeciwdziałanie w szkołach wymaga umieszczenia w programie nauczania tematów promocji zdrowia oraz szkolnej strategii antynarkotykowej oraz że musi poruszać ono aspekty związane z życiem społecznym oraz grupami społecznymi (Paglia i Room, 1999 r.). Niemniej zbyt częste stosowanie sformułowań takich jak „promocja zdrowego trybu życia", „podejście holistyczne" i „przeciwdziałanie całościowe" często jest przykrywką dla braku jasnej podstawy dla strategii przeciwdziałania oraz świadczy o ograniczonym zaangażowaniu w metody przeciwdziałania oparte na dowodach. W zakresie działań prewencyjnych angażujących rodzinę nie zaobserwowano znaczącego postępu. Będąc składową zapobiegania powszechnego, ograniczają się one do wieczorków dla rodziców oraz spotkań grup (np. w Niemczech, Grecji, Szwecji), podczas gdy tylko w Hiszpanii, Irlandii, Polsce, Szwecji i Wielkiej Brytanii stanowią one element zapobiegania wybiórczego (tzn. skupiającego się na rodzinach o podwyższonym ryzyku) ([21]).

([21]) Patrz tabela 4 OL: Streszczenie kluczowych parametrów przeciwdziałania.

Rozdział 3

Konopie indyjskie

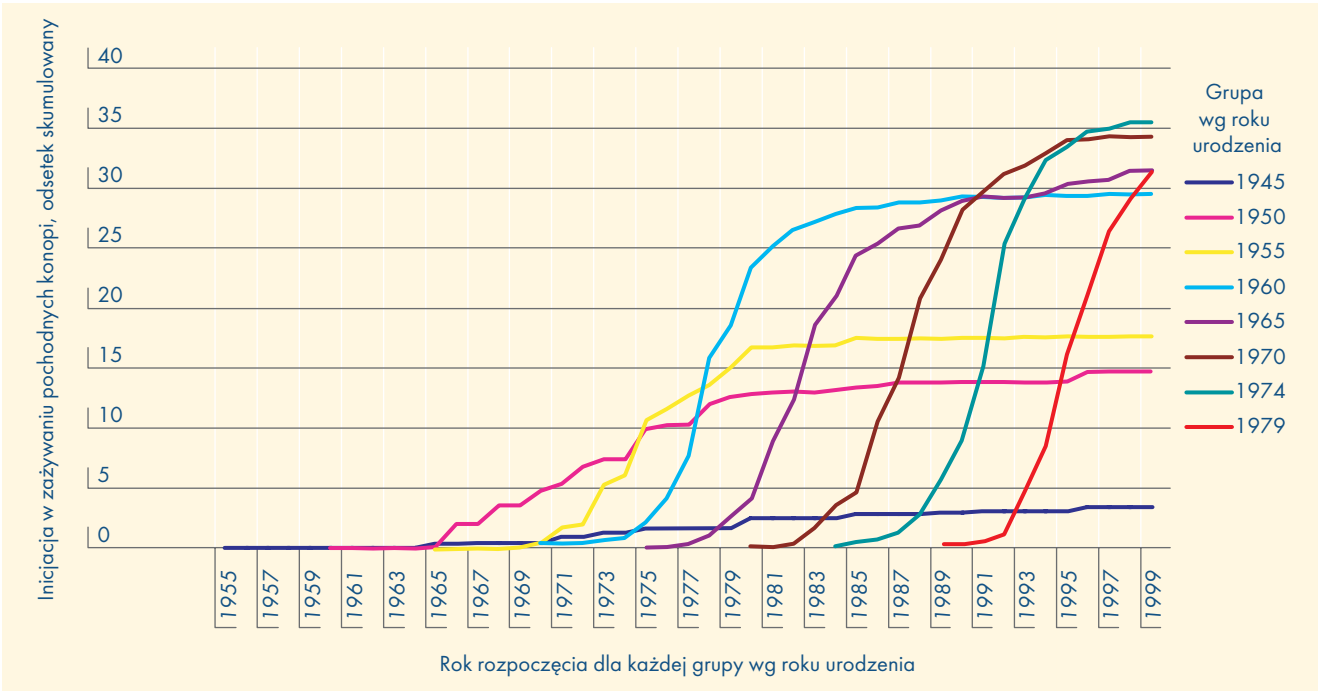
W wszystkich państwach UE konopie indyjskie jest najczęściej stosowaną substancją nielegalną, niemniej stopień ich spożycia różni się znacznie w poszczególnych państwach. Używanie pochodnych konopi przez ludzi młodych po raz pierwszy rozpowszechniło się w niektórych państwach europejskich w latach 70-tych i następnie rozprzestrzeniło się na inne kraje UE w latach 70-tych i 80-tych (wykres 4 – przykład z Hiszpanii). Powszechne stosowanie tych narkotyków jest niedawnym zjawiskiem w nowych państwach członkowskich UE.

Rozpowszechnienie oraz schematy stosowania

Używanie narkotyków wśród populacji ogólnej ocenia się poprzez badania, które dostarczają szacunkowych danych co do liczby osób, które stosowały narkotyki przez określony czas ([22]). Ostatnie badania populacji wskazują, że znaczący odsetek osób dorosłych w Europie (w wieku od 15 do 64 lat) próbował marihuany przynajmniej raz w życiu. Odsetek ten waha się od 5–10% w Belgii, Estonii, na Węgrzech i w Portugalii do 24–31% w Danii, Hiszpanii, Francji oraz Wielkiej Brytanii. Dla porównania, w 2002 roku w Stanach Zjednoczonych ogólnokrajowa ankieta dotycząca narkotyków przeprowadzona w gospodarstwach domowych wykazała, że 40% dorosłych (od 12 roku życia wzwyż) próbowało konopi lub marihuany przynajmniej raz, a 11% używało tych substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy (SAMHSA, 2002 r.) ([23])

Badania wskazują, że używanie produktów otrzymywanych z konopi dotyczy głównie młodych osób dorosłych (w wieku

Wykres 4: Zmieniające się rozmieszczenie inicjacji w zażywaniu pochodnych konopi wg wybranego roku urodzenia – przykład z Hiszpanii



Uwagi: Dane oparte na ogólnokrajowym badaniu sondażowym z 1997 r. (*n* = 12 515; od 15 do 64 lat) oraz ogólnokrajowym badaniu sondażowym z 1999 r. (*n* = 12 488; 15–65 lat).
Grupy wg roku urodzenia zostały wybrane jedynie, jeśli nie znaleziono znaczących różnic pomiędzy badaniami i próbkami dla grupy wg roku urodzenia dla danego roku.

Źródło: Kraus, L. i Augustin R. Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain. W sprawozdaniu EMCDDA CT.00.EP.14: Technical implementation and update of the EU databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.

([22]) Patrz uwagi metodologiczne do badań ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym 2004.
([23]) Należy zauważyć, że granice wiekowe w ankietach amerykańskich (od 12 roku życia wzwyż) są szersze, niż granice wiekowe przedstawiane w sprawozdaniach EMCDDA w przypadku badań prowadzonych w UE (od 15 do 64 roku życia).

od 15 do 34 lat), a w szczególności 20-latków. Wskaźniki dotyczące stosowania pochodnych konopi są znacznie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Krajowe badania sugerują również, że stosowanie jest bardziej powszechne na obszarach miejskich lub na obszarach o dużym zagęszczeniu. Niektóre z różnic odnotowanych na szczeblu krajowym mogą po części odzwierciedlać różnice w poziomie urbanizacji.

Odsetek młodzieży szkolnej w wieku 15 i 16 lat, która postrzega pochodne konopi jako łatwo dostępne lub bardzo łatwo dostępne, jest systematycznie wyższy niż odsetek osób stosujących pochodne konopi stale ([24]), niemniej dane te wskazują na te same parametry geograficzne. Różnice pomiędzy poszczególnymi państwami są znaczące. Ostatnie badania wśród młodzieży szkolnej w wieku 15 lat wskazują, że odsetek osób, które zażyły pochodne konopi przynajmniej raz w życiu, waha się od poniżej 10% w Grecji, na Malcie, w Szwecji oraz Norwegii do 30% w Republice Czeskiej, Hiszpanii, we Francji oraz w Wielkiej Brytanii ([25]). Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia odnotowano wśród chłopców w Anglii (42,5%), przy jednocześnie nieznacznie niższych wskaźnikach (38%) wśród angielskich dziewcząt. Różnica w zażywaniu pochodnych konopi wśród chłopców oraz dziewcząt zmienia się w zależności od państwa i wydaje się być mniej wyraźna w północnej Europie. Na przykład w Szwecji wskaźnik zażycia przynajmniej raz w życiu wynosi 7,7% dla chłopców oraz 6,6% dla dziewcząt, podczas gdy analogiczne wartości dla Grecji wynoszą odpowiednio 8% oraz 2,7%.

W dużej mierze zażywanie pochodnych konopi wydaje się być sporadyczne lub zostało porzucone po pewnym czasie. W większości państw UE tylko 20–40% wszystkich dorosłych, którzy próbowali pochodnych konopi, deklarowało zażywanie pochodnych konopi w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a tylko 1–10% przyznało, że stosowali je w ciągu ostatnich 30 dni.

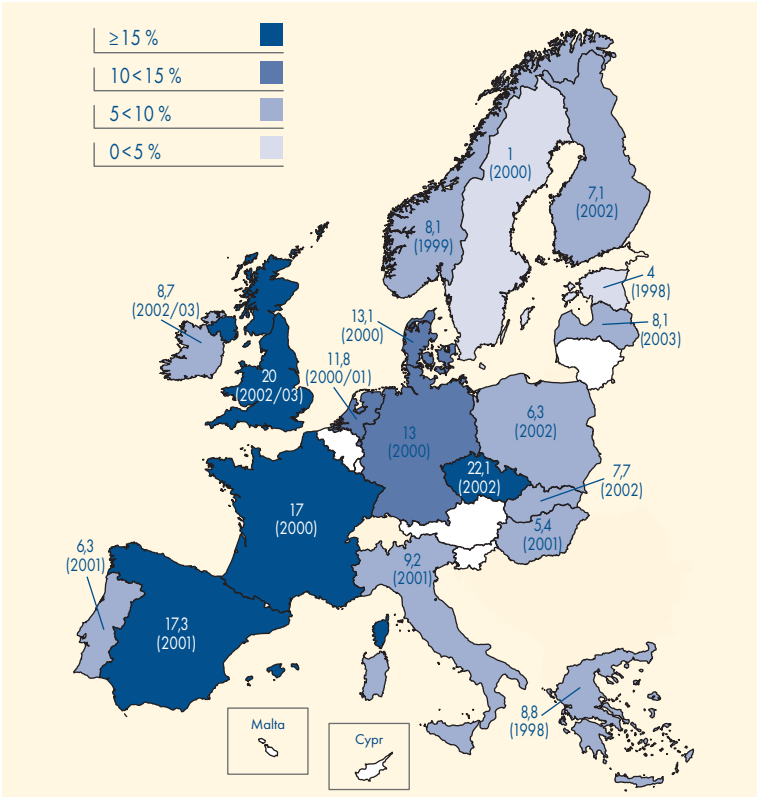
Użycie pochodnych konopi w ciągu ostatnich 12 miesięcy jest dużo większe w grupie młodych osób dorosłych (w wieku od 15–34 lat) niż w ogólnej populacji osób dorosłych, wahając się w większości państw w przedziale od 5% do 20% (wykres 5).

Niewielki, ale istotny oraz jednolity odsetek (około 15%) młodzieży szkolnej w wieku 15 lat w UE, który używał pochodnych konopi w ciągu ostatniego roku, deklarował, że stosował ją 40 bądź więcej razy (co traktowane jest jako „częste" zażywanie). wykres 6 pokazuje, że uczniowie płci męskiej są ponad dwukrotnie częściej niż uczennice użytkownikami częstymi. Wśród uczniów odsetek „częstych" użytkowników waha się od poniżej 1% w państwach należących do basenu Morza Bałtyckiego (Estonia, Łotwa, Litwa, Finlandia i Szwecja) i na Malcie do 5% i 10% w Belgii, Niemczech, Hiszpanii, Francji, Irlandii, Słowenii oraz Wielkiej Brytanii. Jest to porównywalne z przedziałem od 0% do maksymalnie 4,6% wśród uczennic. Stopień, w jakim schematy „częstego" zażywania pochodnych konopi wiążą się z problemami zdrowotnymi oraz zwiększonym zapotrzebowaniem na leczenie, omówiony został w „Zagadnieniach wybranych" pt. „Zarys problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi" (str. 82) ([26]).

Trendy

Brak w większości państw UE rozłożonych w czasie, logicznie powiązanych serii badań ogranicza identyfikację trendów narkotykowych. Niemniej jednak różne rodzaje badań (ogólnokrajowe, lokalne, przy powołaniu do wojska oraz szkolne) wykazały, że stosowanie pochodnych konopi znacząco wzrosło w latach 90-tych w prawie wszystkich państwach UE, zwłaszcza wśród młodzieży. W niektórych

Wykres 5: Zażywanie w ostatnim czasie (miniony rok) pochodnych konopi wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat) na podstawie krajowych badań populacji

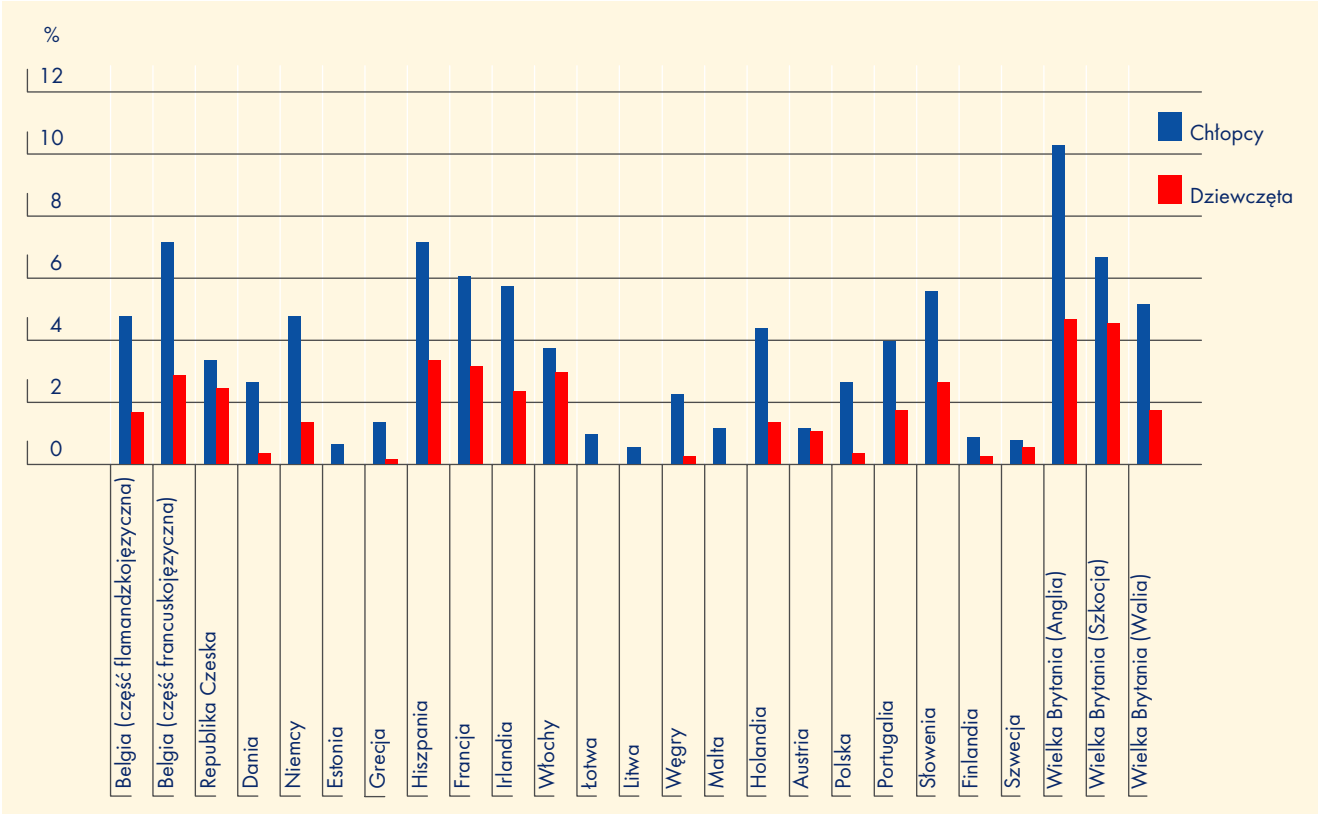


Uwagi: Dane pochodzą z najnowszych krajowych badań sondażowych dostępnych dla każdego państwa oprócz Francji, gdzie mały rozmiar próbki wykluczył zastosowanie badania z roku 2002, dlatego też dane tu przedstawione pochodzą z roku 2000.
Więcej szczegółów dotyczących liczby respondentów wg grup wiekowych znajduje się w tabeli 4: Badanie ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
Nie wszystkie dane odpowiadają dokładnie standardowym widełkom wiekowym stosowanym przez EMCDDA (Dania oraz Wielka Brytania od 16 do 34 roku życia, Estonia, Węgry oraz Niemcy od 18 do 34 roku życia). Odchylenia w granicach wiekowych mogą nieznacznie wpływać na niektóre różnice w charakterystyce krajowej. W niektórych państwach liczby zostały przeliczone na szczeblu krajowym, celem odwzorowania definicji EMCDDA.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, wzięte ze sprawozdań z badań lub artykułów naukowych. Patrz również tabele badań ludności w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

([24]) Patrz tabela 2: Rozpowszechnienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([25]) Ibid.
([26]) Patrz również wykres 4 OL: Względna częstość stosowania marihuany wśród uczniów w wieku 15 lat, którzy stosowali ją w ciągu ostatniego roku.

Wykres 6: Rozpowszechnienie zażywania dużych ilości marihuany wśród 15-letnich uczniów wg płci w latach 2001–2002



Uwagi: Zażywanie dużych ilości pochodnych konopi definiuje się jako zażycie 40-krotne lub częstsze w minionym roku.
Niemcy – jedynie próbka regionalna.
Portugalia – ograniczona porównywalność ze względu na rozmiar i wiek próbki.
Źródło: Curie, C. et al. (2004 r.), HBSC international report from the 2001/02 WHO survey.

przypadkach odnotowane wzrosty były wynikiem spadku popytu w latach 80-tych ([27]).

Mimo że wiele krajów deklarowało utrzymującą się tendencję wzrostową w stosowaniu pochodnych konopi w ostatnich latach, kilka krajów (Holandia, Finlandia, Szwecja oraz Norwegia) odnotowało stabilizację poziomu zażywania wśród uczniów, poborowych oraz nastolatków w ciągu ostatnich 2–4 lat. Wyniki mającego się ukazać sprawozdania z ankiet przeprowadzonych w szkołach w 2003 roku przez ESPAD (Europejski projekt badań szkolnych w zakresie alkoholu i innych używek) dostarczą bardziej szczegółowego opisu trendów panujących wśród młodzieży szkolnej w UE ([28]).

Podsumowując, rekreacyjne oraz sporadyczne zażywanie pochodnych konopi wzrosło znacząco w latach 90-tych w wielu państwach europejskich, ale wzrost ten może wchodzić aktualnie w fazę stabilizacji, przynajmniej w niektórych krajach. Obecny poziom stosowania najprawdopodobniej również wzrósł, w szczególności wśród ludzi młodych.

Konfiskaty oraz dane rynkowe

W 2002 roku pochodne konopi nadal były najczęściej produkowanym oraz nielegalnie sprzedawanym narkotykiem na całym świecie. Niemniej, biorąc pod uwagę globalne rozpowszechnienie produkcji produktów otrzymywanych z konopi oraz brak systemów monitorowania, ciągle trudne jest oszacowanie rozmiarów tej produkcji (UNODC, 2003a; CND, 2004 r.).

Produkcja i handel

W ostatnich latach Maroko było głównym światowym źródłem żywicy konopnej, przed Afganistanem i Pakistanem. Część żywicy konopnej pochodzi również z innych państw Azji Środkowej, Federacji Rosyjskiej, Libanu oraz Albanii (UNODC, 2003a). W roku 2002 Maroko nadal było najczęściej wymieniane jako źródło pochodzenia żywicy konopnej, przed Albanią i Indiami. Niemniej informowano o 31 innych państwach będących źródłami tej substancji, potwierdzając tym samym, że handel jest szeroko rozpowszechniony, a liczba państw źródłowych duża (CND, 2004 r.). W 2003 r. Biuro ds. Narkotyków oraz Przestępczości ONZ (UNODOC) oraz rząd Maroka przeprowadziły pierwsze badanie dotyczące produkcji pochodnych konopi w Maroku. Badanie ujawniło, że 27% gruntów uprawnych w regionie Rif przeznaczone było pod uprawę konopi, co odpowiada potencjalnej produkcji 3 080 ton metrycznych żywicy konopnej w roku 2003 (UNODC oraz rząd Maroka, 2003 r.). Większość żywicy

([27]) Patrz wykres 5 OL: Rozwój zażywania marihuany wśród ludzi młodych w niektórych państwach UE w oparciu o badania ogółu populacji.
([28]) Patrz okienko 3 OL: Europejski projekt badań szkolnych w zakresie alkoholu i innych używek.

Interpretacja danych o konfiskatach i sytuacji rynkowej

Liczbę konfiskat narkotyków w danym kraju zwykle odbiera się jako pośredni wskaźnik wielkości podaży i dostępności narkotyków, ale również odzwierciedla ona źródła egzekwowania prawa, priorytety i strategie oraz podatność handlarzy narkotyków na egzekwowanie przepisów prawa. Skonfiskowane ilości mogą znacznie różnić się z roku na rok, jeżeli na przykład w przypadku kilku konfiskat skonfiskowane na przestrzeni jednego roku ilości są bardzo duże. Z tego względu wiele państw uważa, że liczba konfiskat jest lepszym wskaźnikiem trendów. We wszystkich państwach dane o liczbie konfiskat dotyczą w dużej mierze drobnych konfiskat detalicznych. Miejsce pochodzenia oraz miejsce przeznaczenia (jeżeli są znane) skonfiskowanych narkotyków może umożliwić identyfikację szlaków handlowych oraz ośrodków produkcji. Większość państw członkowskich odnotowuje informacje o cenie i czystości na poziomie użytkownika końcowego. Jednakże dane te pochodzą z różnorodnych źródeł i nie zawsze można uznać je za porównywalne lub rzetelne, co utrudnia prawidłowe porównanie danych krajowych.

spożywanej w Unii Europejskiej pochodzi z Maroka. Konopie przerzucane są głównie przez Półwysep Iberyjski, mimo że Holandia stanowi drugie istotne centrum dystrybucji służące do późniejszego rozprowadzania w państwach UE (Bovenkerk i Hogewind, 2002 r.; sprawozdania krajowe, 2003 r.).

Państwa, z których sprowadzana jest marihuana, porozrzucane są po całym świecie. Ogólnie w 2001 roku na szczeblu międzynarodowym najczęściej wymieniano Albanię, Kolumbię, Republikę Południowej Afryki, Federację Rosyjską, Jamajkę oraz Holandię. Poza Europą, większa część obrotu materiałem zielarskim ma charakter wewnątrzregionalny, tzn. jest produkowana i konsumowana lokalnie lub w państwach graniczących (UNODC, 2003a). Stwierdzono, że materiał skonfiskowany w UE w 2002 roku pochodził z wielu różnych krajów, głównie z Holandii oraz Albanii (CND, 2004 r.; INCB, 2004a), ale również z Azji (Tajlandia), Afryki (Malawi, Republika Południowej Afryki, Nigeria, Angola) oraz obu Ameryk (Meksyk, Jamajka, USA) (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.).

Lokalna uprawa oraz produkcja konopi ma miejsce w większości państw członkowskich UE. Mimo że w niektórych przypadkach skonfiskowane rośliny mogły zostać przywiezione z innego kraju, to ilość przypadków przechwycenia odnotowanych w UE (patrz tabela 3) można traktować jako wyznacznik rozmiaru lokalnych upraw konopi. W ostatnich latach w Belgii uprawa konopi stała się powszechna w całym kraju. W Czechach pierwsze przykłady prowadzonej na wielką skalę wodnej uprawy konopi, zastępującej krajowe uprawy na wolnym powietrzu przeznaczone na rynek rodzimy, zostały odkryte w 2002 roku. W Estonii liczba odkrytych plantacji konopi indyjskich wzrosła w 2002 roku, przy czym wykryto kilka dużych plantacji. Na Węgrzech stwierdzono, że konopie indyjskie uprawiane są na każdym większym terenie. W UE większość konopi indyjskich przechwytywanych jest we Włoszech, a następnie w Holandii, gdzie liczba przechwyconych roślin wzrasta od 1998 roku. Jest to również konsekwencją pomyślnego wprowadzenia w Holandii integralnego podejścia angażującego wiele różnych podmiotów na szczeblu lokalnym (tzn. bliskiej współpracy pomiędzy władzami lokalnymi, przedsiębiorstwami dostarczającymi energię, urzędami podatkowymi, itp.). Szacuje się, że

Tabela 3: Konfiskaty roślin konopi w państwach UE oraz Norwegii w 2001 r.

Państwo	Liczba konfiskat	Przechwycone ilości: liczba roślin (w kg, jeżeli liczba roślin nie została podana)
Belgia	n.a.	n.a.
Republika Czeska (1)	n.a.	343
Dania (1)	n.a.	230
Niemcy	785	68 696
Estonia	24	6 043
Grecja	n.a.	18 821
Hiszpania	n.a.	(3 907 kg)
Francja	681	(41 kg)
Irlandia	20	365
Włochy	n.a.	3 219 414
Cypr (1)	n.a.	274
Łotwa (1)	n.a.	(72,7 kg)
Litwa	n.a.	n.a.
Luksemburg	2	11
Węgry	n.a.	n.a.
Malta	n.a.	n.a.
Holandia	n.a.	884 609
Austria	120	(36 kg)
Polska (1)	n.a.	2 550
Portugalia	64	3 807
Słowenia	426	1 925
Słowacja (1)	n.a.	535
Finlandia	612	(16 kg)
Szwecja	51	(3 kg)
Wielka Brytania (2)	1 875	71 507
Norwegia	n.a.	(17 kg)

n.a.: brak danych.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox; z wyjątkiem:
(1) Interpol (2003 r.), National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001, Interpol: Lyon.
(2) Corkery, J.M. i Airs, J. (2003 r.), Seizures of drugs in the UK 2001, Findings No 202, RDS-Home Office, London.

chociaż około trzech czwartych konopi konsumowanych w Holandii pochodzi z upraw domowych („nederwiet"), Holandia staje się mniej istotnym źródłem pochodnych konopi przeznaczonych na eksport do innych krajów, natomiast pozostaje krajem tranzytowym dla zagranicznych konopi, zwłaszcza przy wzrastającym nasileniu upraw w innych państwach UE.

Konfiskata

Na całym świecie w 2002 roku przechwycono 1 039 ton żywicy konopnej oraz 3 800 ton marihuany. Najwięcej żywicy konopnej przechwytywane jest w Europie oraz Azji, odpowiednio 70% i 23%, a marihuany w obu Amerykach (70%) oraz Afryce (19%) (CND, 2004 r.). Jeśli wziąć pod uwagę liczbę konfiskat oraz całkowitą ilość przechwyconego towaru, pochodne konopi są najczęściej przechwytywanym narkotykiem we wszystkich państwach UE z wyjątkiem Łotwy, gdzie liczba konfiskat heroiny jest wyższa. Większość przypadków konfiskaty pochodnych konopi w UE ma miejsce w Wielkiej Brytanii, a w następnej kolejności w Hiszpanii i Francji ([29]). Niemniej przez ostatnie pięć lat w przeliczeniu na ilość w Hiszpanii przechwycono ponad połowę całkowitej ilości towaru skonfiskowanego w UE. Na szczeblu UE liczba przypadków skonfiskowania pochodnych konopi ([30]) świadczy o tendencji wzrostowej od 1997 roku, podczas gdy ilość towaru ([31]) przechwyconego zmniejsza się od roku 1999. Po spadku w 2001 roku zarówno liczba konfiskat, jak i przechwytywane w UE ilości, w oparciu o trendy odnotowane w krajach, dla których dostępne są dane, ponownie wzrosły w 2002 roku.

Niektóre państwa zainwestowały w nowe rozwiązania technologiczne celem zwiększenia skuteczności działań ukierunkowanych na zwalczanie handlu konopiami indyjskimi. Na przykład Hiszpania rozwinęła w ostatnim czasie zewnętrzny zintegrowany system nadzoru (SIVE), obecnie działający w regonie Algeciras oraz na niektórych Wyspach Kanaryjskich, przeznaczony do wspomagania natychmiastowego wykrywania zarówno przemytu pochodnych konopi, jak i nielegalnej imigracji ([32]).

Cena i siła działania

W 2002 roku średnia cena detaliczna żywicy konopnej w UE wahała się od 2,7 euro za gram w Hiszpanii do 21,5 euro za gram w Norwegii, podczas gdy cena marihuany mieściła się w przedziale od poniżej 2 euro za gram w Estonii i Hiszpanii do 14 euro na Łotwie ([33]). W okresie od 1997 do 2002 roku średnie ceny żywicy konopnej pozostawały na tym samym poziomie lub nieznacznie spadały w większości państw UE, z wyjątkiem Francji i Luksemburga, gdzie w tym okresie zaobserwowano nieznaczny wzrost cen. W 2002 roku podobny trend zaobserwowano we wszystkich państwach, z wyjątkiem Niemiec, Francji, Łotwy, Litwy oraz Holandii, gdzie cena uliczna żywicy konopnej wzrosła. W ciągu tego samego pięcioletniego okresu cena marihuany również pozostała na tym samym poziomie lub spadła w większości państw, przy czym w Belgii, Czechach, na Litwie oraz w Luksemburgu zaobserwowano tendencje wzrostowe. W 2002 roku cena marihuany rosła w Niemczech, na Litwie i Łotwie, jednocześnie pozostając na tym samym poziomie lub spadając w innych państwach członkowskich.

Siła działania produktów otrzymywanych z konopi indyjskich jest pochodną zawartości w nich Δ^9-tetrahydrokanabinolu (THC), czyli głównej substancji czynnej (EMCDDA, 2004c). W 2002 roku w krajach, dla których dostępne są dane, produkty otrzymywane z konopi indyjskich, takie jak żywica ([34]) oraz marihuana ([35]), obecne w obrocie detalicznym, miały średnią zawartość THC w granicach od poniżej 1% do 15%.

([29]) Niemniej jednak należy porównać te informacje z ciągle brakującymi danymi z 2002, kiedy tylko będą dostępne. Brak jest danych dla Włoch, Węgier, Polski oraz Słowenii dotyczących liczby konfiskat marihuany w 2002 roku. Natomiast dla Cypru, Malty, Holandii, Słowacji oraz Wielkiej Brytanii brak jest danych dotyczących zarówno liczby dokonanych konfiskat, jak i ilości pochodnych konopi skonfiskowanych w 2002 roku.
([30]) Patrz tabela 1: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([31]) Patrz tabela 2: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([32]) Patrz http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.
([33]) Patrz tabela 14: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([34]) Patrz tabela 15: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([35]) Patrz tabela 16: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

Rozdział 4

Amfetaminy i pochodne środki pobudzające, LSD i inne narkotyki syntetyczne

W niniejszym rozdziale dokonano przeglądu stosowania różnych syntetycznie wytwarzanych narkotyków. Niektóre z nich, takie jak amfetaminy, mają długą historię stosowania w Europie. Inne, takie jak grupa substancji typu ecstasy, zaczęły być stosowane stosunkowo niedawno z uwagi na ich właściwości psychoaktywne. W niniejszym rozdziale również przeanalizowano wysiłki podjęte celem wychwycenia momentu pojawienia się wszelkich nowych narkotyków syntetycznych w Europie.

Termin amfetaminy to ogólna nazwa amfetaminy, metamfetaminy oraz wielu innych, mniej znanych substancji, które działają stymulująco na ośrodkowy układ nerwowy. Spośród nich dotychczas najbardziej dostępną substancją w Europie jest amfetamina. Globalnie poziom zażywania metamfetaminy rośnie, co wywołuje uzasadnione obawy, ponieważ narkotyk ten związany jest z szeregiem poważnych problemów zdrowotnych. Obecnie wydaje się, że znaczące wykorzystanie metamfetaminy w Europie ogranicza się do Republiki Czeskiej, mimo że sporadycznie publikowane sprawozdania wzbudzają obawy, że narkotyk ten zyskuje na popularności w innych krajach.

Do substancji z grupy ecstasy, które określane są niekiedy jako substancje entaktogenne, zaliczają się substancje syntetyczne, które są chemicznymi analogami amfetamin, ale które różnią się do pewnego stopnia zakresem działania. Najbardziej znanym przedstawicielem substancji z grupy ecstasy jest 3,4-metylenodwuoksymetamfetamina (MDMA), niemniej w tabletkach ecstasy znajdowane są również inne analogi.

Ogólny stopień rozpowszechnienia stosowania ecstasy, amfetaminy oraz LSD w populacji ogólnej jest niski, ale bardziej szczegółowe badania ujawniają, że rozpowszechnienie wśród ludzi młodych jest dużo wyższe, a poziom stosowania tych narkotyków może być szczególnie wysoki w niektórych grupach społecznych i/lub w niektórych subkulturach.

Rozpowszechnienie oraz schematy stosowania

Tradycyjnie badania populacji pokazują, że amfetaminy są najczęściej stosowanymi substancjami nielegalnymi po produktach otrzymywanych z konopi, aczkolwiek ogólny poziom rozpowszechnienia jest wyraźnie niższy (wykres 7). Niemniej jednak w kilku krajach, w których podjęto się powtórzenia badań (np. Niemcy, Hiszpania, Holandia, Finlandia oraz Wielka Brytania), stwierdzono, że w ostatnich latach zażywanie ecstasy osiągnęło lub przekroczyło poziom stosowania amfetaminy ([36]). Ponadto w niektórych innych krajach (Republika Czeska, Irlandia, Portugalia) niedawno przeprowadzone badania, mimo że nie stanowiły części cyklu badań, sugerują, że stosowanie ecstasy jest stosunkowo częste.

Zgodnie z najnowszymi badaniami odsetek osób, które przynajmniej raz w życiu zażyły amfetaminę wśród ogólnej populacji ludzi dorosłych (w wieku 15–64 lat) zawiera się w przedziale od 0,5% do 6% w państwach członkowskich UE, z wyjątkiem Wielkiej Brytanii, gdzie sięga on 12%. Około 0,5% do 7% populacji próbowało ecstasy.

Poziom zażywania (zbadany w ciągu ostatnich 12 miesięcy) amfetamin lub ecstasy wśród ludzi dorosłych wynosił poniżej 1%. Dane dla obu substancji są odrobinę wyższe w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Irlandii (badanie z 1998 r.) oraz Wielkiej Brytanii. Ponadto zażywanie amfetamin w ostatnim czasie przewyższało średnią w Danii, natomiast w przypadku ecstasy w Holandii.

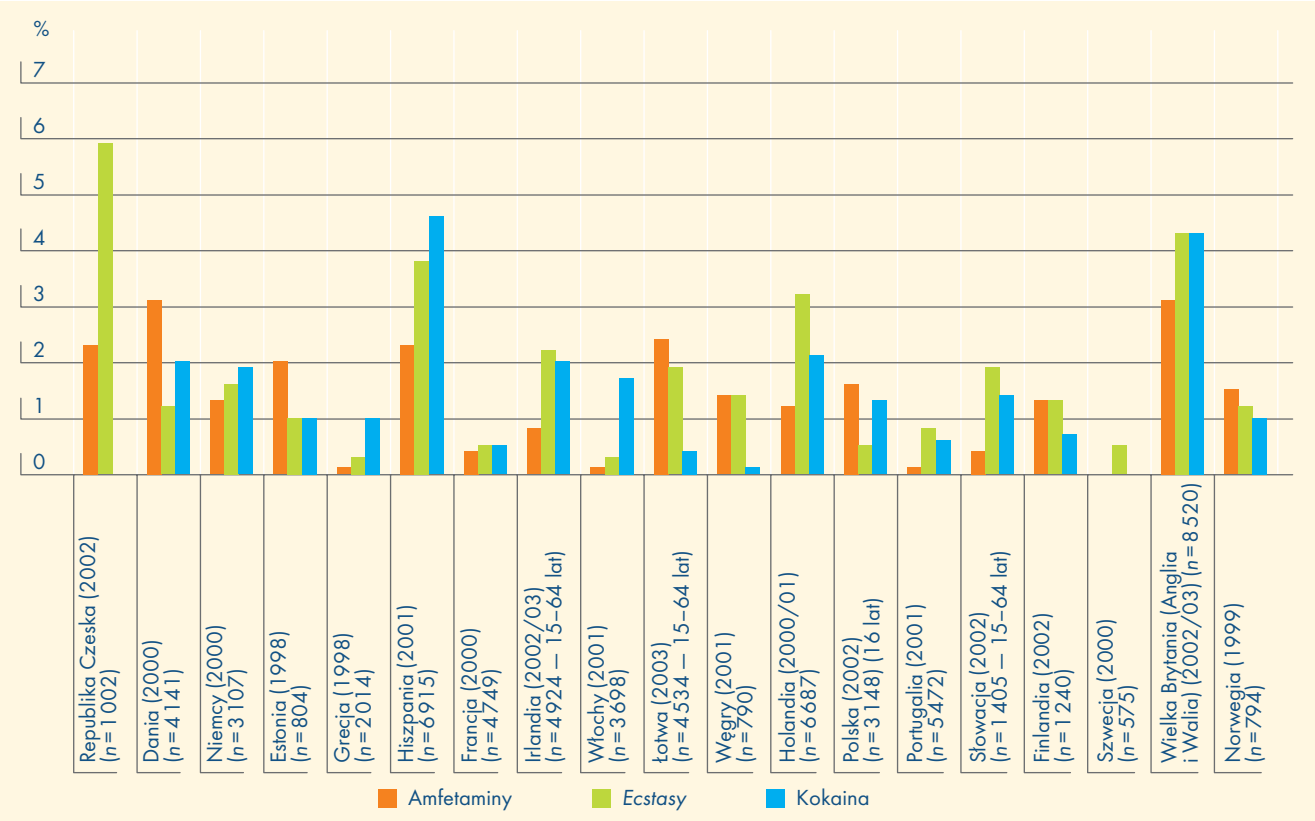
W całej populacji zażywanie amfetaminy oraz ecstasy było głównie zjawiskiem dotyczącym młodzieży. Odsetek osób z grupy osób dorosłych w młodym wieku (15–34 lata), które zażyły te substancje przynajmniej raz w życiu, zawierał się w przedziale od 2% do 11%, a osób, które zażyły je w ostatnich 12 miesiącach –od 0,5% do 6%. Krajowe badania odnotowują zażycie ecstasy przynajmniej raz w życiu wśród mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat na poziomie 11–17% w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Holandii oraz Wielkiej Brytanii, natomiast wskaźniki zażycia na przestrzeni ostatniego roku na poziomie od 5–13% w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Irlandii (1998 r.), Łotwie, Holandii oraz Wielkiej Brytanii. Możliwe, że liczby te byłyby wyższe, gdyby wzięto pod uwagę jedynie populacje miejskie (wykres 8).

W latach 90-tych odnotowano ogólną tendencję wzrostową w zażywaniu ecstasy. Mimo że poziom zażywania może nadal rosnąć wśród ludzi młodych, u populacji ogólnej jego wzrost wydaje się być postrzymany, przynajmniej chwilowo.

Dla porównania, w badaniu dotyczącym narkotyków przeprowadzonym w gospodarstwach domowych na terenie Stanów Zjednoczonych w 2001 roku doświadczenia związane z zażyciem ecstasy przynajmniej raz w życiu wśród dorosłych (określonych jako osoby w wieku 12 lat i starsze) miało 4,3% badanych, przy 9% osób deklarujących jakikolwiek kontakt ze środkami pobudzającymi (w tym 5,3% osób, które zadeklarowały zażywanie metamfetaminy). Poziom zażywania ecstasy w ostatnim okresie (w ciągu ostatnich 12 miesięcy)

([36]) Patrz wykres 6 OL: Rozwój niedawnego użycia (miniony rok) amfetamin oraz ecstasy wśród ludzi młodych (w wieku 15-34 lat) na terenie Wielkiej Brytanii (badanie przestępczości w Wielkiej Brytanii).

Wykres 7: Zażywanie w ostatnim czasie (miniony rok) amfetamin, ecstasy i kokainy wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata) na podstawie krajowych badań populacji



Uwagi: Dane pochodzą z najnowszych krajowych badań sondażowych dostępnych dla każdego państwa oprócz Francji, gdzie mały rozmiar próbki wykluczył zastosowanie badania z roku 2002, dlatego też dane tu przedstawione pochodzą z roku 2000 (patrz tabela 4: Badanie ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym na rok 2004).
Próbki (*n*) odnoszą się do ilości respondentów dla grupy wiekowej 15–34 lat. Informacje o rozmiarze próbek, z ilością respondentów dla wszystkich ankiet, znajdują się w tabeli 4: Badanie ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
Nie wszystkie dane odpowiadają dokładnie standardowym widełkom wiekowym stosowanym przez EMCDDA (Dania oraz Wielka Brytania od 16 do 34 roku życia, Estonia, Węgry oraz Niemcy od 18 do 34 roku życia). Odchylenia w granicach wiekowych mogą nieznacznie wpływać na niektóre różnice w charakterystyce krajowej. W niektórych państwach liczby zostały przeliczone na szczeblu krajowym, celem odwzorowania definicji EMCDDA.
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, wzięte ze sprawozdań z badań lub artykułów naukowych. Patrz również tabele badań ludności w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

odnotowano na poziomie 1,3%, a poziom zażywania w ostatnim czasie środków stymulujących na poziomie 1,4% (w tym 0,7% osób zadeklarowało zażywanie metamfetaminy) ([37]).

Ankiety i badania przeprowadzone wśród młodzieży

Porównywalne dane dotyczące młodzieży w głównej mierze opierają się na ankietach przeprowadzonych w szkołach i skupiają się na uczniach w wieku 15 i 16 lat.

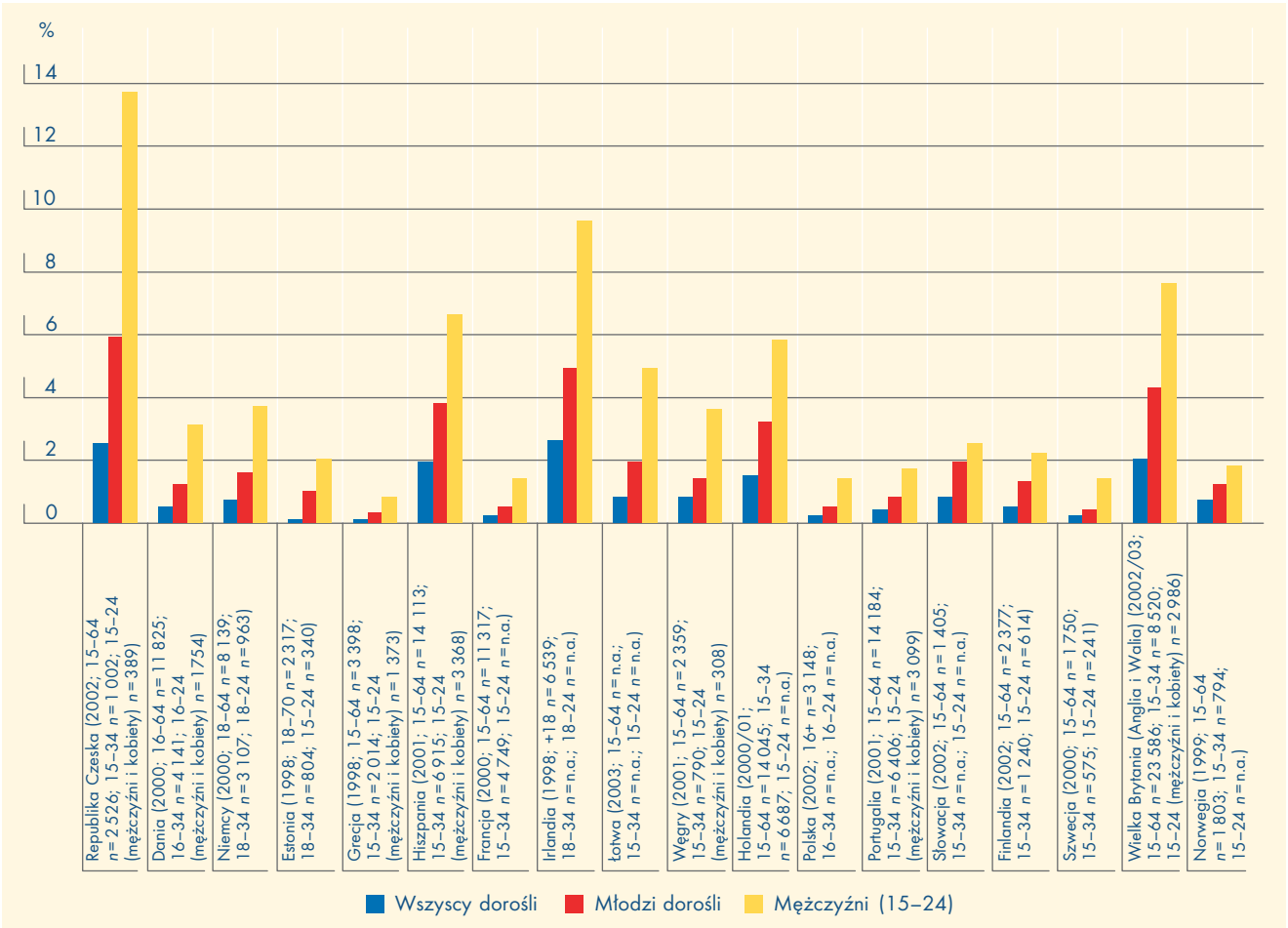
Dane pochodzące z badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach w latach 2001–2002 pokazują, że wskaźnik zażycia ecstasy przynajmniej raz w życiu wśród młodzieży szkolnej w wieku 15 i 16 lat uległ stabilizacji lub spadkowi w sześciu państwach członkowskich (Belgia, Czechy, Hiszpania, Włochy, Węgry i Szwecja). Przynajmniej jednorazowe zażycie ecstasy w tych krajach waha się w przedziale od 1% do 4,7% ([38]).

Jednoprocentowy wzrost w przynajmniej jednorazowym zażyciu ecstasy wśród młodzieży szkolnej w wieku 15 i 16 lat zaobserwowano w Wielkiej Brytanii (5%). Nadchodzące wydanie sprawozdania Europejskiego projektu badań szkolnych (ESPAD) ([39]) przedstawiać będzie istotne dane dotyczące trendów obecnych w większości państw członkowskich pomiędzy 1995 a 1999 rokiem.

Z wyjątkiem Węgier, wskaźnik zażycia amfetaminy przynajmniej raz w życiu przez młodzież szkolną w wieku od 15 do 16 roku życia pozostał na stabilnym poziomie lub spadł we wszystkich krajach, które udostępniły dane za okres 2001–2002 ([40]).

([37]) Wyniki amerykańskich ogólnokrajowych badań dotyczących narkotyków oraz statystyk odnoszących się do zdrowia przeprowadzonych w 2002 r. (Administracja ds. Nałogów i Służby Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) Biuro Nauk Stosowanych). Badania dostępne są na stronie internetowej SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Należy zauważyć, że granice wiekowe w ankietach amerykańskich (od 12 roku życia wzwyż) są szersze niż granice wiekowe przedstawiane w sprawozdaniach EMCDDA w przypadku badań prowadzonych w UE (od 15 do 64 roku życia).
([38]) Patrz tabela 1: Rozpowszechnienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([39]) Okienko 3 OL: Europejski projekt badań szkolnych w zakresie alkoholu i innych używek.
([40]) Patrz tabela 1: Rozpowszechnienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

Wykres 8: Zażywanie w ostatnim czasie (miniony rok) ecstasy wśród ogółu dorosłych (15–64 lat), młodych dorosłych (15–34 lat) oraz młodszych mężczyzn (15–24 lat) na podstawie krajowych badań populacji



Uwagi: Dane pochodzą z najnowszych krajowych badań sondażowych dostępnych dla każdego państwa oprócz Francji, gdzie mały rozmiar próbki wykluczył zastosowanie badania z roku 2002, dlatego też dane tu przedstawione pochodzą z roku 2000.
Nie wszystkie dane odpowiadają dokładnie standardowym widełkom wiekowym stosowanym przez EMCDDA (Dania oraz Wielka Brytania od 16 do 34 roku życia, Estonia, Węgry oraz Niemcy od 18 do 34 roku życia). Odchylenia w granicach wiekowych mogą nieznacznie wpływać na niektóre różnice w charakterystyce krajowej. W niektórych państwach liczby zostały przeliczone na szczeblu krajowym, celem odwzorowania definicji EMCDDA.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, wzięte ze sprawozdań badań populacji lub artykułów naukowych. Patrz tabela 3: Badanie ogółu populacji oraz tabela 4 w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

Zarówno wskaźniki zażycia przynajmniej raz w ciągu życia, jak i intensywne zażywanie środków pobudzających pochodnych amfetaminy są ogólnie wyższe wśród mężczyzn niż u kobiet, z wyjątkiem Republiki Czeskiej, gdzie przeprowadzone przez ESPAD i WHO szkolne badania ankietowe wykazały, że wskaźnik zażycia metamfetaminy (głównie pervitin) przynajmniej raz w życiu jest wyższy wśród dziewcząt. Jest to zgodne z wynikami badań przeprowadzonych wśród ludzi młodych uczestniczących w programach leczenia uzależnień w Republice Czeskiej: ponad połowa nastoletnich pacjentów poszukujących wyleczenia z problemów związanych z zażywaniem substancji pobudzających (głównie pervitinu) to dziewczęta, w przeciwieństwie do grup od dwudziestego roku życia wzwyż, wśród których jest dwa razy więcej pacjentów płci męskiej niż żeńskiej. Dotychczas nie znaleziono wyjaśnienia dla tego zjawiska odnotowanego wśród nastolatków, niemniej jednak jest ono silnym sygnałem konieczności dokładnego monitorowania sytuacji w odniesieniu do kobiet i stosowania przez nie środków pobudzających z grupy amfetamin.

Ostatnie badania przeprowadzone w Holandii oraz Wielkiej Brytanii wykazują, że zażywanie ecstasy pozostaje zdecydowanie bardziej powszechne wśród uczestników imprez (tanecznych) niż wśród ogółu populacji (Deehan i Saville, 2003 r.; Ter Bogt i Engels, 2004 r.). Dane dotyczące częstości zażywania ecstasy oraz przyjmowanych ilości są ograniczone, niemniej dostępne są informacje sugerujące, że schematy zażywania są bardzo zmienne. Na przykład ankieta z 2001 roku przeprowadzona wśród uczestników imprez rave w Holandii ujawniła, że ponad połowa z nich (58%) zażywała ecstasy w ciągu ostatniego miesiąca. Spośród nich 17%, zdefiniowane jako „osoby stale biorące ecstasy", przyznało się do zażywania ecstasy „kilka razy w tygodniu", a 22% raz w tygodniu. Jedna osoba na trzy (32%) zażywała ecstasy „kilka razy w miesiącu". W odniesieniu do

przyszłych trendów Hiszpania podała, że związek pomiędzy zażywaniem ecstasy a szczególnym rodzajem muzyki czy imprezą może słabnąć, a dany narkotyk może stawać się mniej istotnym czynnikiem pomagającym w identyfikowaniu specyficznych grup.

Pomimo wielu wątpliwości dotyczących środków pobudzających i prowadzenia pojazdów mechanicznych, w badaniach toksykologicznych przyczyn zgonów powstałych w ruchu drogowym przeprowadzonych w 2002 roku w Hiszpanii ujawniono, że tylko 0,4% z 1 441 przebadanych kierowców zażywało ecstasy.

Zgony wynikające z zażywania ecstasy

Zgony spowodowane przez ecstasy są rzadkie w porównaniu ze zgonami powodowanymi przez opiaty, ale stały się one ważnym przedmiotem troski publicznej, prawdopodobnie z uwagi na młody wiek ofiar i całkowicie niespodziewane rezultaty. Termin „zgon spowodowany przez ecstasy" wymaga jaśniejszego sprecyzowania. Obecnie mógłby oznaczać on, że substancja ta wymieniona została w akcie zgonu lub wykryta w pośmiertnym badaniu toksykologicznym (często w połączeniu z opiatami, alkoholem, kokainą lub innymi używkami).

Według sprawozdań Reitox na rok 2003, „zgony związane z ecstasy" są bardzo rzadkie w większości państw UE, a zgony, w których ecstasy miała najprawdopodobniej bezpośredni wpływ na śmierć, są jeszcze rzadsze (dwa w Austrii, dwa we Francji, w tym jeden wyłącznie w wyniku zażycia ecstasy, dziewiętnaście w Niemczech, z których osiem przypisywano wyłącznie ecstasy, jeden w Grecji oraz dwa w Amsterdamie, w tym jeden w powiązaniu z alkoholem). Należy zaznaczyć, że procedury rejestrowania zgonów nie są jednolite. W Wielkiej Brytanii stwierdzono 55 zgonów z udziałem ecstasy w 2001 roku oraz ponad 16 w roku 1998. Badanie brytyjskie, oparte na grupie 202 przypadków uwzględnionych w krajowym programie w sprawie zgonów spowodowanych nadużywaniem substancji przeprowadzonym w latach 1996–2002, również wykazało wzrost ilości zgonów spowodowanych przez ecstasy w okresie 1996–97 (12 przypadków) oraz 2001–2002 (72 przypadki), przy czym ecstasy była jedynym narkotykiem wymienianym w 17% przypadków (Schifano et al., 2003 r.). Względnie wysoka liczba zgonów związanych z ecstasy w Wielkiej Brytanii może być spowodowana rzeczywiście wyższym rozpowszechnieniem stosowania ecstasy, ale również mogła zostać odnotowana ze względu na lepsze procedury monitorowania oraz analizy.

Przypadki przyjęć na ostry dyżur szpitalny mogą być również rozpatrywane jako wskaźnik nagle pojawiających się kłopotów zdrowotnych wynikających z zastosowania substancji. Umiarkowany wzrost nagłych zgłoszeń na ostry dyżur szpitalny w wyniku zażycia ecstasy lub amfetamin zaobserwowano w Hiszpanii pomiędzy rokiem 1996 a 2001 ([41]) ([42]). W pozostałych krajach nie gromadzi się w sposób systematyczny danych ogólnokrajowych z rejestrów ostrych dyżurów szpitalnych, w związku z czym takiego wzrostu liczby przypadków jak dotąd nie odnotowano.

W brytyjskim badaniu na temat stopnia ryzyka zgonu z powodu zażycia ecstasy, uwzględniającym liczbę osób zażywających, wykazano istnienie bardzo rozległego zakresu osób narażonych (od 0,2 do 5,3 na 10 000 zażywających) i w związku z powyższym, podkreślono potrzebę lepszego zdefiniowania zarówno zgonów związanych z ecstasy, jak i populacji docelowej o podwyższonym stopniu ryzyka (Gore, 1999 r.; Schifano et al., 2003 r.).

Niektórym zgonom związanym z ecstasy można by zapobiec dzięki podjęciu względnie prostych środków (jak np. usprawnienie wentylacji, zapewnienie dostępu do wody) oraz poprzez nakłanianie do bardziej odpowiedzialnych zachowań poprzez edukację zdrowotną. Wydaje się, że pozostałe zgony wynikają z rzadkich specyficznych reakcji na narkotyk. Takim nieprzewidywalnym reakcjom trudno jest zapobiec, dlatego też możliwości interwencji, poza udzieleniem pomocy medycznej, są ograniczone.

Działania interwencyjne w obiektach rozrywkowych

Programy prewencyjne przeprowadzane w obiektach rozrywkowych są najprawdopodobniej najbardziej ugruntowaną szczególną formą zapobiegania wybiórczego. W niektórych państwach członkowskich ([43]) oferowane programy, wytyczne i usługi działają już od pewnego czasu. Odnotowano nieznaczny wzrost podejmowanych działań prewencyjnych, zwłaszcza w nowych państwach członkowskich ([44]).

Działania interwencyjne mają szeroki zakres, począwszy od metod zorientowanych na abstynencję, jak np. szwedzka kampania pod hasłem „Istnieje wiele powodów, by nie próbować narkotyków" przeprowadzona latem 2003 roku (której celem było wzmocnienie determinacji osób już będących przeciwnikami narkotyków oraz przekonanie osób niezdecydowanych do wybrania właściwej drogi), a skończywszy na punktach badania czystości narkotyków dla zażywających obecnych w niektórych krajach (patrz wyniki badania poniżej) ([45]). Niemniej jednak w ostatnim czasie podejście strukturalne zyskało na znaczeniu w coraz to większej ilości państw członkowskich, zwłaszcza w krajach skandynawskich (głównie w zakresie alkoholu) oraz we Włoszech. Podejście takie opiera się na rozwijaniu wspólnych strategii w zakresie współpracy, obejmujących restauracje, kluby i bary, policję, służby przeciwdziałania narkomanii, związki pracowników restauracji oraz administrację. Nacisk kładziony jest głównie na zagadnienia związane z bezpieczeństwem, pierwszą pomocą, obserwację narkotykową oraz zapobieganie nagłym

([41]) W Hiszpanii przez kilka lat monitorowano nagłe zgłoszenia na ostry dyżur szpitalny, wynikające z reakcji wywołanych przez substancje psychoaktywne, w wybranych szpitalach w całym kraju przez okres jednego, losowo wybranego, tygodnia w każdym miesiącu. Wzmianki dotyczące tych substancji są rejestrowane. Więcej szczegółów dotyczących metodologii znaleźć można w krajowym sprawozdaniu Reitox na rok 2003 (str. 34–36).
([42]) Patrz wykres 7 OL: Odsetek wzmianek zarejestrowanych w zgłoszeniach na ostry dyżur szpitalny na skutek ostrych reakcji na narkotyki, Hiszpania 1996-2001 r.
([43]) Patrz wykres 8 OL: Nacisk kładziony w państwach członkowskich na działania prewencyjne w obiektach rozrywkowych.
([44]) Patrz wykres 5 OL: Streszczenie nt. parametrów działań prewencyjnych w obiektach rozrywkowych.
([45]) Patrz również wykres 8 OL: Nacisk kładziony w państwach członkowskich na działania prewencyjne w obiektach rozrywkowych.

wypadkom i przemocy. Pracownicy szkoleni są w zakresie identyfikowania sytuacji stanowiących zagrożenie oraz podejmowania działań interwencyjnych w sposób profesjonalny.

W Danii dzięki projektowi rozwojowemu w zakresie przeciwdziałania zażywaniu ecstasy w dwóch „okręgach wzorcowych" skoncentrowano się na prewencyjnych działaniach interwencyjnych na szczeblu władz miejskich (poprzez sformułowanie miejscowych planów działań oraz strategii antynarkotykowych) w szkołach i na uczelniach oraz w miejscach organizowania imprez rozrywkowych. Działania interwencyjne obejmowały opracowanie „przewodnika zero tolerancji" dla narkotyków, rozprowadzanego w nocnych obiektach rozrywkowych oraz strony internetowej zawierającej materiały źródłowe. Kierownictwo oraz personel restauracji zostali przeszkoleni w zakresie postępowania z narkotykami. Pierwsze sprawozdania wykazują, że akceptacja niektórych działań ukierunkowanych na zażywanie ecstasy (np. telefon zaufania oraz usługi doradcze) była niewielka. Zaobserwowano niewiele przyjęć na oddziały pomocy doraźnej czy do instytucji terapeutycznych.

W najnowszym holendersko-niemiecko-austriackim badaniu (Benschop et al., 2002 r.) ([46]) przeanalizowano wpływ usługi sprawdzania czystości tabletek ecstasy na zachowania związane z zażywaniem narkotyków oraz świadomość ryzyka osób zażywających ecstasy w trzech miastach europejskich (Amsterdam, Hanower oraz Wiedeń). Respondenci w tych trzech miastach byli niezwykle do siebie podobni: różnice pomiędzy tymi, którzy korzystali z punktów kontroli czystości narkotyków oraz tymi, którzy z takich usług nie korzystali, były niewielkie. Najbardziej powszechnym źródłem informacji dotyczących ecstasy są rówieśnicy, przy jednoczesnym niewielkim udziale środków masowego przekazu czy czasopism o tematyce ogólnej. Korzystający z punktów informują przyjaciół o wynikach testów na czystość. Nieformalną drogę rozpowszechniania uznaje się za ukrytą korzyść z istnienia punktów kontroli czystości narkotyków, co przyczynia się do rozbudowywania sieci przeciwdziałania narkomanii oraz do obniżenia liczby kontaktów ze służbami prewencji. Osoby korzystające lub nie z tych usług wydają się posiadać odrębne grupy znajomych i nie mieszają się między sobą, nawet jeśli uczestniczą w tych samych wydarzeniach (np. imprezach). Badanie nie wykazało żadnych oznak tego, że punkty kontroli czystości narkotyków przyczyniają się do wzrostu zażywania ecstasy lub do ewentualnego poszerzenia kręgu zażywających ten narkotyk.

Leczenie

Zażywanie środków pobudzających z grupy amfetamin (ATS) jest rzadko główną przyczyną korzystania z pomocy ośrodków leczenia uzależnień. Niemniej istnieje kilka godnych uwagi wyjątków: 52% pacjentów w Republice Czeskiej, 35,3% w Finlandii oraz 29% w Szwecji przyznaje, że ATS stanowią pierwotną przyczynę poszukiwania pomocy terapeutycznej. W Czechach większe zapotrzebowanie na leczenie obserwuje się wśród zażywających pervitin ([47]), gdzie około jedna trzecia to nastolatki (poniżej 20 roku życia), przy czym ponad połowa młodzieży zażywającej pervitin to kobiety. Zarówno w Szwecji, jak i Finlandii, amfetaminy tradycyjnie odgrywały istotną rolę w kształtowaniu się krajowego problemu narkotykowego i w pewnym zakresie w dalszym ciągu pozostają one problemem.

Konfiskaty oraz dane rynkowe ([48])

Według Biura ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC, 2003a) trudno jest w liczbach ocenić produkcję ATS, tzn. „narkotyków syntetycznych obejmujących amfetaminę, metamfetaminę oraz ecstasy, które mają zbliżony skład chemiczny", z uwagi na to, że „jej początkowa faza opiera się na gotowych dostępnych substancjach chemicznych w łatwych do ukrycia laboratoriach". Niemniej szacuje się, że roczna światowa produkcja ATS wynosi około 520 ton (UNODC, 2003b). W 2000 liczba skonfiskowanych na całym świecie ATS sięgnęła 46,2 tony i od tego czasu spadła do poziomu 25,7 tony w roku 2002 (CND, 2004 r.).

Metamfetamina

Na szczeblu międzynarodowym najbardziej istotnym ATS, pod względem produkowanych oraz sprzedawanych ilości, jest metamfetamina. Największe jej ilości są przechwytywane we wschodniej oraz południowo-wschodniej Azji (Tajlandia, Chiny) i następnie w Ameryce Północnej (UNODC, 2003a). Metamfetamina produkowana jest w Europie na dużo mniejszą skalę: w okresie 2000–2001 tylko 2% zlikwidowanych potajemnych laboratoriów produkujących metamfetaminę znajdowało się w Europie, głównie w Republice Czeskiej, Federacji Rosyjskiej oraz na Słowacji. W obrębie UE niewielką produkcję metamfetaminy odnotowano w Belgii, Niemczech, Estonii, Francji, na Łotwie, Litwie oraz w Wielkiej Brytanii (UNODC, 2003a,b). W Republice Czeskiej o produkcji metamfetaminy donoszono od wczesnych lat 80-tych. Większa część tej produkcji przeznaczona jest na potrzeby wewnętrzne, ale pewna jej część przemycana jest do Niemiec i Austrii (UNODC, 2003a). Pomimo że EMCDDA nie gromadzi systematycznie danych o konfiskatach metamfetaminy, w 2002 roku w takich państwach jak Republika Czeska, Dania, Estonia, Litwa, Norwegia czy Szwecja odnotowano przypadki jej skonfiskowania.

W roku 2002, z wyjątkiem pierwszej części roku, kiedy ceny rosły wskutek niedoboru prekursora na rynku (efedryny), średnia cena detaliczna pervitinu w Republice Czeskiej pozostawała na względnie stałym poziomie 32 euro za gram. Przeciętny poziom czystości w obrocie detalicznym wynosił 40%.

([46]) W EDDRA (Europejska baza wymiany danych o działaniach na rzecz ograniczania popytu na narkotyki) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) Pervitin jest miejscową nazwą rodzaju metamfetaminy nielegalnie produkowanej w Republice Czeskiej. Ma ona długą historię stosowania i jest podawana głównie w drodze iniekcji. Jej wytwarzanie może być związane z legalną produkcją efedryny (UNODC Światowe badania w zakresie ecstasy oraz amfetamin, 2003 r.)

([48]) Patrz Rozdział 3, str. 31: Interpretacja danych o konfiskatach i sytuacji rynkowej

Amfetamina

W oparciu o liczbę zlikwidowanych laboratoriów stwierdza się, że globalna produkcja amfetaminy koncentruje się w Europie. W 2002 roku ujawniono laboratoria produkujące amfetaminę w Polsce, Holandii oraz również niewielką ich ilość w Niemczech, Estonii, Francji oraz na Litwie ([49]) (Sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.; CND, 2004 r.). Większość amfetamin skonfiskowanych w UE w 2002 roku pochodziła z Holandii i Polski, a w mniejszym stopniu z Belgii, Estonii oraz Litwy.

Podobnie większości konfiskat amfetamin dokonuje się w zachodniej części Europy. W tym regionie skonfiskowano 86% całkowitej ilości przechwyconych amfetamin na całym świecie w 2002 roku, przy czym we wschodniej części Europy 10%, a w krajach Bliskiego i Środkowego Wschodu 3% (CND, 2004 r.). W ciągu ostatnich pięciu lat głównym państwem UE przechwytującym amfetaminę była Wielka Brytania ([50]). Na terytorium UE wzrost liczby konfiskat amfetaminy ([51]) osiągnął szczyt w roku 1998, a wzrost przechwyconych ilości ([52]) w 1997 roku. Na podstawie trendów w państwach, dla których dostępne są dane, zarówno ilości przechwyconych narkotyków, jak i liczba konfiskat wydają się znowu rosnąć od odpowiednio 2000 i 2001 roku ([53]). W 2002 roku średnie ceny amfetaminy płacone przez zażywającego wahały się od 11 euro za gram na Węgrzech i w Estonii do 37,5 euro za gram w Norwegii ([54]). Przez ostatnie pięć lat ceny były stabilne lub spadały w większości państw, które mogły przedstawić takie dane.

Średni wskaźnik czystości amfetamin w obrocie detalicznym w 2002 roku wahał się od 10% (Niemcy) do 52% (Norwegia), przy czym najwyższy stopień czystości odnotowano, po Norwegii, w krajach nadbałtyckich, tj. Estonii, Łotwie, Litwie oraz Finlandii. Znaczącym wyjątkiem jest Portugalia, gdzie w 2002 roku średnia czystość wynosiła mniej niż 1%. Przez ostatnie pięć lat wskaźnik czystości amfetaminy utrzymywał się na stabilnym poziomie lub spadał we wszystkich krajach, mimo że w 2002 roku zaobserwowano jego wzrost w Belgii, Estonii oraz Wielkiej Brytanii.

Ecstasy

W skali międzynarodowej Europa pozostaje głównym centrum produkcji ecstasy, mimo że jej dosyć duże znaczenie wydaje się spadać od momentu, gdy produkcja ecstasy zaczęła rozszerzać się na inne części świata, zwłaszcza w Ameryce Północnej oraz wschodniej i południowo-wschodniej Azji (UNODC, 2003a; CND, 2004 r.). W obrębie Europy większość ecstasy produkowana jest w Holandii oraz Belgii. Na przykład w Europie w latach 1999–2001 ponad 63% przypadków konfiskaty prekursorów ecstasy miało miejsce w Holandii, a 21% w Belgii, podczas gdy spośród zlikwidowanych laboratoriów produkujących ecstasy w UE 75% znajdowało się na terenie Holandii, 14% w Belgii, 6% w Wielkiej Brytanii oraz 4% w Niemczech. W latach 1991–2001 likwidacje laboratoriów produkujących ecstasy (i/lub laboratoriów ATS) odnotowano również w Estonii, Hiszpanii, na Łotwie, Litwie, Węgrzech, w Polsce i Norwegii (UNODC, 2003a). W 2002 roku na całym świecie wykryto 54 laboratoria produkujące ecstasy, w tym 18 w Holandii ([55]), trzy w Wielkiej Brytanii oraz po jednym we Francji i Estonii (CND, 2004 r.). Według doniesień, skonfiskowana w UE ecstasy pochodzi głównie z Belgii oraz Holandii, mimo że w kilku sprawozdaniach również Estonia oraz Wielka Brytania wymieniane są jako kraje produkujące (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.).

Handel ecstasy jest nadal mocno osadzony w Europie Zachodniej, mimo że, podobnie jak produkcja, w ostatnich latach rozszerzył się na cały świat (UNODC, 2003a). Pod względem rozmiaru konfiskat, w 2002 roku w Europie Zachodniej przechwycono 73% skonfiskowanego materiału, a w Ameryce Północnej 20% (CND, 2004 r.). Przez ostatnie pięć lat wśród państw członkowskich UE Wielka Brytania była zdecydowanie krajem przechwytującym większość ecstasy ([56]).

Po tym, jak w 1997 roku odnotowano spadek liczby konfiskat ecstasy ([57]) na terytorium UE, wzrosła ona gwałtownie. W oparciu o trendy w krajach, dla których dostępne były dane, wydaje się, że liczba konfiskat ecstasy spadła w 2002 r. Niemniej należy te informacje potwierdzić w związku z brakującymi danymi za rok 2002, w szczególności dla Wielkiej Brytanii, kiedy będą one dostępne. Jeśli chodzi o ilość przechwytywanej ecstasy ([58]), w latach od 1997 do 2000 zaobserwowano gwałtowny wzrost, a następnie stabilizację w 2001 r. W roku 2002 ilości znowu wzrosły w większości krajów podających dane.

W 2002 roku tabletki ecstasy kosztowały średnio od 6 euro (Republika Czeska) do 20–25 euro za sztukę (Włochy, Finlandia) ([59]). Niemniej nie tak dawno (DrugScope, 2004 r.) zaobserwowano, że ceny tabletek ecstasy wynosiły zaledwie 1,5 euro w niektórych miejscach w Wielkiej Brytanii. W ostatnich pięciu latach tabletki ecstasy stopniowo

([49]) Mimo że nie ujęto tych danych w tym wyszczególnieniu, w ostatnich latach ujawniono kilka laboratoriów produkujących amfetaminę w Wielkiej Brytanii. Ponadto potajemne laboratorium produkujące amfetaminę wyryto po raz pierwszy w Luksemburgu na początku 2003 roku.
([50]) Infomacje te należy sprawdzić w chwili pojawienia się danych z Wielkiej Brytanii za rok 2002. Brak jest danych dotyczących liczby konfiskat amfetaminy w 2002 roku dla Belgii, Włoch, Węgier, Holandii oraz Polski. Brak jest danych dotyczących zarówno liczby konfiskat, jak i ilości skonfiskowanych amfetamin w 2002 roku dla Irlandii, Cypru, Węgier, Malty, Polski, Słowacji oraz Wielkiej Brytanii.
([51]) Patrz tabela 7: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([52]) Patrz tabela 8: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([53]) Informacje te należy sprawdzić z chwilą pojawienia się danych za rok 2002.
([54]) Patrz tabela 14: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([55]) Wśród całkowitej liczby 43 miejsc produkcji narkotyków syntetycznych odkrytych na terytorium Holandii w 2000 roku, 18 najprawdopodobniej zajmowało się w szczególności MDMA.
([56]) Informacje te należy sprawdzić w chwili pojawienia się danych z Wielkiej Brytanii za rok 2002. Brak jest danych dotyczących liczby konfiskat ecstasy w 2002 r. dla Belgii, Węgier, Holandii oraz Polski. Brak jest danych dotyczących liczby dokonanych konfiskat oraz ilości ecstasy skonfiskowanej w 2002 dla Włoch, Cypru, Malty, Słowacji oraz Wielkiej Brytanii.
([57]) Patrz tabela 9: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([58]) Patrz tabela 10: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([59]) Patrz tabela 14: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

taniały w większości państw UE. W 2002 roku trend ten utrzymywał się we wszystkich państwach, z wyjątkiem Estonii, gdzie cena tabletki nieznacznie wzrosła.

W porównaniu z okresem sprzed pięciu lat zawartość amfetaminy w tabletkach sprzedawanych jako ecstasy wydaje się maleć, podczas gdy ecstasy i jej pochodne wykrywane są w coraz większej ilości. We wszystkich państwach członkowskich UE w 2002 roku jedynymi substancjami psychoaktywnymi znajdowanymi w większości poddanych analizie, sprzedawanych jako ecstasy tabletek były ecstasy (MDMA) oraz substancje do niej zbliżone (MDEA, MDA). W Belgii, Danii, Niemczech, na Litwie, w Wielkiej Brytanii oraz Norwegii tego typu tabletki stanowiły ponad 95% wszystkich przebadanych tabletek ecstasy. Zawartość MDMA w tabletkach ecstasy bardzo różni się pomiędzy poszczególnymi partiami (nawet pomiędzy partiami o tym samym logo) w obrębie danego kraju oraz pomiędzy państwami. W większości państw UE w 2002 r. średnia zawartość substancji czynnej (MDMA) w tabletce mieściła się w przedziale od 60 do 80 mg, chociaż na Węgrzech i w Norwegii zakres ten był szerszy.

LSD

LSD jest wytwarzane oraz sprzedawane w o wiele mniejszym zakresie niż inne narkotyki syntetyczne, jak np. ATS. W skali światowej liczba konfiskat LSD spadła o 73% pomiędzy rokiem 2000 a 2001. W 2001 roku państwami, które przechwyciły największą ilość LSD, były Stany Zjednoczone, Hiszpania oraz Holandia (UNODC, 2003a). Do roku 2000 Wielka Brytania była państwem UE dokonującym największej liczby konfiskat LSD. Niemniej obecnie Wielka Brytania została wyprzedzona przez Niemcy ([60]). W ostatnich pięciu latach w UE zarówno liczba konfiskat LSD ([61]), jak i przechwyconych ilości ([62]) równomiernie malała, z wyjątkiem roku 2000, kiedy utrzymywała się na stałym poziomie. W UE w 2002 r. średni koszt jednej jednostki LSD, ponoszony przez zażywającego, wahał się od 5 euro w Wielkiej Brytanii do 20 euro we Włoszech ([63]).

Międzynarodowa akcja przeciwko handlowi narkotykami syntetycznymi

W grudniu 2003 roku Komisja Europejska we współpracy z Europolem opracowała sprawozdanie omawiające obecny stan największych projektów międzynarodowych, których celem jest wyznaczenie tras sieci dystrybucji oraz przedstawienie doświadczeń zdobytych w tym zakresie na szczeblu unijnym, w państwach członkowskich oraz krajach kandydujących. Wśród kluczowych projektów zaprezentowanych w sprawozdaniu znalazł się program „Wielowymiarowe działania przeciwko narkotykom syntetycznym w " (CASE), który łączy w sobie opracowanie profilu sądowego zażywających amfetaminę przez Szwedzkie Narodowe Laboratorium Nauk Sądowych (SKL) oraz identyfikację i zestawienie na szczeblu UE danych o obowiązujących przepisach celem identyfikacji miejsc produkcji narkotyków syntetycznych i organizacji przestępczych zaangażowanych w produkcję i handel narkotykami syntetycznymi oraz celem podjęcia dochodzeń kryminalnych. Celem innego projektu, tj. systemu porównawczego nielegalnych laboratoriów prowadzonego przez Europol (EILCS), jest zestawienie danych fotograficznych i technicznych pochodzących z miejsc produkcji narkotyków syntetycznych rozmieszczonych na terytorium Unii Europejskiej, co pozwala na zbadanie powiązań pomiędzy różnymi miejscami produkcji, skonfiskowanego wyposażenia oraz osób ułatwiających dostarczanie wyposażenia.

Ponadto celem systemu logo ecstasy Europolu (EELS) jest coroczne opracowywanie katalogu logo ecstasy, który rozprowadzany jest na całym świecie do właściwych jednostek zajmujących się egzekwowaniem prawa. EELS ściśle współpracował z centralnym programem analizy ecstasy (CAPE) prowadzonym przez Niemiecki Federalny Urząd Policji Kryminalnej.

Interpol zainicjował projekt koncentrujący się na zorganizowanych grupach przestępczych produkujących i sprzedających narkotyki syntetyczne. Projekt SYDRUG nakreśla oraz łączy dane operacyjne, umożliwiając wielonarodową współpracę ([64]). Trendy wskazują, że ecstasy przemycana jest z Europy Zachodniej do Ameryki Północnej, południowo-wschodniej Azji oraz Oceanii (Interpol, 2002 r.).

Coraz bardziej oczywiste stają się związki pomiędzy sieciami zajmującymi się przemytem narkotyków oraz tymi, które przemycają prekursory. W styczniu 2003 roku rozpoczęto działania operacyjne pod hasłem „Projekt Pryzmat", będące inicjatywą międzynarodową, opracowaną w celu skierowania uwagi na zmianę zastosowania prekursorów koniecznych do nielegalnego wyrobu ATS. Handlarze coraz częściej skupiają się na preparatach farmaceutycznych jako źródłach prekursorów (INCB, 2004b).

Informacje na temat systemu wczesnego ostrzegania

Program „Wspólne działanie" ([65]) oraz system wczesnego ostrzegania (EWS) zostały ustanowione celem identyfikacji nowych leków syntetycznych ([66]), przeprowadzenia oceny

([60]) Należy sprawdzić podane informacje w chwili pojawienia się danych z Wielkiej Brytanii za rok 2002. Brak jest danych dotyczących liczby konfiskat LSD w 2002 dla Hiszpanii, Włoch, Litwy, Węgier oraz Holandii. Brak jest danych dotyczących liczby dokonanych konfiskat oraz ilości LSD skonfiskowanego w 2002 dla Belgii, Irlandii, Cypru, Malty, Słowacji oraz Wielkiej Brytanii.
([61]) Patrz tabela 11: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([62]) Patrz tabela 12: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([63]) Patrz tabela 14: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([64]) SYDRUG, projekt Interpolu o zasięgu ogólnoświatowym, dotyczący narkotyków syntetycznych, Lyon, kwiecień 2003 r.
([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346.
([66]) Wspólne działanie, podjęte w roku 1997 i dotyczące wymiany informacji, oceny ryzyka oraz kontroli nowych narkotyków syntetycznych (Dz.U. L 167 z dnia 25.6.1997), definuje nowe narkotyki syntetyczne jako narkotyki syntetyczne nieuwzględnione w żadnym z wykazów Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 roku, które stanowią porównywalnie poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego jak substancje wyszczególnione w Wykazie I lub II powyższej Konwencji, a które mają ograniczoną wartość terapeutyczną. Definicja odnosi się do produktów końcowych, w odróżnieniu od prekursorów.

Nowe syntetyczne narkotyki podlegające kontroli w ramach wspólnego działania

W latach 1998–2002 w ramach wspólnego działania poddano ocenie ryzyka pięć nowych narkotyków syntetycznych. W roku 2003 Komitet Naukowy EMCDDA uzupełniony o ekspertów wyznaczonych przez państwa członkowskie i przedstawicieli Komisji Europejskiej, Europolu i Europejskiej Agencji ds. Oceny Produktów Leczniczych (EMEA) przeprowadził ocenę zagrożeń dotyczącą czterech nowych narkotyków syntetycznych: 2C-I (2,5-dimetyloksy-4-jodofenyloetyloamina), 2C-T-2 (2,5-dimetyloksy-4-etylotiofenyloetyloamina), 2C-T-7 (2,5-dimetyloksy-4-(n)-propyltiofenyloetyloamina) oraz TMA-2 (2,4,5-trimetoksyamfetamina) ([1]). W efekcie 27 listopada 2003 r. Rada przyjęła decyzję ([2]) o poddaniu tych czterech związków chemicznych procedurom kontrolnym oraz sankcjom karnym w 15 krajach UE.

Dokonanie dokładnej, naukowej oceny zagrożenia nowymi narkotykami syntetycznymi jest niezmiernie trudne ze względu na ograniczoną liczbę danych naukowych zweryfikowanych przez innych naukowców. Jednakże informacje oparte na testach działań toksycznych na zwierzętach (np. TMA-2), porównanie z częściowo zbliżonymi substancjami oraz dowody pochodzące z innych źródeł informacji jak np. sprawozdania użytkowników indywidualnych, środki masowego przekazu i nieoficjalne publikacje stanowią podstawę takiej oceny.

([1]) Sprawozdania na temat oceny zagrożenia dostępne są na stronie internetowej EMCDDA (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Decyzja Rady nr 2003/847/JHA z dnia 27 listopada 2003 r. dotycząca środków kontroli i sankcji karnych w odniesieniu do nowych syntetycznych narkotyków 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 oraz TMA-2.

ryzyka z nimi związanego oraz przyjęcia procesu decyzyjnego, w ramach którego mogłyby one być kontrolowane (Okienko 1). Nowe narkotyki syntetyczne w dalszym ciągu stanowią jedynie niewielką cześć całkowitego rynku narkotyków syntetycznych, który zdominowany jest przez MDMA (ecstasy), amfetaminy oraz LSD. Mimo sukcesu programu „Wspólne działanie" w identyfikacji nowych narkotyków syntetycznych należy zauważyć, że większość danych dotyczących nowych związków pochodzi z państw członkowskich, które dysponują bardzo dobrze rozwiniętymi możliwościami w zakresie analizy i sporządzania sprawozdań, czy chodzi tutaj o laboratoria sądowe, czy metody badań toksykologicznych, czy też sieci operacyjne dostarczające dane. W rezultacie powstały opis sytuacji będzie raczej odzwierciedlał działanie poszczególnych krajowych systemów wczesnego ostrzegania o nowych narkotykach syntetycznych, niż aktualną sytuację na europejskim rynku narkotykowym.

Narkotyki monitorowane w systemie wczesnego ostrzegania

W 2003 roku wszystkie dziewięć substancji, które zostały poddane ocenie ryzyka od roku 1998, tj. MBDM, 4-MTA, PMMA, GHB oraz ketamina, jak również następujące fenetylaminy: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 oraz TMA-2, zostało rutynowo zmonitorowanych w ramach systemu wczesnego ostrzegania. Co więcej, wiele substancji, na temat których EMCDDA uzyskało informacje, zostało również zmonitorowanych, między innymi grupa tryptamin (5-MeO-DMT, 5-MeO-DiPT, AMT, 5-MeO-AMT i 5-MeO-tryptamina) oraz piperazyny (BZP oraz TFMPP) ([67]).

W roku 2003 zarówno Hiszpania, jak i Wielka Brytania poinformowały, że policja przechwyciła niewielkie ilości MBDB. 4-MTA, które w 1999 stało się przedmiotem kontroli w ramach wspólnego działania, wydaje się znikać z rynku, albowiem nie donoszono o żadnych konfiskatach tej substancji w ostatnich latach. W Szwecji zanotowano jeden przypadek konfiskaty PMMA, natomiast konfiskata dokonana w Danii obejmowała tabletki zawierające zarówno PMMA, jak i PMA. W Belgii w jednym laboratorium stwierdzono dodatni wynik badania próbek moczu na obecność PMMA, a ponadto analizy toksykologiczne osób w stanie odurzenia, odnotowane przez oddział przyjęć na ostry dyżur, ujawniły obecność PMA (w połączeniu z MDA oraz MDMA). Wydaje się, że wszystkie trzy substancje, tj. MBDB, 4-MTA oraz PMMA, nie są już popularne wśród osób zażywających narkotyki syntetyczne.

Jeśli chodzi o narkotyki z grupy tryptamin, większości przypadków konfiskaty dokonano w Szwecji oraz Finlandii. Niemniej zarówno Francja jak Dania poinformowały o przejęciu próbek 5MeO-DiPT. Wiele związków z grupy tryptamin nie podlega kontroli, czy to na poziomie międzynarodowym, czy też krajowym, i dlatego mogą one być produkowane przez komercyjne laboratoria oraz sprzedawane w internecie jako „związki badawcze" (głównie przez firmy amerykańskie). Co więcej, przepisy na dokonanie syntezy prawie wszystkich nowych i starych narkotyków syntetycznych są szeroko dostępne w internecie.

BZP, które często wykrywane jest w połączeniu z TFMPP, jest coraz częściej wykrywane w Szwecji i zostało również zidentyfikowane w Belgii, Hiszpanii, Holandii oraz Finlandii.

Z czterech fenetylamin, które zostały poddane ocenie ryzyka w 2003 roku, 2C-I jest często sprzedawane w postaci tabletek posiadających logo w postaci litery „i" i wydaje się zyskiwać na popularności. O licznych niewielkich konfiskatach tego związku informowano w Finlandii, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii, a obecność narkotyku zarejestrowano we Francji, Hiszpanii oraz Holandii. Ponadto 2C-H (związek, który jest nieaktywny u ludzi, ale który jest prekursorem dla 2C-I, 2C-C oraz 2C-B) został skonfiskowany w relatywnie dużych ilościach w Finlandii oraz Holandii. Istnieją dowody, że w Holandii substancja ta miała zostać użyta jako prekursor do produkcji 2C-I.

Narkotyki syntetyczne z tendencją do późniejszego rozpowszechnienia

Według przewidywań europejskiego EWS oraz wyników badań w zakresie oceny ryzyka, przeprowadzonych przez Komitet Naukowy EMCDDA w ramach wspólnego

([67]) Większość wyszczególnionych nowych substancji to bardzo świeże produkty na rynku i nie posiadają one jeszcze potocznych (ulicznych) nazw.

działania, GHB oraz ketamina są dwoma narkotykami syntetycznymi ([68]), które prawdopodobnie będą obiektem rozpowszechniania na dużą skalę w obiektach rozrywkowych.

GHB

Decyzja ONZ z marca 2001 roku o włączeniu pod kontrolę GHB została wdrożona przez większość państw członkowskich UE. W 2003 r. poinformowano o konfiskatach GHB (zwykle w postaci ciekłej) dokonanych przez policję oraz służby celne w Belgii, Danii, Estonii, Hiszpanii, Francji, Finlandii, Szwecji oraz Norwegii. Trendy, jakie ujawniano w sprawozdaniach odnośnie GHB, były zróżnicowane. Szwecja doniosła o spadku liczby konfiskat GHB w 2003 roku, podczas gdy Norwegia poinformowała o znaczącym wzroście, natomiast Wielka Brytania o braku zmian. Holandia również poinformowała o braku zmian w liczbie próbek GHB przekazanych do systemu monitorowania informacji o narkotykach (DIMS), lecz holenderskie Krajowe Centrum ds. Trucizn poinformowało o niewielkim wzroście liczby zapytań o informacje dotyczące GHB. W Estonii odnotowano znaczący wzrost dostępności GHB. W Holandii i Belgii poinformowano o dostawie niewielkiej ilości próbek GHB w postaci proszku.

W Norwegii oraz Szwecji zarejestrowano znaczący wzrost liczby konfiskat związków chemicznych będących prekursorami GHB, tj. GBL (gamma-butyrolakton) oraz BD (1,4-butanodiol) ([69]), które mają wiele zastosowań w różnych procesach przemysłowych i dlatego są szeroko dostępne (oba szybko przekształcają się w GHB po połknięciu). Norwegia oraz Szwecja poinformowały, że prekursory GHP były bardziej dostępne w gotowej postaci na czarnym rynku w roku 2003 niż w latach poprzednich.

Pytania związane z stosowaniem GHB są coraz częściej włączane do badań sondażowych o narkotykach prowadzonych w miejscach rozrywek nocnych oraz obiektach taneczno-klubowych. W Niemczech Federalny Urząd Dochodzeń Kryminalnych (BKA) poinformował o wzrastającym spożyciu GHB ([70]), natomiast w Amsterdamie, zgodnie z badaniem panelowym przeprowadzonym w 2002 roku metodą Antenna Amsterdam ([71]) „GHB było stosowane prawie we wszystkich sieciach klubów, niemniej osoby lansujące nowe trendy były mniej zainteresowane tym narkotykiem niż w zeszłym roku, a rozprzestrzenianie się GHB wydaje się być zahamowane". W Austrii w ramach badań punktów kontroli jakości narkotyków wykryto, że współczynnik zażycia GHB przynajmniej raz w życiu dla próbki 225 młodych ludzi uczestniczących w imprezach rave w Wiedniu wynosił 12,6% (Benschop et al., 2002 r.).

W 2003 roku GHB wykryto w próbkach pobranych u ludzi w Belgii, Szwecji oraz Norwegii oraz w próbkach pobranych od osób w stanie odurzenia i u pacjentów szpitalnych ostrych dyżurów w Hiszpanii (Barcelona) oraz Holandii. W Amsterdamie liczba wezwań pomocy do nagłych przypadków w związku z GHB nie zmieniła się od 2001 do 2002 roku, tj. wynosi niewiele ponad 60 przypadków na rok.

Ketamina

W 2003 roku o konfiskatach i/lub wykryciu ketaminy w próbkach pobranych u ludzi poinformowano w Belgii, Grecji, Hiszpanii, Francji, Finlandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii oraz Norwegii. W Austrii Benschop et al. (2002 r.) odnotował, że współczynnik zażywania ketamin przynajmniej raz w życiu plasuje się na poziomie 11,7% dla próbki 225 młodych ludzi uczestniczących w imprezach rave w Wiedniu. Przeszkodą w przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się ketaminy jest fakt, iż jest ona zarejestrowanym lekiem weterynaryjnym i dlatego wydaje się być dostępna w gotowej postaci poprzez zmianę zastosowania produkcji legalnej.

Zagrożenia dla zdrowia wynikające z nowych schematów zażywania

W 2003 r. system wczesnego ostrzegania umożliwił państwom członkowskim UE wymianę wartościowych informacji na temat niektórych kontrolowanych substancji, które mogą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia ze względu na nowe schematy zażywania. Na przykład państwa UE otrzymały wczesne ostrzeżenia dotyczące tabletek MDMA o wysokiej dawce dzięki informacjom otrzymanym z Belgii, Francji i Europolu oraz dotyczące tabletek, sprzedawanych jako ecstasy, a zawierających inne niebezpieczne substancje takie jak DOB (2,5-dimetoksy-4-bromoamfetamina) w oparciu o informacje dostarczone przez Irlandię.

([68]) Ściślej mówiąc, żadna z tych substancji nie jest nowy narkotykiem syntetycznym w rozumieniu wspólnego działania z 1997 roku, niemniej obie podlegają monitorowaniu w odpowiedzi na wyniki badań w zakresie oceny ryzyka.
([69]) Sprawozdanie nt. postępów w zakresie systemu wczesnego ostrzegania Reitox za rok 2003.
([70]) Ibid.
([71]) Antenna Amsterdam jest systemem monitorowania opartym na wielu różnych metodach, mającym na celu identyfikowanie oraz interpretację nowych trendów i zmian w zakresie stosowania legalnych i nielegalnych narkotyków oraz hazardu wśród młodych ludzi w Amsterdamie. System ma również na celu uaktualnianie oraz usprawnianie metod przeciwdziałania narkomanii.

Rozdział 5

Kokaina i crack

Wstęp

Rozpowszechnienie kokainy w UE jest ogólnie mniejsze niż rozpowszechnienie pochodnych konopi. Podczas gdy kokaina zażywana jest w większości przypadków rekreacyjnie i przez ograniczony okres, istnieją wskazania na obecność coraz większej ilości problemów, przynajmniej w niektórych grupach społecznych w niektórych państwach czy miastach. Różne sposoby przygotowania kokainy są bardzo dobrze odzwierciedlone w odmiennych sposobach zażywania oraz w różnorodnych charakterystykach osób zażywających ten narkotyk. Należy zauważyć, że koncentracja zażywania narkotyku w specyficznych podgrupach i regionach geograficznych oznacza, że dane ogólnokrajowe prawdopodobnie słabo odzwierciedlają trendy, które mają znaczenie w grupach lub populacjach, w których się pojawiają.

Rozpowszechnienie zażywania kokainy

Badania ogółu populacji

Zgodnie z ostatnimi krajowymi badaniami sondażowymi, 0,5% do 6% populacji ludzi dorosłych przyznaje się do spróbowania kokainy przynajmniej raz w życiu, przy czym Hiszpania oraz Wielka Brytania znajdują się w górnej granicy tego zakresu. Zażywanie kokainy w ostatnim okresie (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) jest ogólnie zgłaszane przez mniej niż 1% osób dorosłych, chociaż w Hiszpanii oraz Wielkiej Brytanii współczynnik zażywania w ostatnim czasie przekracza 2%. Liczby te są wyraźnie niższe w porównaniu z tymi samymi liczbami dla pochodnych konopi, mimo że poziom zażywania wśród młodych osób dorosłych może być znacznie wyższy niż średnia dla ogółu populacji.

Wśród młodych osób dorosłych (15–34 lat) współczynnik zażywania przynajmniej raz w ciągu życia waha się od 1% do 10%. Ogólnie współczynnik dotyczący zażywania w okresie ostatnich dwunastu miesięcy stanowi w przybliżeniu połowę wartości współczynnika dla zażywania przynajmniej raz w życiu, przy czym w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii liczby te przekraczają 4%.

W całej populacji ogólnej zażywanie kokainy zostaje albo zaniechane po okresie eksperymentów w czasie okresu młodzieńczego, albo jest tylko sporadyczne i zdarza się głównie w czasie weekendów oraz w obiektach rozrywkowych (bary i dyskoteki).

Poprzez badania sondażowe zidentyfikowano wybrane grupy, wśród których spożycie kokainy jest wyższe niż w populacji ogólnej. Na przykład ostatnie badania sondażowe przeprowadzone w pięciu krajach (Dania, Niemcy, Hiszpania, Holandia oraz Wielka Brytania) ujawniły, że wśród mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat współczynnik odnotowanego spożycia przynajmniej raz w życiu plasuje się na poziomie od 5% do 13%, podczas gdy współczynnik zażywania w ostatnim czasie w Hiszpanii oraz Wielkiej Brytanii sięga nawet 5% do 7%. Na obszarach miejskich poziom zażywania jest prawdopodobnie znacznie wyższy. Ponadto według zorientowanych (niereprezentatywnych) badań sondażowych przeprowadzonych wśród bywalców klubów współczynnik przynajmniej jednokrotnego zażycia kokainy w ciągu całego życia znajduje się na poziomie od 40 do 60% (EMCDDA, 2001 r.).

Porównując z danymi spoza Europy, w Stanach Zjednoczonych badanie sondażowe przeprowadzone w gospodarstwach domowych ujawniło, że 14,4% osób dorosłych (zdefiniowanych jako osoby w wieku od 12 lat wzwyż) zadeklarowało przynajmniej jednorazowe zażycie kokainy w ciągu życia, co przewyższa dane z jakiegokolwiek państwa europejskiego. Współczynnik zażywania kokainy w ostatnim czasie (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) plasuje się na poziomie 2,5%, tzn. jest również wyższy niż we wszystkich państwach europejskich, z wyjątkiem Hiszpanii (2,6%) ([72]). W 2002 roku wśród mężczyzn w wieku od 18 do 25 lat współczynnik zażycia kokainy przynajmniej raz w życiu w Stanach Zjednoczonych wynosił 18,1%, a współczynnik zażywaniia w ostatnich dwunastu miesiącach 8,4%.

Trendy w zażywaniu kokainy

Trendy w zażywaniu kokainy są trudne do prześledzenia na szczeblu krajowym z uwagi na to, że serie spójnych ogólnokrajowych badań sondażowych są rzadkością, a w niektórych przypadkach badane grupy docelowe są

([72]) Wyniki amerykańskich krajowych badań dotyczących narkotyków oraz statystyk zdrowotnych z 2002 r. (Stowarzyszenie ds. Nałogów i Służby Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) Biuro Nauk Stosowanych) dostępne na stronie internetowej SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Należy zauważyć, że granice wiekowe w ankietach amerykańskich (od 12 lat wzwyż) są szersze niż granice wiekowe przedstawiane w sprawozdaniach EMCDDA w przypadku badań prowadzonych w UE (15-64). Gdyby amerykańskie dane obejmowały przedział wiekowy od 15 do 64 lat, jak w przypadku badań UE, prawdopodobnie liczby te byłyby wyższe.

bardzo małe. Spójne serie badań umożliwiają lepszą identyfikację trendów, w szczególności poprzez ukierunkowanie analiz i testów na wybrane grupy (jak np. młodzi mężczyźni z obszarów miejskich).

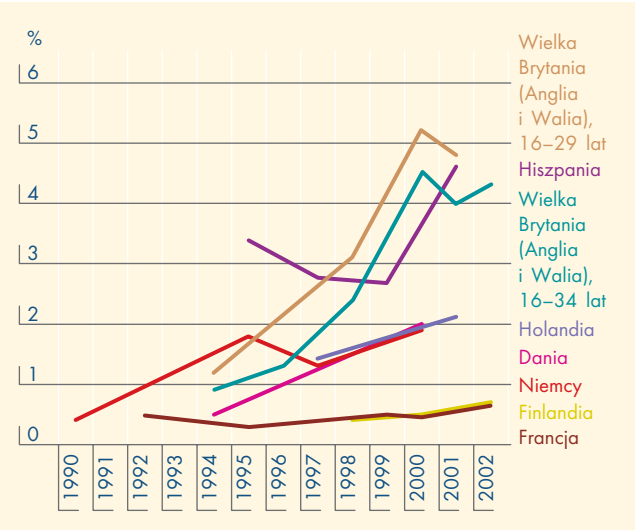
Populacja ogólna

Wydaje się, że do roku 2002 zażywanie kokainy w okresie ostatnich dwunastu miesięcy wśród młodzieży brytyjskiej rosło w szybkim tempie ([73]), a w Danii, Niemczech, Holandii oraz Hiszpanii rosło prawdopodobnie wolniej (wykres 9). Inne państwa w swych najnowszych sprawozdaniach krajowych Reitox (2001–2003 r.) donosiły o wzrostach w oparciu o dane lokalne oraz jakościowe (Grecja, Irlandia, Włochy oraz Austria).

Populacja szkolna

Hiszpania jest jedynym państwem członkowskim, które przedstawiło nowe dane dotyczące wzrostu z 4,1% w roku 2000 do 5,9% w roku 2002 ([74]) odnotowanego w ostatnim czasie w odniesieniu do przynajmniej jednorazowego zażycia kokainy w ciągu życia wśród młodzieży szkolnej w wieku 15 i 16 lat.

Wykres 9: Zażywanie kokainy (miniony rok) wśród młodych dorosłych w niektórych krajach UE na podstawie krajowych badań populacji



Uwagi: Dane pochodzą z badań ogólnokrajowych dostępnych w każdym kraju. Liczby i metodologia dla każdej ankiety dostępne są w tabeli 4: Badanie ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
Dla młodych dorosłych, EMCDDA stosuje zakres wiekowy 15–34 lat (Dania i Wielka Brytania od 16 lat, Niemcy od 18 lat, Francja (1992 r.: 25–34 rok życia; i 1995 r.: 18–39 rok życia).
Wielkość próbek (ilość respondentów) dla grupy 15–34 lat, dla każdego kraju i roku, przedstawiono w tabeli 4: Badanie ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
W Danii liczba za rok 1994 odpowiada „narkotykom twardym".
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, wzięte ze sprawozdań z badań lub artykułów naukowych. Patrz źródła indywidualne w tabelach epidemiologicznych badań ludności w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

Inne wskaźniki

Wzrost wskaźników zażywania kokainy (zapotrzebowanie na leczenie ([75]), niskoprogowe przeciwdziałanie narkotykom, liczba przyjęć na ostre dyżury szpitalne, konfiskaty policyjne, wyniki badań toksykologicznych przeprowadzonych na ofiarach śmiertelnych) odnotowany w niektórych państwach wzbudził niepokój.

W całej UE liczba przeprowadzanych terapii związanych z zażywaniem kokainy wydaje się wzrastać, przy czym w niektórych państwach wzrost ten jest szczególnie wyraźny. Kokaina jest drugim najczęściej wymienianym narkotykiem w sprawozdaniach lekarskich z terapii w Holandii oraz Hiszpanii (odpowiednio 35% oraz 26% wszystkich wniosków o leczenie). W Europie większość wniosków o leczenie wydaje się pozostawać w związku ze stosowaniem proszku kokainowego (zwykle chlorowodorku kokainy).

Na całym świecie preparaty kokainy przeznaczone do palenia w szczególności wiążą się z problemowymi schematami zażywania. W Niemczech, Hiszpanii, Francji, Irlandii, Holandii, Austrii oraz Wielkiej Brytanii zażywanie cracku uznano za niepokojący lub rosnący problem w niektórych miastach czy regionach.

Schematy zażywania

Ogólnie wśród osób młodych, zażywających narkotyk rekreacyjnie, branie kokainy nie jest częste, a zażywanie ciągłe bardzo rzadkie. Tak więc w sprawozdaniach z niektórych państw (Niemcy, Hiszpania, Holandia, Austria oraz Wielka Brytania) sugeruje się, że nawet wśród osób problemowo zażywających narkotyk, biorących udział w leczeniu oraz korzystających z usług niskoprogowych schematy zażywania kokainy oraz cracku są bardzo różne w zależności od osób i oraz w perspektywie czasowej. Niemniej dane dotyczące częstości zażywania kokainy oraz cracku oraz zażywanych ilości są bardzo ograniczone. Badania prowadzone w pomieszczeniach przeznaczonych do konsumpcji narkotyków wskazują, że zażywanie kokainy przeznaczonej do palenia jest szczególnie wysokie wśród grupy kobiet świadczących usługi erotyczne, które korzystają z tych specjalnych pomieszczeń (Stöver, 2001 r.; Zurhold et al. 2001 r.).

Drogi podawania

Większa ilość bardziej szczegółowych informacji dotyczących dróg podania kokainy jest potrzebna celem zapewnienia lepszego zrozumienia zagrożeń dla zdrowia oraz wskaźników zażywania. Chlorowodorek kokainy (kokaina w proszku) jest z reguły wciągany przez nos, a rzadziej wstrzykiwany, podczas gdy crack pali się za pomocą podgrzewanych rurek, natomiast kokaina w postaci

([73]) Jednakże wyniki badania sondażowego 2001-2002 sugerują, że trend wzrostowy wśród ogółu dorosłych oraz młodych osób dorosłych wydaje się stabilizować (patrz wykres 7). Według Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wzrost w zażywaniu kokainy pomiędzy 1996 i 1998 r. oraz pomiędzy 1998 i 2000 r. był znaczny i plasował się na poziomie 5%. Niemniej w latach od 2000 do 2001-2002 nie zaobserwowano znaczących wzrostów.
([74]) Patrz tabela 1: Rozpowszechnienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([75]) Patrz wykres 20 i tabela 10 Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

wolnej zasady zażywana jest poprzez wdychanie oparów powstających w wyniku podgrzewania narkotyku, zwykle na folii aluminiowej nad źródłem ognia. Istnieją również sprawozdania donoszące o paleniu kokainy w papierosach lub skrętach.

Niemniej pracownicy ośrodków terapeutycznych w Wielkiej Brytanii donoszą, że gdy zażywanie cracku związane jest również z zażywaniem heroiny, wtedy crack może być wstrzykiwany. Krak, podobnie jak brązowa heroina, jest nierozpuszczalny i musi zostać zmieszany z kwasem przed przekształceniem go w czynną rozpuszczalną sól ([76]).

Częstość palenia, które jest typową drogą zażywania kokainy w postaci zarówno cracku, jak i wolnej zasady (są to różne preparaty, które mogą być traktowane jako równoważne z punktu widzenia farmakologii), spadła w 2002 roku w porównaniu z rokiem 2000.

Zgony spowodowane zażywaniem kokainy

Zgony w wyniku odurzenia kokainą, amfetaminą lub ecstasy, przy braku oznak stosowania opiatów, wydają się być rzadkie w Europie.

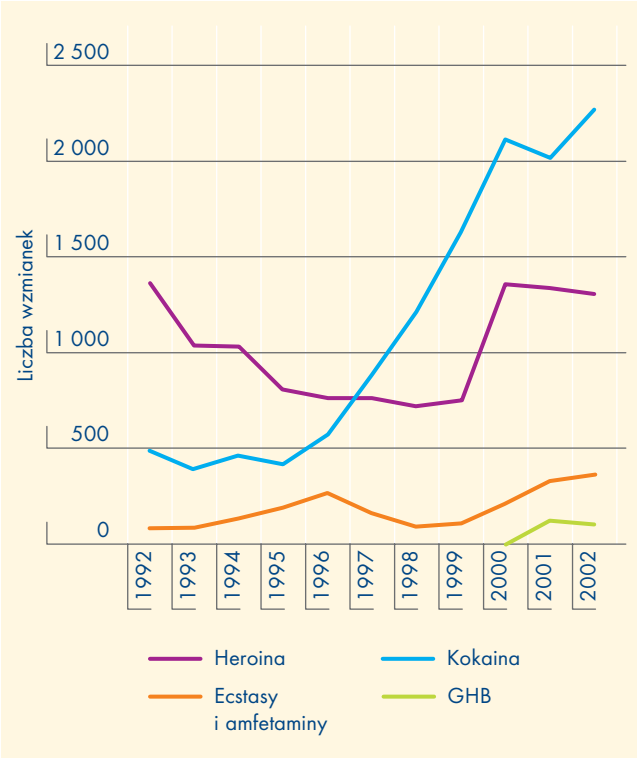
Niemniej obecne statystyki w nieodpowiedni sposób odnotowują przypadki zgonów związanych z kokainą, a dane podawane są w różnych postaciach. W niektórych państwach kokainę wykrywa się w połączeniu z opiatami w dużym odsetku zgonów związanych z narkotykami (Portugalia 22%, Hiszpania 46%). Liczba ta może być równie wysoka w innych państwach, niemniej zazwyczaj w rejestrach jako jedyną przyczynę zgonu podaje się zażycie opiatów, jeśli zostały one wykryte. W Wielkiej Brytanii liczba wzmianek o kokainie w aktach zgonu wzrosła ośmiokrotnie w latach 1993–2001. Natomiast w Holandii liczba zgonów przypisywanych kokainie wzrosła z dwóch procent w 1994 r. do 26 procent w 2001 r. Odsetek zgonów spowodowanych przez narkotyki, które przypisywane są wyłącznie kokainie bez udziału opiatów, waha się od 1% do 10%, mimo że liczby ogólne są niewielkie.

Kokaina może mieć istotny udział w liczbie zgonów związanych z chorobami sercowo-naczyniowymi (arytmia, zawał serca, wylew krwi do mózgu), w szczególności wśród osób zażywających mających takie predyspozycje (np. tętniak mózgu lub utajone wady serca). Wiele z tych przypadków może pozostać niezauważonych ze względu na brak świadomości i/lub ze względu na różnice w pozycji społecznej ofiary w porównaniu z osobami zażywającymi opiaty.

Wskazania dotyczące potencjalnych zagrożeń związanych z zażywaniem kokainy pochodzą z Hiszpanii ([77]), gdzie w latach 1999–2001 kokaina została zarejestrowana w przypadku 44–49% nagłych przyjęć do szpitala w wyniku ostrej reakcji na narkotyki. Duży odsetek tych przypadków dotyczył palonej lub wstrzykiwanej kokainy. W Barcelonie program gromadzenia danych dotyczących przyjęć na ostre dyżury szpitalne przeprowadzany we wszystkich głównych szpitalach miejskich kilka razy do roku przez dłuższy okres umożliwia stworzenia pełnego obrazu przyjęć do szpitala w wyniku reakcji na narkotyk (wykres 10).

Poza chorobami serca, które są ściśle związane z zażywaniem kokainy, pojawiły się coraz większe obawy, że używane rozcieńczalniki mogą również powodować inne zagrożenia zdrowotne. Na przykład fenacetynę uznaje się za zwyczajowy środek fałszujący, odnotowany w skonfiskowanych próbkach proszku kokainowego. Zażywanie tego narkotyku wiąże się z zaburzeniami pracy wątroby, nerek i serca, w tym z rakiem.

Wykres 10: Liczba wzmianek związanych z narkotykami odnotowanych na ostrych dyżurach szpitalnych wg rodzaju narkotyku, Barcelona, 1992–2002 r.



Uwagi: Jedno przyjęcie na ostry dyżur szpitalny może wiązać się z zażyciem kilku substancji.
Źródło: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003 r.), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agčncia de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

([76]) UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003 r.), Drug abuse trends: Crack issue, 24, str. 13.
([77]) W Hiszpanii przez kilka lat monitorowano przyjęcia na ostre dyżury szpitalne wywołane reakcjami na substancje psychoaktywne w wybranych szpitalach w całym kraju przez okres jednego tygodnia w ciągu roku. Wzmianki dotyczące substancji są rejestrowane. Więcej szczegółów dotyczących metodologii znaleźć można w krajowym sprawozdaniu Reitox na rok 2003 (str. 34–6).

Działania

Leczenie problemowego zażywania kokainy

Problemowe zażywanie kokainy jest z reguły leczone w ośrodkach, które nie koncentrują się jedynie na leczeniu uzależnień narkotykowych, tj. razem z pacjentami leczonymi z uzależnienia od innych nielegalnych (i legalnych) narkotyków. Formy leczenia są głównie ograniczane do podejmowania niefarmakologicznych działań interwencyjnych, które mają na celu zmodyfikowanie zachowań związanych z uzależnieniem bez uwzględnienia rodzaju zażywanego (-ych) narkotyku (-ów). Takie działania interwencyjne obejmują działania o niewielkim nasileniu, jak np. doradztwo, przyjęcie na oddział szpitalny oraz działania o dużym nasileniu, jak np. długoterminowe leczenie w ośrodku. Oferowane mogą być też alternatywne metody leczenia, takie jak akupunktura (Seivewright et al. 2000 r.).

Jeśli chodzi o leczenie z użyciem leków, to nie istnieje dobrze opracowana metoda leczenia farmakologicznego problemowego zażywania kokainy. Dostępna jest jedynie ograniczona liczba terapii farmakologicznych dla osób zażywających kokainę, które mają małą, o ile w ogóle jakąkolwiek, dowiedzioną skuteczność. W dwóch systematycznie przeprowadzonych przeglądach literatury wykazano, że nie ma dowodów wspierających kliniczne zastosowanie bądź to przeciwpadaczkowej karbamazepiny, bądź środków przeciwdepresyjnych w leczeniu uzależnienia od kokainy (Lima et al., 2004a,b).

Ograniczony zakres działań terapeutycznych zorientowanych specyficznie na osoby z problemem kokainowym poszerzy się dzięki niektórym inicjatywom skierowanym do tej grupy pacjentów. W Holandii niedawno uruchomiono stronę internetową dla osób uzależnionych od kokainy, a Wielkiej Brytanii formy pomocy zostały rozbudowane wiosną 2003 roku poprzez stworzenie nowych agencji, przy równoczesnym opracowaniu nowych wytycznych oraz ulepszonych szkoleń. W Austrii służby terapeutyczne pracują nad dostosowaniem usług do potrzeb osób mających problem kokainowy.

Inne działania podejmowane przez jednostki leczenia uzależnienia od kokainy

Obserwacje dokonane w miejscach nadzorowanego zażywania narkotyków wykazały, że nagłe wypadki związane z zażywaniem kokainy charakteryzują się skrajnym niepokojem oraz częstym występowaniem paranoi, przy jednoczesnej bezradności personelu w zakresie reakcji na takie stany (EMCDDA, 2004a). Wzrost handlu crackiem wiąże się z podwyższonym poziomem agresji pomiędzy klientami a dilerami (Stöver, 2001 r.).

Zakres, w jakim problemy są bezpośrednią konsekwencją samego stosowania nadających się do palenia postaci kokainy lub są związane z częstotliwością jej stosowania oraz zażywaną ilością, czy też z wcześniej istniejącymi problemami społecznymi, psychologicznymi lub narkotykowymi, nie jest jasny. Podejmowane działania obejmują specjalnie opracowane materiały informacyjne dotyczące zagrożeń oraz bezpieczniejszych metod zażywania, nadzorowane pomieszczenia przeznaczone do konsumpcji narkotyków, „pokoje relaksacyjne" oraz „schroniska dzienne", gdzie osoby zażywające mogą się schronić oraz wyciszyć, ale również terapię pozaszpitalną (Stöver, 2001 r.).

Wyrażono obawę w zakresie potencjalnego ryzyka narażenia młodych osób zażywających narkotyki, przychodzących do ośrodków terapeutycznych przede wszystkim, z powodu uzależnienia od pochodnych konopi, na zachowania oraz problemy osób zażywających kokainę (Neale i Robertson, 2004 r.).

Konfiskaty oraz dane rynkowe ([78])

Produkcja oraz handel

Kolumbia jest zdecydowanie największym źródłem nielegalnej kokainy na świecie, przed Peru oraz Boliwią (UNODC, 2003a). W roku 2002 światową produkcję kokainy szacowano na 800 ton metrycznych, z czego udział Kolumbii stanowi 72%, Peru 20%, a Boliwii 8%. Większość przechwyconej w Europie kokainy pochodzi bezpośrednio z Ameryki Południowej (zwłaszcza z Kolumbii) lub przemycana jest przez Amerykę Środkową oraz Karaiby. Niemniej w 2002 r. część kokainy sprzedawanej w Europie została przemycona przez Brazylię (stamtąd do Portugalii) lub Stany Zjednoczone (stamtąd do Włoch). Głównymi miejscami wprowadzenia na rynek UE są Hiszpania, Portugalia oraz Holandia oraz w mniejszym stopniu Francja i Wielka Brytania (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Konfiskaty

Według Komisji ds. Środków Odurzających (CND, 2004 r.), kokaina jest trzecim najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie, po marihuanie oraz żywicy konopnej. Jeśli chodzi o rozmiary konfiskat w 2002 r., w dalszym ciągu większość kokainy sprzedawana jest w obu Amerykach oraz Europie. W Europie przechwycono 13,5% całkowitej ilości kokainy przechwyconej na całym świecie (CND, 2004 r.). W obrębie Europy większość konfiskat kokainy ma miejsce w państwach zachodnich. W latach 1997–2002 Hiszpania była w dalszym ciągu państwem UE o największej liczbie przypadków konfiskaty kokainy. W roku 2001 oraz 2002 ([79]) obejmowała ona więcej niż połowę całkowitej liczy konfiskat oraz ilości przechwyconych w UE.

([78]) Patrz Rozdział 3: Interpretacja danych o konfiskatach i sytuacji rynkowej (str. 31).
([79]) Niemniej informacje te należy sprawdzić w związku z ciągle brakującymi danymi z roku 2002. Brak jest danych dotyczących liczby konfiskat kokainy w 2002 r. dla Belgii, Włoch, Holandii oraz Słowenii. Brak jest danych dotyczących liczby dokonanych konfiskat oraz ilości kokainy skonfiskowanej w 2002 r. dla Irlandii, Cypru, Węgier, Malty, Polski, Słowacji oraz Wielkiej Brytanii.

W okresie 1997–2002 liczba konfiskat kokainy ([80]) wzrosła we wszystkich państwach, z wyjątkiem Niemiec oraz Włoch. W oparciu o trendy w państwach, dla których dostępne są dane, wzrost liczby konfiskat kokainy na terytorium UE prawdopodobnie potwierdzi się w roku 2002.

W tym samym okresie pięciu lat ilości konfiskowanej kokainy ([81]) ulegały zmianom, niemniej zmiany te miały charakter wzrostowy. Po osiągnięciu rekordowych ilości w roku 2001, skonfiskowane ilości kokainy na szczeblu UE zmniejszyły się znacznie w roku 2002 ([82]), głownie z uwagi na redukcję ilości przechwytywanych w Hiszpanii (oraz Portugalii) w porównaniu z rokiem 2001, mimo że niektóre kraje (Niemcy, Francja, Włochy, Norwegia) doniosły o sporych wzrostach w ilościach przechwytywanej kokainy. Spadek w ilościach przechwytywanej kokainy odnotowany w roku 2002 w Hiszpanii, Holandii oraz Portugalii, przy równoczesnym wzroście odnotowanym przez Francję, Niemcy oraz Włochy, może wskazywać na zmianę względnego znaczenia miejsc wprowadzania tradycyjnie wykorzystywanych przez handlarzy kokainy przeznaczonej na rynek europejski (CND, 2004 r.). W związku z tym należy odnotować, że od początku roku 2002 w Holandii podjęto radykalne kroki celem zmniejszenia zwiększającego się napływu przemytników kokainy przybywających z Karaibów na lotnisko Schiphol. W wyniku podjętych działań liczba aresztowań przemytników kokainy dramatycznie spadła.

Mimo że konfiskaty cracku zostały odnotowane przez niektóre państwa UE, czasami są one nie do odróżnienia od konfiskat kokainy. Dlatego prezentowane powyżej trendy dotyczące konfiskat kokainy mogą dotyczyć również cracku.

Międzynarodowa akcja przeciwko handlowi kokainą

Handel kokainą w dalszym ciągu w dużym stopniu kontrolowany jest przez przestępców z Kolumbii. Niemniej w dystrybucji tej substancji udział biorą również grupy z Albanii oraz Afryki. Zorganizowana przez Interpol operacja „Trampolina" ujawniła przemyt kokainy z Wenezueli oraz Kolumbii do Curaćao. Operacja ta zaowocowała identyfikacją kilku głównych organizacji handlarzy działających od Karaibów po praktycznie każdy region świata (Interpol, 2002 r.). W 2003 roku na atlantyckim wybrzeżu Europy przeprowadzone zostały liczne znaczące operacje morskie mające na celu zwalczanie przemytu kokainy. Skonfiskowano prawie 29 ton narkotyku. Większość tych działań operacyjnych przeprowadzonych zostało przez władze Hiszpanii.

Operacja „Fiolet", międzynarodowy program uruchomiony w 1999 r. w celu śledzenia przemytu nadmanganianu potasu (stosowanego do nielegalnego wyrobu kokainy), w dalszym ciągu osiąga sukcesy. W 2003 roku uniemożliwiono wprowadzenie do nielegalnej produkcji narkotyku prawie 900 ton tego związku.

W 2002 Światowa Organizacja Ceł (WCO) oraz Interpol uruchomiły wspólną inicjatywę o nazwie Operacja Andy w celu umożliwienia krajowym władzom celnym i policyjnym wymianę oraz analizę informacji, które mogłyby dopomóc w identyfikacji nielegalnych przesyłek związków będących prekursorami w Chile, Boliwii, Kolumbii, Argentynie oraz Peru (WCO, 2003 r.).

Cena oraz stopień czystości

Średnia detaliczna cena ([83]) kokainy wahała się w szerokich granicach w obrębie UE w roku 2002 od 38 euro za gram w Portugalii do 175 za gram w Norwegii. Między rokiem 1997 a 2002 średnia cena detaliczna kokainy była stabilna lub spadła we wszystkich państwach UE. Podobne wyniki odnotowano w roku 2002, z wyjątkiem Republiki Czeskiej oraz Litwy, gdzie ceny wzrosły w porównaniu do lat poprzednich.

W porównaniu z heroiną, średni stopień czystości kokainy na poziomie odbiorcy końcowego był bardzo wysoki i wahał się w 2002 roku od 28% w Estonii do 68% w Republice Czeskiej oraz Norwegii. Między rokiem 1997 a 2002 średni stopień czystości kokainy spadł w większości państw UE, które udostępniły dane na temat okresów czasowych i trendów. W 2002 stopień czystości kokainy w dalszym ciągu spadał w większości państw, z wyjątkiem państw odnotowujących najwyższe wskaźniki średniego stopnia czystości, takich jak Belgia, Republika Czeska, Luksemburg oraz Norwegia, gdzie zaobserwowano wzrost średniego stopnia czystości kokainy.

([80]) Patrz tabela 5: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([81]) Patrz tabela 6: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([82]) Dane te należy porównać z brakującymi danymi za rok 2002, kiedy tylko będą dostępne.
([83]) Patrz tabela 14: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

Rozdział 6

Heroina oraz stosowanie narkotyków w drodze iniekcji

Problemowe zażywanie narkotyków

Regularne oraz przewlekłe zażywanie heroiny, wstrzykiwanie narkotyku oraz w niektórych państwach nasilone stosowanie środków pobudzających stanowi istotną część problemów społecznych i zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków w Europie. W całej populacji liczba osób reprezentujących takie zachowania jest względnie niska, niemniej skutki problemowego zażywania narkotyków są znaczące. Aby lepiej zrozumieć skalę tego problemu oraz w celu umożliwienia monitorowania go w czasie, EMCDDA współpracuje z państwami członkowskimi w celu określenia pojęcia „problemowego zażywania narkotyków" oraz w celu opracowania strategii pomiaru zarówno skali, jak i wpływu tego zjawiska.

Problemowe zażywanie narkotyków zdefiniowane jest w celach zadaniowych jako „dożylne stosowanie narkotyków lub długoterminowe/regularne zażywanie opiatów, kokainy i/lub amfetamin" ([84]). Różnice pomiędzy definicjami oraz metodologiczne niejasności oznaczają, że uzyskanie wiarygodnych wartości szacunkowych w tym zakresie jest trudne, w związku z czym należy zachować ostrożność przy dokonywaniu interpretacji różnic pomiędzy poszczególnymi państwami lub w danych przedziałach czasowych.

Rozpowszechnienie

Szacunkowe wartości dotyczące rozpowszechnienia problemowego zażywania narkotyków wahają się od dwóch do 10 przypadków na 1 000 osób w populacji osób w wieku 15–64 lat (w oparciu o średnie wartości szacunkowe) lub stanowią 1% populacji osób dorosłych ([85]). Problemowe zażywanie narkotyków niewspółmiernie dotyka poszczególne obszary geograficzne, takie jak zubożałe centra miejskie oraz niektóre grupy, w szczególności młodych mężczyzn, sprawiając, że problemowe zażywanie narkotyków wydaje się być w szczególności nasilone w niektórych społecznościach. Wyższe wartości szacunkowe odnotowano w Danii, Włoszech, Luksemburgu, Portugalii oraz Wielkiej Brytanii (6–10 przypadków na 1 000 mieszkańców w wieku 15–64 lat), natomiast niższe wartości wskaźników zarejestrowano w Niemczech, Grecji, Holandii, Polsce oraz Finlandii (poniżej 4 przypadków na 1 000 mieszkańców w wieku 15–64 lat, patrz wykres 11). Wśród nowych państw UE jedynie Republika Czeska, Polska oraz Słowenia posiadają dobrze udokumentowane wartości szacunkowe, gdzie liczby znajdują się w części dolnej lub środkowej zakresu i osiągają odpowiednio wartości 4,9, 1,9 oraz 5,3 na 1 000 osób w wieku 15–64 lat.

Mimo że nastąpiło znaczące ulepszenie technik przeprowadzania ocen szacunkowych, brak wiarygodnych oraz spójnych danych historycznych utrudnia ocenę trendów w zakresie problemowego zażywania narkotyków. Sprawozdania z niektórych państw dotyczące zmian w wartościach szacunkowych, poparte innymi danymi wskaźnikowymi, sugerują, że nastąpił wzrost problemowego zażywania narkotyków od połowy lat 90-tych. Wartości szacunkowe dostępne są dla 19 państw, z których dziewięć, tj. Belgia, Dania, Niemcy, Hiszpania, Włochy, Luksemburg, Finlandia, Szwecja (w latach 1992–1998), Wielka Brytania oraz Norwegia, informuje o wzroście problemowego zażywania narkotyków od połowy lub późnych lat 90-tych. Dane dotyczące wzrostów w Belgii i Norwegii opierają się na wartościach szacunkowych dotyczących zażywania w drodze iniekcji. Mimo że niedostępne są przedziały czasowe dla szacunkowych wartości z nowych państw członkowskich, istnieją inne dowody sugerujące, że trendy nie są jednakowe. W Republice Czeskiej kilka wskaźników sugeruje, że problemowe zażywanie narkotyków ustabilizowało się od późnych lat 90-tych, podczas gdy w Estonii zaobserwowano silne wzrosty niektórych wskaźników problemowego zażywania narkotyków. Z uwagi na istniejącą podatność na problemy narkotykowe państw będących w trakcie przemian społecznych oraz ekonomicznych, istnieje pilna konieczność opracowania środków nadzorczych w nowych państwach członkowskich.

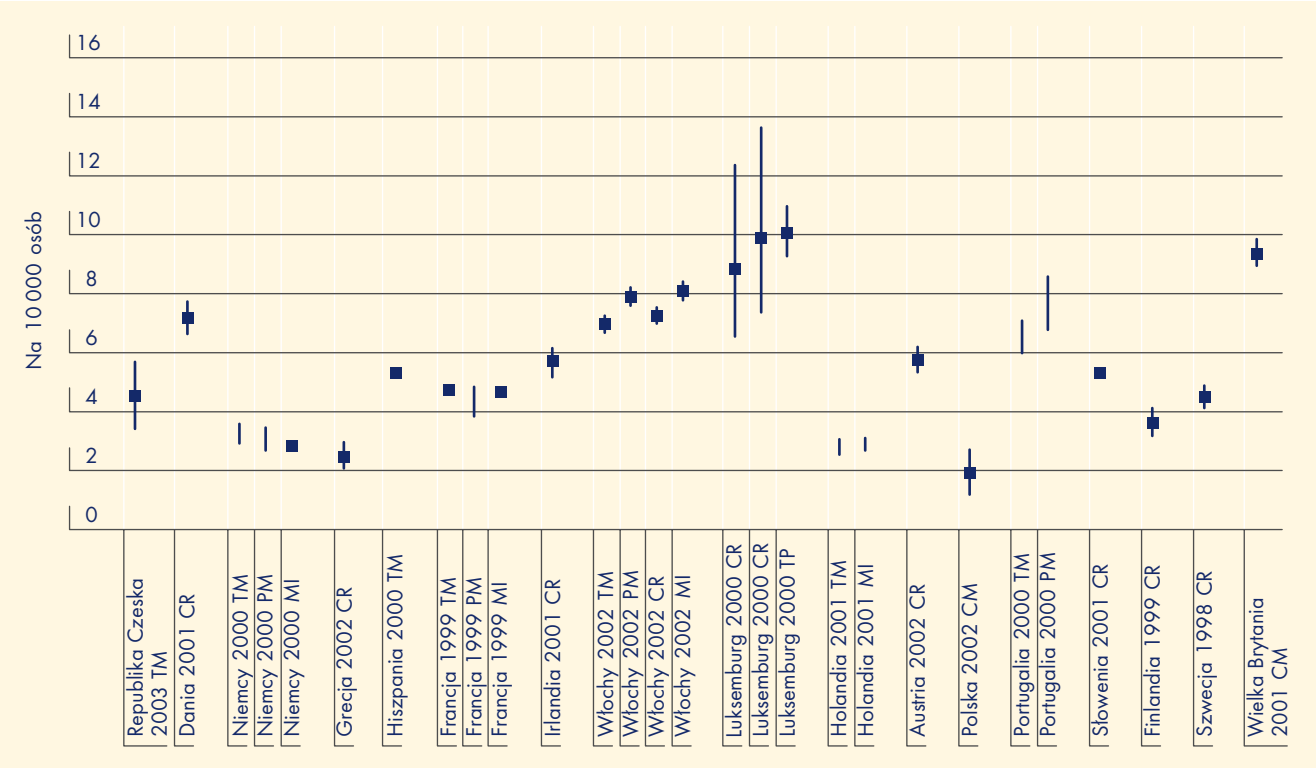
Schematy oraz skala zażywania

Problemowe zażywanie narkotyków może zostać podzielone na dużej wielkości grupy. Podstawową różnicę należy zaznaczyć pomiędzy zażywaniem heroiny, której tradycyjnie przypisywany jest największy udział w problemowym zażywaniu narkotyków w większości państw UE, oraz problemem zażywania środków pobudzających, który dominuje w Finlandii oraz Szwecji, gdzie większość osób należących do grupy problemowego zażywania narkotyków stanowią osoby głównie zażywające amfetaminę. Podobnie w Republice Czeskiej osoby zażywające metamfetaminę tradycyjnie stanowią znaczący odsetek wszystkich osób, których dotyczy problemowe zażywanie narkotyków.

Problemowe zażywanie narkotyków wydaje się stawać coraz bardziej zróżnicowane, a EMCDDA obecnie analizuje potrzebę dopracowania europejskiej definicji w świetle zmian, jakie zachodzą w odniesieniu do zjawiska narkomanii. Na przykład problemy związane ze stosowaniem wielu narkotyków stają się stopniowo coraz

([84]) Więcej szczegółów zawarto w uwagach metodologicznych dotyczących problemowego zażywania narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([85]) Patrz tabela 3: Rozpowszechnienie i tabela 4: Rozpowszechnienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

Wykres 11: Szacunkowy odsetek problemowego zażywania narkotyków (na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 roku życia)



Uwagi: CR = Capture-recapture (losowanie typu pojmanie-uwolnienie); TM = Treatment Multiplier (współczynnik leczeń); PM = Police Multiplier (wskaźnik policyjny); MI = Multivariate Indicator (współczynnik wielowymiarowy); TP = Truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); CM = Combined Methods (metody łączone). Grupy docelowe mogą różnić się nieznacznie ze względu na zastosowanie różnych metod i źródeł danych, dlatego też należy ostrożnie dokonywać wszelkich porównań. Więcej szczegółów można znaleźć w tabeli 3 i tabeli 4: Rozpowszechnienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004. Szwedzkie dane szacunkowe zostały dostosowane do definicji EMCDDA problemowego zażywania narkotyków. Hiszpańskie dane szacunkowe nie obejmują problemowego zażywania kokainy; wyższe dane szacunkowe dostępne są w tabeli 3 i tabeli 4:Rozpowszechnienie, gdzie wzięto pod uwagę tę grupę, ale gdzie dane te niekoniecznie są tak samo wiarygodne.

Źródła: Krajowe punkty kontaktowe. Patrz również projekt EMCDDA National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000 (*Krajowe szacunki rozpowszechnienia problemowego zażywania narkotyków w Unii Europejskiej, 1995–2000 r.*), CT.00.RTX.23, Lizbona, EMCDDA, 2003 r. Projekt koordynowany przez Institut für Therapieforschung, Monachium (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

bardziej istotne w większości państw, podczas gdy w innych państwach, w których dotychczas dominował problem opiatów, obecnie odnotowano przerzucanie się na inne narkotyki. W Hiszpanii, mimo że wartości szacunkowe dotyczące osób zażywających problemowo opiaty zmniejszają się, zaobserwowano wzrost problemów związanych z kokainą. Jednakże brak jest rzetelnych danych odnośnie trendów czasowych problemowego zażywania narkotyków, które zawierałyby informacje o problemowym zażywaniu kokainy. Niemcy oraz Holandia donoszą o wzrastającym odsetku osób zażywających crack wśród problemowych populacji narkotykowych, mimo że ogólne wartości szacunkowe dotyczące osób problemowo zażywających narkotyki w Holandii pozostają niezmienione.

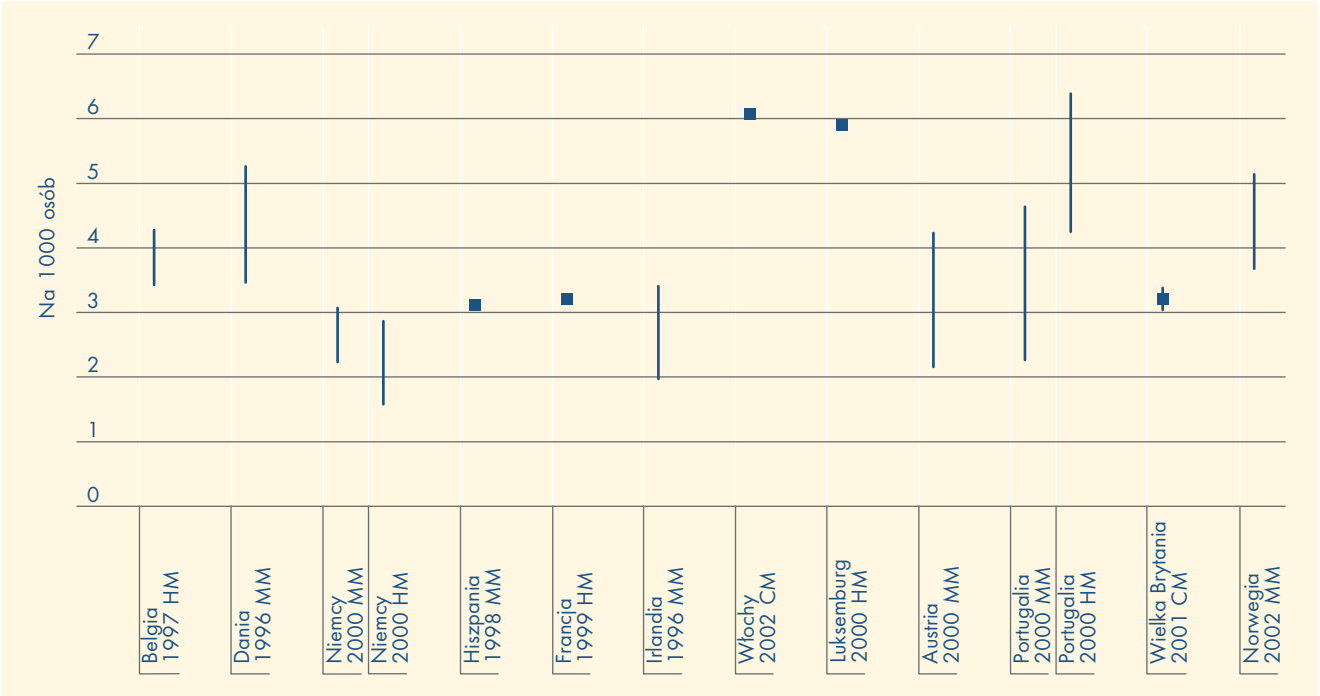
Wartość średniej ważonej wskaźnika problemowego zażywania narkotyków w UE mieści się prawdopodobnie pomiędzy czterema a siedmioma przypadkami na 1 000 osób wieku 15–64 lat, co stanowi 1,2–2,1 miliona osób zażywających problemowo narkotyki w UE po rozszerzeniu, z czego około 850 000 do 1,3 miliona to osoby czynnie biorące narkotyki dożylnie. Niemniej te wartości szacunkowe są mało precyzyjne i wymagają uściślenia w chwili, gdy dostępnych będzie więcej danych z nowych państw członkowskich.

Podawanie narkotyku w drodze iniekcji

Osoby zażywające narkotyki dożylnie narażone są na wysokie ryzyko wystąpienia skutków ubocznych i dlatego istotne jest odrębne rozpatrzenie dożylnego zażywania narkotyków jako głównej kategorii problemowego zażywania narkotyków.

Wartości szacunkowe dotyczące zażywania narkotyków za pomocą strzykawki są wyznaczane za pomocą metod pośrednich (technicznie, mnożnik) w oparciu o dane dotyczące śmiertelności lub dane dotyczące zakażeń wirusem niedoboru odporności (HIV), czy wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV lub WZW C). I tak jak wcześniej jakość danych oraz kwestie metodologiczne budzą wątpliwości odnośnie interpretacji. Na przykład w oparciu o te wartości szacunkowe trudno jest odróżnić obecne (w ostatnim miesiącu) zażywanie za pomocą strzykawki od dożylnego zażycia przynajmniej raz w życiu, a próby porównania danych z poszczególnych państw powinny być podejmowane bardzo ostrożnie. Dostępne ogólnokrajowe wartości szacunkowe dotyczące dożylnego zażywania narkotyków wahają się od dwóch do ośmiu przypadków na 1 000 osób w wieku 15–64 (wykres 12).

Wykres 12: Szacunkowy odsetek dożylnego zażywania narkotyków (na 1 000 osób w wieku od 15 do 64 roku życia)



Uwagi: MM = Mortality Multiplier (współczynnik śmiertelności); HM = HIV multiplier (współczynnik rozpowszechnienia HIV); CM = Combined Methods for IDU estimation (metody łączone dla oszacowania dożylnego zażywania narkotyków).
Grupy docelowe mogą różnić się nieznacznie ze względu na zastosowanie różnych metod i źródeł danych, dlatego też należy ostrożnie dokonywać wszelkich porównań. Przyjmuje się, że współczynnik śmiertelności i współczynnik rozpowszechnienia HIV to dane szacunkowe (głównie obecnego) dożylnego zażywania narkotyków, które stanowią jedynie część problemowego zażywania narkotyków. Przyjmuje się, że pozostałe metody przedstawiają szacunki problemowego zażywania narkotyków. Więcej szczegółów można znaleźć w tabeli 3 i tabeli 4: Rozpowszechnienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
Źródła: Krajowe punkty kontaktowe. Patrz również projekt EMCDDA National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000 (*Krajowe szacunki rozpowszechnienia problemowego zażywania narkotyków w Unii Europejskiej, 1995–2000 r.*), CT.00.RTX.23, Lizbona, EMCDDA, 2003 r. Projekt koordynowany przez Institut für Therapieforschung, Monachium (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

Analiza danych dotyczących częstości wstrzykiwania u osób zażywających heroinę będących w trakcie leczenia sugeruje znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi państwami w zakresie dożylnego zażywania narkotyków w ostatnim miesiącu, jak również pokazuje wahania trendów w czasie ([86]). Dostępne dane wskazują, że mniej niż połowa (43%) osób poddawanych leczeniu z uzależnienia od heroiny po raz pierwszy deklaruje, że w ostatnim miesiącu dożylnie podała sobie narkotyk w porównaniu z dwiema trzecimi (62%) wszystkich osób poddanych leczeniu (średnie ważone). W niektórych państwach (Hiszpania, Holandia, Portugalia) względnie niewielki odsetek osób zażywających heroinę przyjmuje ją w postaci zastrzyków, podczas gdy w innych państwach (Republika Czeska, Słowenia, Finlandia) wstrzykiwanie heroiny nadal stanowi normę. W kilku długoletnich państwach członkowskich UE, dla których dostępne są dane, ilość osób dożylnie zażywających narkotyki spadła w latach 90-tych. Niemniej niepokojący jest fakt, że w niektórych innych państwach (Niemcy, Irlandia, Finlandia) zażywanie narkotyków drogą iniekcji nie maleje, ale wręcz wykazuje oznaki wzrostu, natomiast w nowych państwach członkowskich, w przypadku krajów dla których istnieją takie dane, prawie wszystkie osoby zażywające heroinę przyjmują ją w postaci zastrzyków.

Konfiskaty oraz dane rynkowe ([87])

Produkcja, handel oraz konfiskaty opiatów

Większość nielegalnego opium oraz heroiny na świecie pochodzi z niewielu państw (UNODC, 2003a). Światowa produkcja nielegalnego opium w 2002 r. była szacowana na około 4500 ton metrycznych, z czego udział Afganistanu wynosił 76%, natomiast prawie cała reszta pochodziła z Azji Południowo-Wschodniej, przy 18-procentowym udziale Myanmaru oraz 3-procentowym Laosu. Światowa produkcja opium pozostała na stabilnym poziomie przez ostatnie pięć lat, z wyjątkiem roku 2001, gdy w Afganistanie reżim talibów wprowadził zakaz uprawy maku lekarskiego, w wyniku czego nastąpił dramatyczny, ale krótkotrwały spadek produkcji.

Heroina wykorzystywana w UE jest w głównej mierze produkowana w Afganistanie lub wzdłuż szlaków handlowych opium, zwłaszcza w Turcji (UNODC, 2003a), i wprowadzana jest do Europy dwoma głównymi szlakami handlowymi. Tradycyjnie ważny szlak bałkański w dalszym ciągu odgrywa kluczową rolę w przemycie heroiny. Po przejściu przez Pakistan, Iran oraz Turcję szlak ten rozdziela się na odnogę południową przechodzącą przez byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii (FYROM), Albanię,

([86]) Patrz wykres 9 OL: Trendy dotyczące dożylnego zażywania narkotyków.
([87]) Patrz Rozdział 3: Interpretacja danych dotyczących konfiskat i sytuacji rynkowej (str. 31).

część Włoch, Serbię, Czarnogórę oraz Bośnię i Hercegowinę oraz na odnogę północną przebiegającą przez Bułgarię, Rumunię, Węgry oraz Austrię. Od połowy lat 90-tych heroina w coraz większej ilości przemycana była do Europy „jedwabnym szlakiem" przez Azję Środkową, Morze Kaspijskie oraz Federację Rosyjską (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.; UNODC, 2003a; CND, 2004 r.; INCB, 2004a). Mimo że szlaki te należą do najważniejszych, konfiskaty dokonywane były czasami w innych miejscach, w tym w niektórych państwach afrykańskich oraz w Kolumbii.

Oprócz importowanej heroiny, niektóre narkotyki opiatowe są produkowane w obrębie UE. Produkcja ta ogranicza się do domowego wyrobu produktów z maku lekarskiego (np. koncentrat makowy z łodyg lub główek) w wielu wschodnich państwach UE takich jak Republika Czeska, Estonia, Litwa oraz Polska. Istnieją pewne dowody, że te produkty domowego wyrobu wypierane są na czarnym rynku przez importowaną heroinę.

Jeśli chodzi o ilości, w 2002 r. Azja (52,5%) oraz Europa (28,1%) w dalszym ciągu obejmowały większość heroiny skonfiskowanej na całym świecie (CND, 2004 r.), przy czym konfiskaty heroiny w Europie miały miejsce w państwach zachodnich. Od 1998 r. państwem UE dokonującym największej liczby konfiskat oraz przechwytującym największe ilości skonfiskowanej heroiny była Wielka Brytania, a po niej Hiszpania ([88]). W 2001 roku Wielka Brytania była odpowiedzialna za jedną trzecią całkowitej liczby konfiskat heroiny oraz za 40% całkowitej ilości heroiny przechwyconej w UE.

W UE ilości przechwyconej heroiny ([89]) utrzymywały się na stabilnym poziomie do 1998 roku, a następnie rosły w latach 1999 oraz 2000. W oparciu o trendy w państwach, dla których dostępne są dane, całkowita ilość przechwyconej heroiny w UE wydaje się pozostawać na stabilnym poziomie od 2000 roku ([90]), mimo że liczba konfiskat heroiny w 2002 r. spadała we wszystkich krajach, dla których dostępne były dane ([91]).

Niepokojącą nowością jest niedawne odnotowanie handlu fentanylem, syntetycznym opiatem o prawie 100-krotnie większej sile niż heroina ([92]). W ostatnim czasie konfiskaty odnotowano w kilku państwach graniczących z Morzem Bałtyckim oraz w Federacji Rosyjskiej. W Szwecji dokonano dwóch konfiskat fentanylu w 2002 roku oraz 23 w roku 2003. W Estonii fentanyl oraz metylofentanyl pojawiły się na rynku narkotykowym jako substytuty heroiny pod koniec 2001 r., prowadząc do dokonania 68 konfiskat fentanylu oraz 11 metylofentanylu w 2002 roku. W Finlandii ogromna hurtowa przesyłka 3-metylofentanylu została skonfiskowana w 2002 roku. Na Litwie fentanyl został wykryty w wyniku sześciu konfiskat przeprowadzonych w 2002 roku. INCB (2004a) (Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających) poinformował o niedawnym skonfiskowaniu 41 kg fentanylu na Ukrainie oraz likwidacji trzech laboratoriów, w których związek ten był syntetyzowany. Znaczący wzrost obecności fentanylu na europejskim rynku narkotykowym byłby bardzo niepokojący, albowiem możliwość wystąpienia problemów z tym związanych jest bardzo wysoka. Pogląd ten podkreślany był w sprawozdaniach państw nadbałtyckich za ostatnie dwa lata dotyczących zgonów spowodowanych przedawkowaniem, w których fentanyl był wykrywany w czasie analiz toksykologicznych, często wraz z heroiną. Konieczna jest czujność ponieważ narkotyk ten może pozostać niezauważony, zwłaszcza jeśli występuje w połączeniu z nielegalną heroiną, w celu zwiększenia jego ogólnej siły działania. Ponadto istnieją pewne anegdotyczne sprawozdania dotyczące stosowania przekształconych produktów fentanylu. Na przykład w Grecji istniały sprawozdania mówiące o narkomanach otrzymujących fentanyl z przeciwbólowych plastrów Durogesic®.

Buprenorfina, opioid o działaniu leczniczym, wydaje się pojawiać na czarnym rynku w niektórych państwach UE, takich jak Republika Czeska, w której Subutex® pojawił się w kilku okręgach w 2002 roku, czy w Wielkiej Brytanii, gdzie w ostatnich trzech latach odnotowano przypadki jego konfiskaty. Finlandia donosiła o znaczących konfiskatach preparatu Subutex® w 2001 oraz 2002 roku. Również Norwegia informowała o sporych konfiskatach preparatu Temgesic® w 2002 roku. W pewnym zakresie fakty te nie są zaskakujące, albowiem ilość przepisywanej buprenorfiny wzrosła znacząco w wielu państwach. Niemniej lek ten ma recepturę ograniczającą możliwość nadużywania, dlatego sprawozdania te wymagają głębszej analizy.

Międzynarodowa akcja przeciwko handlowi heroiną

Współpraca o wymiarze ogólnoświatowym nasiliła się w celu stawienia czoła zwiększonej produkcji pochodzącej z Afganistanu heroiny (Europol, 2003 r.). Od roku 2002 projekt Interpolu o nazwie NEHRO ([93]) koncentruje się na nowym heroinowym szlaku handlowym pomiędzy Azją Środkową, a Europą Zachodnią (Interpol, 2002 r.; Europol, 2003 r.). Światowa Organizacja Ceł (WCO) rozpoczęła operację „Tamerlane", mającą na celu zintegrowanie organów ścigania obejmujących służby celne, policję oraz straż graniczną wszystkich państw leżących na trasie jedwabnego szlaku lub z nim graniczących (WCO, 2003a).

W roku 2003 dzięki operacji „Topaz", międzynarodowemu programowi mającemu na celu zapobieganie zmianom zastosowania bezwodnika kwasu octowego, ważnego związku chemicznego stosowanego przy wyrobie heroiny, zidentyfikowano siatki handlowe oraz firmy, pod przykrywką których zajmowano się odzyskiwaniem tego produktu w Europie. Do tej operacji przystąpił Afganistan oraz inne państwa azjatyckie. Operacja „Topaz" jest jednym z wielu działań koordynowanych na szczeblu międzynarodowym, które ukierunkowane są na substancje

([88]) Niemniej dane te należy sprawdzić w związku z brakującymi ciągle danymi z 2002. Brak jest danych dotyczących liczby konfiskat heroiny w 2002 dla Belgii, Włoch, Węgier, Holandii oraz Polski. Brak jest danych dotyczących zarówno liczby dokonanych konfiskat, jak i ilości heroiny skonfiskowanej w 2002 dla Irlandii, Cypru, Malty, Słowacji oraz Wielkiej Brytanii.
([89]) Patrz tabela 4: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([90]) Dane te należy porównać z brakującymi danymi za rok 2002, kiedy tylko będą dostępne.
([91]) Ibid.
([92]) W sytuacji przypadkowego zażycia fentanylu zamiast heroiny ryzyko zatrucia jest bardzo wysokie.
([93]) Północnoeuropejski szlak heroinowy.

prekursorowe konieczne do nielegalnej produkcji narkotyków oraz na same narkotyki.

Cena oraz stopień czystości heroiny

W Europie heroina występuje w dwóch postaciach, tj. powszechnie dostępnej brązowej heroiny (jej podstawowej chemicznej postaci) oraz mniej powszechnie występującej oraz droższej białej heroiny (postaci będącej solą), która zazwyczaj pochodzi z Azji Południowo-Wschodniej. W 2002 roku w UE informowano o średniej cenie ulicznej brązowej heroiny wahającej się w przedziale od 29 euro za gram na Węgrzech do 161 euro za gram w Szwecji, podczas gdy cena białej heroiny wahała się w przedziale od 32 euro (Węgry) do 213 euro za gram (Szwecja) ([94]). Te różnice cenowe prawdopodobnie odzwierciedlają stopień czystości sprzedawanego narkotyku. W ciągu ostatnich pięciu lat średnie ceny detaliczne zarówno brązowej, jak i białej heroiny utrzymywały się na stabilnym poziomie lub spadały w tych państwach, dla których przedstawiono dane, z wyjątkiem Republiki Czeskiej, gdzie deklarowane ceny wzrosły. W 2002 roku średnia cena uliczna brązowej heroiny spadła w sześciu ze wszystkich dziewięciu państw UE, które dostarczyły dane, podczas gdy w przypadku białej heroiny większość państw (cztery z sześciu) zadeklarowała wzrost średniej ceny.

W UE w roku 2002 średni stopień czystości brązowej heroiny na poziomie odbiorcy końcowego wahał się od 10% w Luksemburgu do 43% w Hiszpanii, podczas gdy średni stopień czystości białej heroiny zawierał się w przedziale od 7% w Estonii oraz Finlandii do 75% w Norwegii. Przez ostatnie pięć lat stopień czystości heroiny spadł lub pozostał na tym samym poziomie w większości państw UE. W roku 2001 stopień czystości brązowej heroiny wzrósł w większości państw deklarujących takie dane (7 z 10), niemniej trend ten uległ odwróceniu w roku 2002, gdy znaczące spadki średniego stopnia czystości deklarowane były przez pięć (z siedmiu) państw (Dania, Luksemburg, Portugalia, Wielka Brytania i Norwegia). Średni stopień czystości białej heroiny na poziomie odbiorcy końcowego spadł zarówno w roku 2001, jak i 2002, ale dane dotyczące rozkładu trendu w czasie dostępne są tylko dla trzech państw (Dania, Estonia, Finlandia).

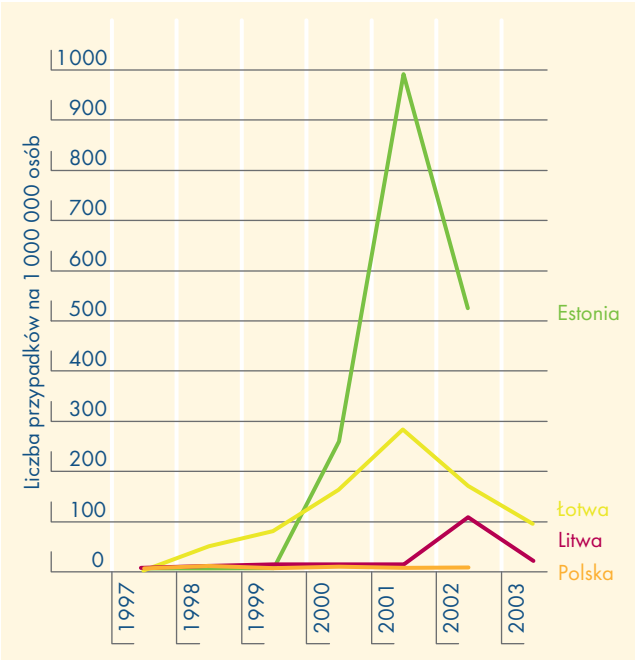
Choroby zakaźne związane z zażywaniem narkotyków

HIV

Epidemia infekcji wirusem HIV gwałtownie rozprzestrzenia się w niektórych nowych państwach UE oraz u ich sąsiadów. Estonia, Litwa, Rosja oraz Ukraina znajdują się wśród państw, w których epidemia zakażeń wirusem HIV rozprzestrzenia się najszybciej na świecie. Stopień rozpowszechnienia wirusa waha się znacząco w innych nowych państwach UE, ale kilka państw zagrożonych jest podobnymi wybuchami epidemii. Wśród „starych" państw UE istnieją takie, którym dotychczas udało się uniknąć dużej epidemii zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w drodze iniekcji (IDU), ale aktualnie obecne są w tych państwach oznaki narastającego ryzyka.

Analiza niedawno odnotowanych przypadków wśród narkomanów wstrzykujących sobie dożylnie narkotyki sugeruje, że częstość zakażeń wirusem HIV osiągnęła maksymalny poziom w Estonii oraz na Łotwie w roku 2001, przy wskaźnikach wynoszących odpowiednio 991 oraz 281 przypadków na milion osób. Po czym w roku 2002 nastąpił spadek do pułapów, które w dalszym ciągu są bardzo wysokie i wynoszą odpowiednio 525 oraz 170 na milion w skali roku (wykres 13) (EuroHIV, 2003 r.). Do możliwych przyczyn zaobserwowanego spadku należą informowanie o artefaktach, nasycenie liczby narkomanów podających sobie narkotyki dożylnie znajdujących się w grupie największego ryzyka i/lub zmiany zachowań. Spośród nowych państw członkowskich UE Estonia (6,2–13%), Łotwa (6,6–14,6%) oraz Polska (6,8–9,1%) informują o najwyższym stopniu rozpowszechnienia choroby wśród różnorodnych grup osób zażywających narkotyki dożylnie, przebadanych w latach 2001–2003 na terenie danego kraju. Podczas gdy w państwach tych w tym samym przedziale czasowym, lecz na szczeblu lokalnym, najwyższe wartości wskaźników osiągały odpowiednio 41% (z 964 przebadanych), 22% (z 205 przebadanych) i 29,7% (ze 165 przebadanych). W Estonii dane z licznych źródeł również wykazują, że rozpowszechnienie HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie spadło (w 2002 roku 6,2% z próbki obejmującej 1 186 osób zażywających narkotyki dożylnie na szczeblu krajowym, tj. spadek z 13%

Wykres 13: Odnotowane nowo rozpoznane przypadki zakażenia HIV wśród osób dożylnie zażywających narkotyki na milion osób w niektórych nowych państwach członkowskich UE



Źródło: (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (EuroHIV), Europejskie Centrum Monitorowania Epidemiologicznego AIDS (EuroHIV).

([94]) Patrz tabela 14: Rynki w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

z próbki obejmującej 2 078 osób zażywających narkotyki dożylnie w roku 2001). Na Litwie znaczny wzrost nowo odnotowanych przypadków zakażeń wirusem HIV będący wynikiem wybuchu znaczącej epidemii w więzieniach zaobserwowano w roku 2002. Jednakże rozpowszechnienie wśród osób zażywających narkotyki dożylnie pozostaje na niskim poziomie (odpowiednio w roku 2002 i 2003 wynosił on 1,0% z 2 831 i 2,4% z 1 112 osób zażywających narkotyki dożylnie reprezentujących różnorodne kategorie społeczne na szczeblu ogólnokrajowym oraz 0,6% z 641 osób zażywających narkotyki dożylnie i 0,4% z 235 osób zażywających narkotyki dożylnie, uczestniczących w programie wymiany igieł przeprowadzanym w Wilnie). Wybuch epidemii w więziennictwie stanowi przykład zarówno pilnej potrzeby wdrożenia środków zapobiegawczych w tym państwie oraz innych regionach, w których rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie utrzymuje się nadal na niskim poziomie, jak i rozpatrzenia istotnej roli, jaką więzienia odgrywają w rozprzestrzenianiu się wirusa HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie (Dolan, 1997–98 r.; Dolan et al., 2003 r.).

W Polsce dane dotyczące rozpowszechnienia na szczeblu ogólnokrajowym pochodzące z laboratoriów publicznej służby zdrowia sugerują spadek rozpowszechniania zakażeń wśród przebadanych osób zażywających narkotyki dożylnie z poziomu 10,7% (spośród 3 106 osób) w roku 2000 do poziomu 6,8% (spośród 2 626 osób) w roku 2002. Spadek ten jest zgodny z trendem dotyczącym nowo odnotowanych przypadków wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, których liczba spadła z wysokiego poziomu 8,6 na milion osób w 2000 roku do wartości odpowiednio 5,1 i 6,9 w 2001 oraz 2002 roku. Dane dotyczące miejscowego rozpowszechnienia również sugerują wysokie rozpowszechnienie w województwie pomorskim w 2002 r. (30% spośród 165 osób zażywających narkotyki dożylnie wybranych spośród osób, które poddały się leczeniu oraz z ulicy, 15% spośród 69-osobowej próbki wybranej jedynie z ulicy), mimo że należy odnotować, iż rozpowszechnienie wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, będących w trakcie leczenia, może wpłynąć na zawyżenie poziomu rozpowszechnienia wśród ogólnej populacji osób zażywających narkotyki dożylnie. W innych nowych państwach UE rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie utrzymywało się na bardzo niskim poziomie w latach 2000–2001, ale w większości państw brak jest nowszych danych. Wskaźnik rozpowszechnienia zakażeń wirusem HIV nie przekraczał 1% w Republice Czeskiej, na Słowenii oraz Słowacji. Podobne wyniki zaobserwowano w państwach sąsiadujących kandydujących do UE, tj. Rumunii oraz Bułgarii (EMCDDA, 2003a). Mimo że państwom tym dotychczas udało się uniknąć epidemii HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, wzrost liczby osób zażywających narkotyki w drodze iniekcji może doprowadzić w bliskiej przyszłości do wzrostu rozpowszechnienia zakażeń HIV oraz zapaleń wątroby, jeśli środki zapobiegawcze okażą się niewystarczające (patrz podrozdział „Ograniczanie liczby zakażeń związanych z zażywaniemnarkotyków" w tym rozdziale).

W byłej Piętnastce epidemia zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie wydaje się być ustabilizowana lub uległa spowolnieniu, zgodnie z danymi dotyczącymi przypadków zakażeń HIV, wahając się w 2002 roku na poziomie od 1,3 nowych przypadków na milion osób w Grecji do 115,7 w Portugalii (w tym ostatnim państwie zanotowano w 2003 roku spadek do 88,4 przypadków) (EuroHIV, 2003 r.). Niemniej, ponieważ krajowe systemy raportowania przypadków nie zostały jeszcze ustanowione w państwach o największym nasileniu epidemii wynikającej z dożylnego podawania narkotyków, opieranie się na trendach czasowych bazujących na rejestrowaniu przypadków może być mylące na szczeblu unijnym, ale dane seroepidemiologiczne dotyczące osób zażywających narkotyki dożylnie stanowią tutaj ważne uzupełnienie. Dostępne na szczeblu krajowym dane dotyczące rozpowszechnienia sugerują obecność wielu różnic pomiędzy oraz w obrębie poszczególnych państw, np. od 0–1% w Finlandii (dane uzyskane z programu wymiany igieł) do 9,7–35% różnorodnych krajowych próbek osób zażywających narkotyki w Hiszpanii (w latach 2001–2003) (wykres 14). Rozpowszechnienie zakażeń wśród narkomanów wstrzykujących narkotyki za pomocą igły utrzymuje się ogólnie na stabilnym poziomie lub spada ([95]), mimo że stabilny poziom rozpowszechnienia nie oznacza, że zakażenia nie mają już miejsca, a ponadto w niektórych państwach zaobserwowano wzrost poziomu rozpowszechnienia od połowy lat 90-tych na szczeblu lokalnym i regionalnym. Ponadto w przypadku niektórych obszarów, na których wcześniej zaobserwowano wzrost, brak jest nowszych danych. Wzrost rozpowszechnienia sugeruje, że środki prewencyjne podjęte na tych obszarach mogą być niewystarczające nawet w przypadku niektórych obszarów charakteryzujących się występowaniem epidemii od dawna. Obecne rozprzestrzenianie się zakażeń wśród osób zażywających narkotyki dożylnie na niektórych terenach znajduje potwierdzenie w wysokim poziomie rozpowszechnienia wśród młodzieży (poniżej 25 roku życia) i wśród nowych osób zażywających narkotyki dożylnie (którzy zażywali narkotyki w drodze iniekcji przez okres krótszy niż dwa lata) (EMCDDA, 2003b) ([96]). W miejscach, gdzie rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV pozostało na wysokim poziomie wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, podtrzymanie wysiłków prewencyjnych jest istotne w celu zapobieżenia rozprzestrzenianiu się zakażeń wśród nowych osób zażywających narkotyki dożylnie, partnerów seksualnych osób zażywających narkotyki dożylnie oraz przenoszeniu zakażeń z matek na dzieci.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz inne zakażenia

Rozpowszechnienie przeciwciał wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW typu B) (6–85%) oraz przeciwciał wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW typu C)

([95]) W celu uzyskania szczegółowych danych oraz informacji dotyczących oryginalnych źródeł, patrz tabela 1: Choroby IDU oraz tabela 8: Choroby IDU w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([96]) Ibid.

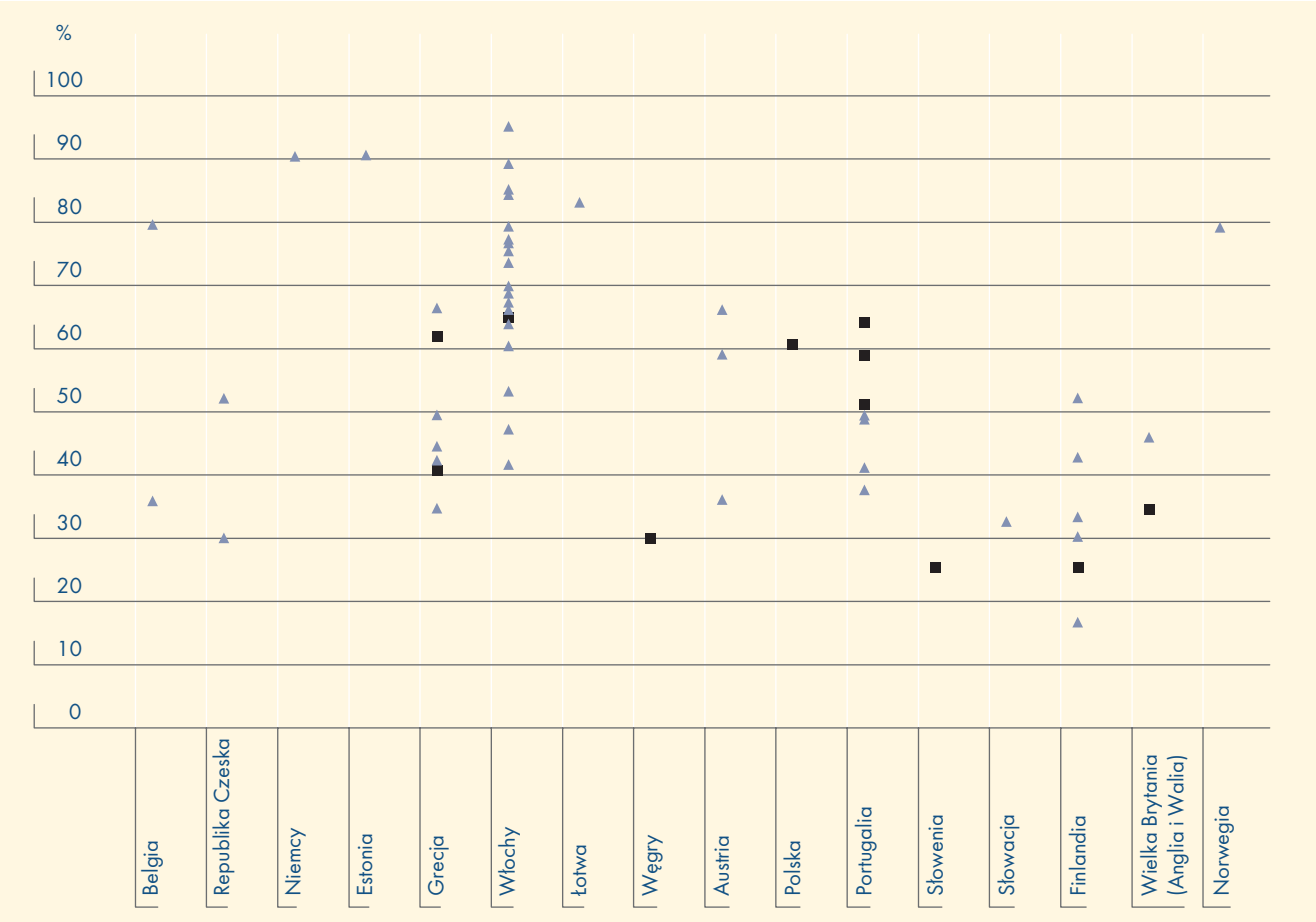
Wykres 14: Rozpowszechnienie HIV wśród osób zażywających narkotyki w drodze iniekcji – badania ogólnokrajowe i lokalne w latach 2001–2003

Uwagi: ■ = próbki ogólnokrajowe; ▲ = próbki lokalne/regionalne.
Różnice pomiędzy krajami należy interpretować ostrożnie ze względu na różne rodzaje zakładów i/lub metod badań. Krajowe strategie dotyczące dobierania próbek nie są jednakowe.
Dane dla Portugalii i Włoch obejmują osoby niezażywające narkotyków drogą dożylną (IDU) i w związku z tym mogą zaniżać dane dotyczące rozpowszechnienia u osób zażywających narkotyki w drodze iniekcji (odsetek osób niezażywających narkotyków dożylnie w próbkach: Włochy 5–10%, dla Portugalii brak danych). W przypadku Francji problem ten odnosi się do kilku próbek.
Dane dla Niemiec, Włoch, Węgier, Portugalii i Słowacji ograniczają się do rozpowszechnienia HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, które poddały się leczeniu, w związku z czym nie będą odnosić się do rozpowszechnienia HIV wśród osób zażywających narkotyki w drodze iniekcji, które nie poddały się leczeniu.
Dane dla Niemiec i Luksemburga oraz część danych dla Belgii i Francji opierają się na wynikach testów podanych przez samych zainteresowanych, co powoduje, że są one mniej wiarygodne niż testy udokumentowane klinicznie.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox. Pierwotne źródła danych, szczegóły dotyczące badań oraz dane sprzed 2001 roku znajdują się w tabeli 8: Choroby IDU w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

(17–95%) wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w UE jest ogólnie bardzo wysokie, co wskazuje na znaczącą konieczność podjęcia leczenia oraz środków zapobiegawczych (wykres 15). Rozpowszechnienie zakażeń wirusem WZW typu C jest mniejsze (25–33%) w kilku państwach, w których niskie jest również rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV (w tym w kilku nowych państwach UE, jak Węgry, Słowenia, Słowacja), sugerując, że zachowania powodujące wysokie zagrożenie w dalszym ciągu nie są powszechne w tych krajach. Oznacza to, że zapobieganie rozprzestrzenianiu tych chorób poprzez podejmowanie działań interwencyjnych, mających na celu redukcję szkód, jest ciągle możliwe (patrz poniżej).

Zażywanie narkotyków za pomocą strzykawek może stanowić drogę przenoszenia różnych chorób zakaźnych. Na przykład w ostatnich latach zaobserwowano związany z dożylnym zażywaniem narkotyków wybuch epidemii tężca oraz zatrucia jadem kiełbasianym ran w Wielkiej Brytanii, prawdopodobnie związanego ze skażeniem heroiny i/lub szczególnymi praktykami związanymi z wykonywaniem zastrzyków (Hope et al., 2004 r.). Rozpowszechnienie gruźlicy (TB) wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w UE wydaje się być ogólnie niskie i nie ulega zwiększeniu, z wyjątkiem być może państw nadbałtyckich (Migliori i Centis, 2002 r.). Niemniej w państwach sąsiadujących Europy Wschodniej gruźlica staje się coraz większym problemem z uwagi na zwiększającą się odporność na leczenie oraz z uwagi na bardzo wysokie rozpowszechnienie wśród więźniów, z których wielu zażywa narkotyki. Zakażenia przenoszone drogą płciową (STI) mogą być zarówno wskaźnikiem zachowań seksualnych o wysokim ryzyku, jak i czynnikiem ryzyka zakażenia wirusem HIV (Estebanez et al., 2001 r.). Obecnie rozpowszechnienie chorób przenoszonych drogą płciową rośnie w gwałtownym tempie w niektórych państwach UE,

Wykres 15: Rozpowszechnienie wirusowego zapalenia żółtaczki typu C wśród osób zażywających narkotyki dożylnie – badania ogólnokrajowe i lokalne w latach 2001–2002



Uwagi: ■ = próbki ogólnokrajowe; ▲ = próbki lokalne/regionalne.
Różnice pomiędzy krajami należy interpretować ostrożnie ze względu na różne rodzaje zakładów i/lub metod badań. Krajowe strategie dotyczące dobierania próbek nie są jednakowe.
Dane dla Portugalii i Włoch obejmują osoby niezażywające narkotyków drogą dożylną (IDU) i w związku z tym mogą zaniżać dane dotyczące rozpowszechnienia u osób zażywających narkotyki w drodze iniekcji (odsetek osób niezażywających narkotyków dożylnie w próbkach: Włochy 5–10%, dla Portugalii brak danych). W przypadku Republiki Czeskiej problem ten odnosi się do jednej próbki.
Dane dla Anglii i Walii oraz część danych dla Finlandii opiera się na testach śliny, co powoduje zaniżenie danych o rozpowszechnieniu WZW typu C.
Dane dla Belgii, Włoch, Węgier, Portugalii, Słowenii i Słowacji ograniczają się do rozpowszechnienia WZW typu C wśród osób zażywających narkotyki dożylnie, które poddały się leczeniu, w związku z czym nie będą odnosić się do rozpowszechnienia WZW typu C wśród osób zażywających narkotyki w drodze iniekcji, które nie poddały się leczeniu.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox. Pierwotne źródła danych, szczegóły dotyczące badań oraz dane sprzed 2001 roku znajdują się w tabeli 11: Choroby IDU w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

głównie wśród homoseksualnych mężczyzn. Wśród osób zażywających narkotyki zakażenia przenoszone drogą płciową są bardzo powszechne w niektórych krajach, np. w Irlandii oraz we Włoszech (Giuliani i Suligoi, 2004 r.), natomiast w innych (np. Szwecji oraz Norwegii) są one rzadko obserwowane. Niemniej w większości państw brakuje danych dotyczących osób zażywających narkotyki. Jeśli dane dotyczące nadzoru zakażeń przenoszonych drogą płciową mają służyć jako wskaźnik zachowań seksualnych wysokiego ryzyka wśród osób zażywających narkotyki dożylnie w celu zmierzenia możliwości przenoszenia wirusa HIV drogą płciową (Wiessing and Kretzschmar, 2003 r.), to ważnym jest, aby rozróżniały one pomiędzy grupami osób zażywających narkotyki dożylnie i w ten sposób umożliwiły śledzenie rozwoju trendów, zwłaszcza wśród osób zażywających narkotyki dożylnie. Ogólnie rozprzestrzenienie zachorowań na choroby zakaźne wśród osób zażywających narkotyki dożylnie jest bardzo duże. Stan ten skłania do przeprowadzania systematycznych badań wśród osób zażywających narkotyki za każdym razem, gdy mają one kontakt ze służbą zdrowia oraz w celu zapewnienia wystarczających środków prewencyjnych i leczniczych.

Ograniczanie liczby zakażeń związanych z zażywaniem narkotyków

Od 2001 roku w kilku państwach członkowskich coraz większą liczbę obszarów geograficznych obejmuje się programami wymiany igieł i strzykawek (NSP) ([97]). W szczególności w Estonii oraz na Łotwie zaobserwowano

([97]) Patrz tabela 6 OL: Opracowanie oraz rodzaje programów wymiany igieł i strzykawek (NSP), udział aptek, liczba strzykawek rozdanych/sprzedanych.

szybkie powstawanie się nowych usług, wspieranych finansowo z dotacji lokalnych, krajowych i międzynarodowych, w odpowiedzi na znaczące rozprzestrzenianie się zakażeń wirusem HIV. W Szkocji liczba wymienionych strzykawek zwiększyła się prawie trzykrotnie między rokiem 1997 a 2002 i oczekuje się dalszego wzrostu tej liczby w związku ze zwiększeniem maksymalnej liczby strzykawek, przypadających na osobę podczas każdej wizyty, do 60, co umożliwia ich wymianę pomiędzy osobami zażywającymi. Programy wymiany igieł i strzykawek zostały uruchomione w Irlandii Północnej (w oparciu o apteki) oraz Flandrii (Belgia), uzupełniając w ten sposób miejsca w Europie Zachodniej, gdzie takich programów brakowało. Niemniej w Szwecji w dalszym ciągu trwa dyskusja na temat wprowadzenia programów wymiany igieł i strzykawek.

W miejscach, gdzie przeprowadzono badania nad dostępnością strzykawek, wyniki wskazują, że zakup w aptece jest najbardziej powszechnym źródłem nabywania sprzętu do wykonywania iniekcji (np. 30–45% uczestników programu wymiany igieł i strzykawek w Belgii, 32% w Luksemburgu oraz 30–40% na Węgrzech). Apteki odgrywają znaczącą rolę w wymianie oraz dostarczaniu strzykawek w czterech państwach, tj. w Hiszpanii, Portugalii oraz Wielkiej Brytanii, gdzie apteki wymieniają strzykawki bezpłatnie oraz we Francji, gdzie dotowane z budżetu państwa „stérikits" również sprzedawane są głównie w aptekach. Dzięki czynnemu udziałowi aptek w tych czterech państwach punkty wymiany igieł są dobrze rozmieszczone pod względem geograficznym. W innych państwach osoby zażywające narkotyki muszą kupować strzykawki (oraz inne przybory), a ich wysoka cena w niektórych państwach stanowi przedmiot obaw ([98]).

Francja oraz Portugalia poinformowały o malejącej liczbie strzykawek uzyskiwanych z aptek. We Francji sprzedaż strzykawek zmniejszyła się o 45% w latach 1999–2002, spadając z 16,5 miliona do 9 milionów sztuk. Spadki te nie zostały zrównoważone przez wzmożoną działalność programów wymiany igieł i strzykawek. Wśród możliwych wyjaśnień takiego stanu znajdujemy wzrost innych niż dożylne sposobów zażywania narkotyków, zwiększony dostęp do terapii zastępczych dla osób zażywających narkotyki za pomocą igły lub nawet zwiększoną liczbę igieł wymienianych pomiędzy osobami uzależnionymi (Emmanuelli, 2003 r.).

Programy wymiany igieł i strzykawek mogą być wdrażane na wiele różnych sposobów, np. poprzez niskoprogowe jednostki przeciwnarkotykowe, apteki oraz ogólnie instytucje służby zdrowia i pomocy społecznej, jak również poprzez mobilne punkty wymiany (wyposażone autobusy lub pracownicy terenowi) i specjalne automaty. W niektórych nowych państwach członkowskich (Republika Czeska, Polska, Słowenia oraz Bułgaria) w szczególności, ale również w Belgii, Irlandii oraz Wielkiej Brytanii pracownicy terenowi (byli narkomani) odgrywają coraz większą rolę w dostarczaniu sterylnego sprzętu osobom zażywającym narkotyki (McVeigh et al., 2003 r.).

Osiągnięcia w leczeniu infekcji związanych z zażywaniem narkotyków

Wysokie poziom infekcji WZW typu C wśród osób zażywających narkotyki sprawia, że pracownicy sektora opieki zdrowotnej coraz bardziej martwią się o zażywających. U 60% do 80% osób zakażenie przeradza się w infekcję chroniczną, co prowadzi w 20% przypadków do końcowego stadium niewydolności wątroby, a dostęp osób zażywających narkotyki do leczenia WZW typu C jest mały. Na stronie internetowej dostępny jest przegląd strategii oraz monografia naukowa na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, sporządzona przez EMCDDA (EMCDDA, 2003c; EMCDDA, 2004d) ([99]).

W większości państw należy polepszyć sytuację osób zażywających narkotyki odnośnie dostępu do leczenia zapalenia wątroby. Ponieważ sporządzenie wytycznych dotyczących metod leczniczych uważane jest za istotne narzędzie służące ukierunkowaniu dostępu do leczenia, EMCDDA przeprowadziło analizę wytycznych dotyczących leczenia WZW typu C w „starych» państwach członkowskich UE i Norwegii w latach 2003–2004 ([100]). Badanie wykazało, że wiele państw jest w trakcie przeprowadzania przeglądu ogólnokrajowych form pomocy, biorąc pod uwagę udoskonalone metody lecznicze oraz uzyskane w ten sposób dużo lepsze wyniki. W niektórych dokumentach omawiających nowe metody pomocnicze odniesiono się wyraźnie do badań naukowych, które potwierdzają istnienie korzyści dla osób zażywających narkotyki w przypadku udzielenia leczenia przez grupy interdyscyplinarne składające się ze specjalistów zapalenia wątroby i narkomanii.

Specjalne środki finansowe zostały udostępnione przez Światowy Fundusz do Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią (GFATM) celem zapewnienia leczenia antyretrowirusowego pacjentom z Estonii i państwa kandydującego – Bułgarii. Planowana liczba osób, które otrzymają leczenie antyretrowirusowe w Estonii wynosi 500, a w Bułgarii 200 (GFATM Secretariat, 2004 r.).

Nowe trendy w zakresie zapewniania świadczeń

Główne trendy dotyczące zapewniania niskoprogowych świadczeń dla osób zażywających narkotyki z początku skupiały się na wymianie igieł i strzykawek, a teraz obejmują posuniętą integrację z innymi świadczeniami zorientowanymi na utrzymanie osób uzależnionych przy życiu (na przykład schroniska, usługi zdrowotne i medyczne oraz rozszerzenie godzin przyjęć na godziny wieczorne, nocne oraz weekendy).

Przy zwiększającej się liczbie osób chaotycznie zażywających narkotyki przy małym zaangażowaniu jednostek kontaktowych holenderskie ośrodki antynarkotykowe używają „przyjacielskiej» perswazji, aby nakłonić zazwyczaj nieosiągalne osoby zażywające narkotyki do podjęcia leczenia. Podejście to, znane jako terapia ingerencyjna, umożliwia dostęp do zewnętrznej i asertywnej pomocy zdrowotnej tym osobom z grup ryzyka, które borykają się z licznymi problemami i które, bez względu na alarmującą sytuację poważnie zagrażającą ich jakości życia, nie korzystają z dostępnych ośrodków opieki zdrowotnej (Roeg et al., 2004 r.).

([98]) Patrz tabela 8 OL: Ceny powszechnie stosowanych rodzajów strzykawek (wraz z igłami) wyrażone w walucie euro.
([99]) Okienko 4 OL: Kluczowe zagadnienia związane z WZW typu C, obejmujące informacje z trzech najnowszych publikacji EMCDDA na temat WZW typu C.
([100]) Analiza wytycznych dotyczących leczenia WZW typu C w porównaniu z dostępnością leczenia dla osób zażywających narkotyki.

Kontakt z osobami zażywającymi oraz tymi, które znajdują się w grupie ryzyka, jest kluczowym elementem w procesie rozpowszechniania wiedzy dotyczącej zdrowia oraz w zapobieganiu uszczerbkom na zdrowiu związanym z zażywaniem narkotyków. Zostało to osiągnięte w dużym stopniu w Republice Czeskiej, gdzie dzięki rozbudowanej sieci 93 różnych ośrodków rozmieszczonych w całym kraju dotarto do ponad 22 000 osób z problemem narkotykowym w roku 2002, co stanowi ponad połowę szacunkowej populacji osób z problemem narkotykowym (sprawozdanie krajowe Republiki Czeskiej, 2003 r., str. 35).

Kilka innych państw doceniło rolę niskoprogowych świadczeń przeznaczonych dla osób z problemem narkotykowym jako podstawy umożliwiającej oferowanie minimalnej opieki medycznej, takiej jak leczenie ran oraz stanów ropnych, jak na przykład w Norwegii „polowe punkty opieki pielęgniarskiej". W Finlandii dzięki niskoprogowym świadczeniom medycznym, zwanym „ośrodkami doradztwa zdrowotnego", skutecznie przeprowadza się badania oraz kampanie szczepień. Jest to dosyć atrakcyjna możliwość uzyskania opieki medycznej nawet dla osób zażywających narkotyki, z którymi w inny sposób trudno jest nawiązać kontakt, a konfrontacja z personelem medycznym daje dodatkową szansę, poza programem wymiany igieł i strzykawek, na uzyskanie środków oraz skierowań na takie usługi jak badania i doradztwo HIV, opieka medyczna czy leczenie odwykowe (EMCDDA, 2004a).

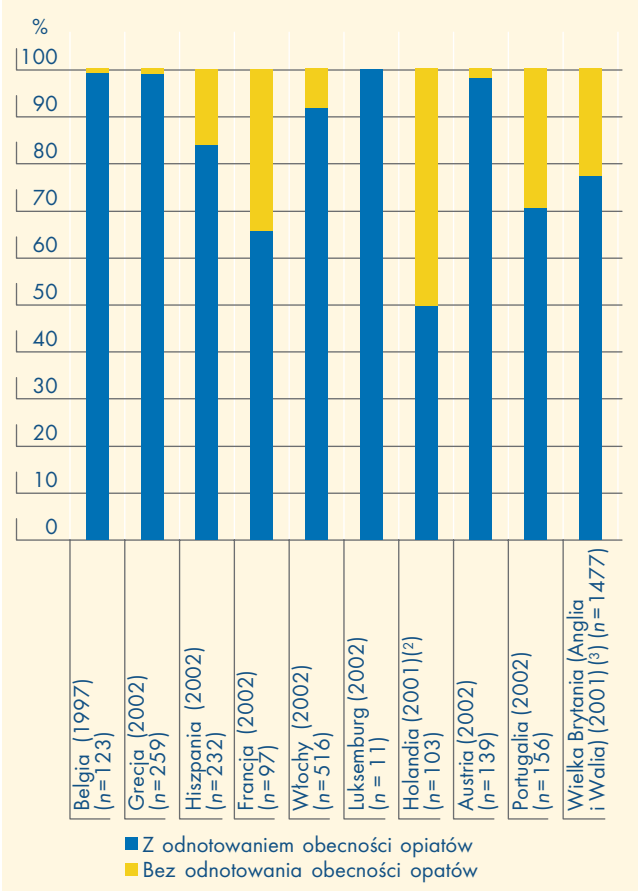
Zapotrzebowanie na niskoprogowe świadczenia jest większe w państwach, w których epidemia ma dłuższą historię i w których osoby zażywające od dłuższego czasu narkotyki przyjmowane w drodze iniekcji mają znaczące problemy zdrowotne oraz są bardziej odsunięte na margines i społecznie odrzucone. Ten rosnący zakres oferowanych świadczeń może również odzwierciedlać rosnącą zależność tej grupy osób od takich usług.

Zgony związane z zażywaniem narkotyków ([101])

Opiaty są obecne w większości przypadków „zgonów związanych z zażywaniem narkotyków" ([102]) ze względu na klasyfikację UE nielegalnych substancji, mimo że w czasie badań toksykologicznych identyfikowanych jest również wiele innych substancji (wykres 16) ([103]).

W latach 1995–2001 w państwach UE odnotowywano rocznie 8 000–9 000 zgonów spowodowanych przedawkowaniem ([104]). Liczby te mogą być rozpatrywane jako minimalne wartości szacunkowe, gdyż prawdopodobnie w większości państw rejestrowane dane są zaniżone. Większość ofiar przedawkowania to młodzi mężczyźni (70–93%) w wieku prawie 30 lub 30 lat, przy średniej wieku wynoszącej pomiędzy 31 a 40 lat. W większości państw UE wiek ofiar jest coraz bardziej zaawansowany, sugerując istnienie „efektu starzejącej się grupy" ([105]). W Finlandii oraz, w mniejszym zakresie, w Grecji i Wielkiej Brytanii trend ten nie jest wyraźny. Informacja ta zasługuje na szczególną uwagę, gdyż wskazuje ona na zwiększoną częstotliwość dożylnego zażywania narkotyków lub stosowania opiatów w ostatnich latach (wykres 17).

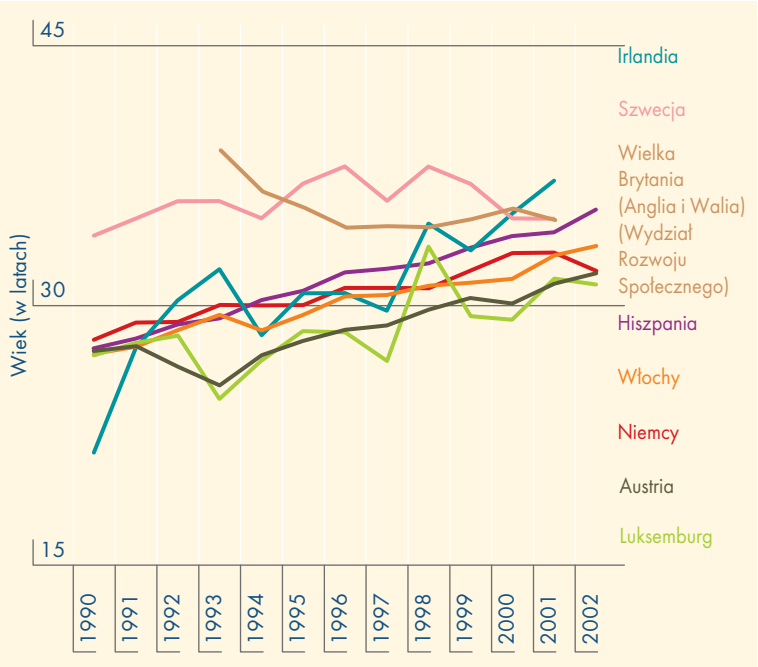
Wykres 16: Odsetek zgonów związanych z zażywaniem narkotyków, z odnotowaniem lub nie obecności opiatów, w niektórych krajach UE w latach 2001–2002 ([1])



([1]) Lub ostatni rok, dla którego dostępne są informacje.
([2]) W Holandii niektóre przypadki „braku obecności opiatów" odnoszą się do „innych i nieokreślonych środków odurzających" lub „innych i nieokreślonych psychodysleptyków", które mogą obejmować przypadki zażycia opiatów i zgony w wyniku zażycia kokainy.
([3]) W Wielkiej Brytanii dane toksykologiczne oparte są na np-SAD (St George's Hospital Medical School) na podstawie sprawozdań koronera. Ujęto przypadki z co najmniej jedną wzmianką o opioidach; może zachodzić nakładanie się danych i ogólny odsetek może być niższy.
Uwagi: W niektórych krajach krajowe definicje zgonów wynikających z zażywania narkotyków obejmują ograniczoną liczbę zgonów pośrednio związanych z zażywaniem narkotyków.
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, dane pochodzące z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (sądowych lub policyjnych). Dane opierają się na krajowych definicjach przedstawionych w uwagach metodologicznych pt. „Definicja nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w państwach członkowskich". Patrz także tabela 1: Zgony związane z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

([101]) W celu uzyskania większej ilości informacji na temat zgonów związanych z zażywaniem narkotyków, patrz „Drug-related deaths and mortality among drug users" w sprawozdaniu rocznym za ubiegły rok (EMCDDA, 2003b).
([102]) Patrz uwagi metodologiczne pt. „Zgony związane z zażywaniem narkotyków: definicja EMCDDA" w Biuletynie Statystycznym na rok 2004. Patrz protokół EMCDDA odnośnie zgonów związanych z zażywaniem narkotyków (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Patrz tabela 1: Zgony związane z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([104]) Patrz tabela 2: Zgony związane z zażywaniem narkotyków oraz tabela 3: Zgony związane z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([105]) Patrz wykres 10 OL: Wzrost liczby osób powyżej 35 roku życia wśród ofiar nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w państwach UE w latach od 1990 do 2001-2002.

Wykres 17: Średni wiek ofiar zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w niektórych krajach UE w latach 1990–2002



Uwagi: Wykres przedstawia kraje, które odnotowały średni wiek ofiar dla większości okresu badania.
Patrz także wykres 10 OL: Ewolucja odsetka osób w wieku ponad 35 lat wśród zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w krajach UE od roku 1990 do 2001–2002.
Informacje oparte na krajowych definicjach przedstawionych w uwagach metodologicznych na temat nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. W Anglii i Walii stosuje się „Definicję Strategii Antynarkotykowej" (Biuletyn Statystyczny na rok 2004).
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, dane pochodzące z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (sądowych lub policyjnych).

Różne państwa UE regularnie informują o obecności metadonu u ofiar zgonów związanych z zażywaniem narkotyków. Podobnie jak opiaty, metadon jest potencjalnie toksyczną substancją, niemniej badania jasno pokazują, że leczenie zastępcze ogranicza ryzyko zgonu z przedawkowania u uczestników programu leczenia. W kilku badaniach pokazano, że zgony z udziałem metadonu są prawdopodobnie wynikiem raczej nielegalnego niż medycznego stosowania, a inne wykazały podwyższone ryzyko śmierci w czasie początkowej fazy leczenia zachowawczego metadonem. Wyniki te sugerują konieczność stworzenia odpowiednich norm jakościowych dla programów leczenia zastępczego.

Trendy w zakresie nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków

Trendy dotyczące zgonów związanych z zażywaniem narkotyków różnią się w poszczególnych państwach, mimo że wyróżnić można kilka trendów wspólnych dla państw UE. Ogólny znaczący wzrost ilości zgonów związanych z zażywaniem narkotyków obserwowany był w latach 80-tych oraz we wczesnych latach 90-tych ([106]). W latach 1990–2000, pomimo spadku w niektórych państwach, ogólny trend wzrostowy utrzymywał się w dalszym ciągu, tylko że na niższym poziomie. W 2000 roku odnotowano 8 838 zgonów w porównaniu z 6 284 zgonami w roku 1990 (wzrost 40%).

W latach 2000 i 2001–2002 wiele państw UE odnotowało spadek liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków, a spadki te w niektórych przypadkach (Niemcy, Grecja, Irlandia, Włochy oraz Portugalia) z punktu widzenia statystyki były znaczne. Na terytorium UE zaobserwowano ogólny spadek pomiędzy rokiem 2000 (8 838 przypadków) a 2001 (8 306 przypadków), co stanowi umiarkowany, ale statystycznie istotny spadek (6%) (wykres 18) ([107]).

Można spodziewać się wzrostu ilości zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w nowych państwach członkowskich lub w państwach kandydujących. W chwili obecnej jakość informacji dotyczących zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w tych państwach jest niska, a zaobserwowane trendy należy interpretować z ostrożnością. W Estonii oraz Słowenii obecny jest trend wzrostowy, podczas gdy w Bułgarii oraz Republice Czeskiej nie zaobserwowano żadnego zauważalnego trendu.

Pomimo sprzyjających czynników, takich jak spadek rozpowszechnienia zażywania narkotyków drogą dożylną wśród osób zażywających opiaty w dużej ilości państw oraz wzrost dostępności leczenia, zaobserwowany w ostatnich dwóch latach spadek ilości zgonów związanych z zażywaniem narkotyków jest mały (w niektórych państwach nieobecny), a aktualne liczby pozostają na wysokim poziomie z perspektywy analizy długoterminowej.

Ogólny stopień śmiertelności wśród osób zażywających opiaty

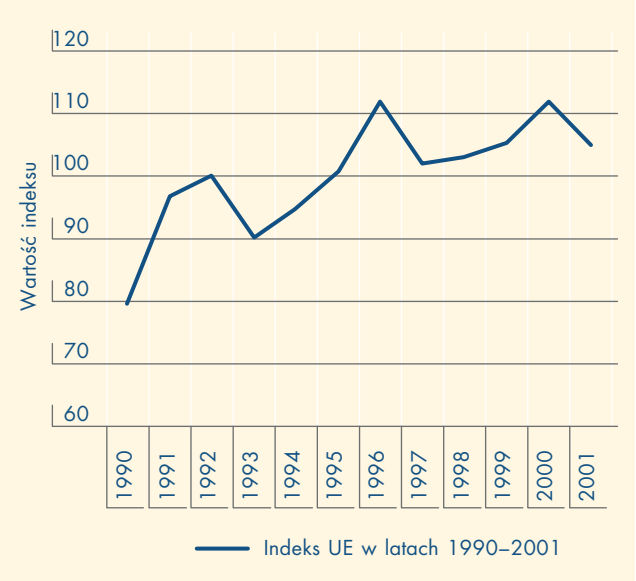
Badanie śmiertelności w różnych grupach wykazało, że śmiertelność wśród osób zażywających opiaty jest blisko 20 razy większa, niż w ogólnej populacji w danym wieku. EMCDDA koordynuje wspólny projekt badający śmiertelność w ośmiu krajach, a jego wstępne wyniki zostały zaprezentowane w poprzednich sprawozdaniach EMCDDA. Obecnie przeprowadza się dalsze analizy z uwzględnieniem grup pochodzących z Francji i Szkocji. Oczekuje się, że wyniki zostaną przedstawione w przyszłych sprawozdaniach rocznych.

Ograniczanie ilości zgonów związanych z zażywaniem narkotyków

Wiedza dotycząca społecznych i osobowych czynników ryzyka, zagrożeń dotyczących zgonów związanych z zażywaniem narkotyków oraz okoliczności, w jakich zgony te zazwyczaj występują (zwłaszcza śmiertelne przedawkowania heroiny) zwiększyła się od połowy lat 90-tych (np. Best et al., 2000 r.; 2001 r.; Origer i Delucci, 2002 r.), a wyniki badań wskazują na znaczny wpływ medycznego oraz edukacyjnego podejścia na ograniczenie liczby zgonów. Zmniejszenie liczby zgonów

([106]) Patrz wykres 11 OL: Długoterminowe trendy UE w zakresie nagłych zgonów związanych bezpośrednio z zażywaniem narkotyków (w latach 1985-2001).
([107]) Patrz również wykres 12 OL: Trendy w zakresie nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w różnych państwach UE oraz ogólnie w UE w latach 1985-2001. Odnośnie Wielkiej Brytanii patrz również „Uwagi metodologiczne dotyczące krajowych definicji zgonu związanego z zażywaniem narkotyków" (Biuletyn Statystyczny): „Definicja strategii antynarkotykowej" oraz „Tradycyjne definicje ONS". Definicja strategii antynarkotykowej dostarcza wartości szacunkowych blisko związanych ze standardową definicją europejską EMCDDA („Wybór B").

Wykres 18: Zmiany w liczbie nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków – UE i Norwegia razem, od 1990 do 2001 r. (zindeksowane do 100 dla średniej w okresie od 1999 do 2001 r.)



Uwagi: W związku z niewystarczającymi danymi, indeksu za rok 2002 nie policzono.
Indywidualne trendy krajowe przedstawiono w wykresie 11 OL. Dane dotyczące ilości przypadków dla danego kraju można znaleźć w tabeli 2 i tabeli 3: Zgony związane z zażywaniem narkotyków (Biuletyn Statystyczny na rok 2004).
Dla Wielkiej Brytanii wykorzystano dane Urzędu Statystyk Krajowych (ONS), ponieważ obejmują one dłuższy okres.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, dane pochodzące z krajowych rejestrów zgonów lub rejestrów specjalnych (sądowych lub policyjnych). Dane opierają się na krajowych definicjach przedstawionych w uwagach metodologicznych dotyczących definicji nagłych zgonów związanych z zażywaniem narkotyków" (Biuletyn Statystyczny na rok 2004).

z przedawkowania, które zaobserwowano w ostatnim czasie w kilku państwach (Francja, Hiszpania), przypisano wzrostowi dostępności do leczenia zastępczego (np. we Francji: sprawozdanie krajowe, 2002 r., 2003 r.), jak również zmianie w sposobie zażywania, związanej z ograniczeniem przyjmowania dożylnego (EMCDDA, 2004b).

Ograniczanie liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków jest celem ogólnoeuropejskim (strategia antynarkotykowa UE 2000–2004 Cel 2) i pojawia się w coraz to większej liczbie krajowych strategii antynarkotykowych w państwach członkowskich ([108]).

Rozpowszechnianie wśród osób zażywających narkotyki oraz w bliskim otoczeniu materiałów informacyjnych i edukacyjnych dotyczących zagrożeń wynikających z przedawkowania oraz ich kontroli (ulotki, plakaty, broszury lub nagrania wideo) jest powszechną praktyką stosowaną w większości starych państw członkowskich, niemniej nie stanowi działań zwyczajowych w nowych państwach. Kilka państw informuje o innych opartych na dowodach działaniach, takich jak działania interwencyjne ze strony innych osób zażywających narkotyki w przypadku nagłych wypadków spowodowanych zażyciem oraz zachęcanie do wzywania pogotowia osób zażywających narkotyki, które mogły być świadkami przedawkowania. Niemniej w dalszym ciągu brak jest systematycznej wiedzy na temat poziomu zapewniania takich sesji informacyjnych. Rozprowadzanie wśród osób zażywających narkotyki antagonisty opiatów (naloksonu) jest jednym z podejmowanych lub rozpatrywanych środków w kilku innych państwach celem ograniczenia liczby zgonów z przedawkowania ([109]) (EMCDDA, 2003a).

W niektórych państwach w miejscach zwyczajowego handlu narkotykami umieszczono miejsca nadzorowanego zażywania narkotyków dla osób bezdomnych, które narażone są na wysokie ryzyko przedawkowania. Takie ośrodki istnieją w Niemczech, Hiszpanii i Holandii oraz są przygotowywane w Luksemburgu, Słowenii oraz Norwegii. Pod warunkiem udostępnienia wystarczającej liczby takich pomieszczeń mogą one pomóc w ograniczeniu liczby zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w danym mieście.

W Austrii na oddziałach pogotowia ratunkowego uruchomiono projekt skierowany do osób zażywających, które często mają problem z zażyciem zbyt wysokiej dawki ([110]).

Pomieszczenia do konsumpcji narkotyków

„Pomieszczenia do konsumpcji narkotyków", w którym osobom zażywającym narkotyki od dłuższego czasu pozwala się spożywać narkotyki w warunkach higienicznych, pod nadzorem wykwalifikowanego personelu i bez obawy zaaresztowania, działają w trzydziestu dziewięciu miastach europejskich. *„Europejskie sprawozdanie na temat pomieszczeń do konsumpcji"* (EMCDDA, 2004a) wyjaśnia, czym są pomieszczenia do konsumpcji narkotyków i dlaczego powstały, dla jakich grup docelowych są przeznaczone, jakim konkretnym celom mają służyć i jak funkcjonują. W sprawozdaniu znajduje się również podsumowanie dostępnych dowodów.

Jako że jest to usługa wysoko wyspecjalizowana, zintegrowana z ogólną siecią usług skierowanych do osób zażywających narkotyki, pomieszczenia do konsumpcji narkotyków opierają się na jednomyślności i aktywnej współpracy pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia, policją, władzami lokalnymi oraz lokalnymi społecznościami. Sprawozdanie pokazuje, że przyczyniają się one do nawiązania kontaktów z niezwykle problematyczną grupą osób zażywających narkotyki oraz do propagowania ich dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, czy ośrodków opieki społecznej i leczniczych, czego tak potrzebują. Poprzez umożliwienie dostępu do czystych strzykawek oraz zażywania narkotyków pod nadzorem zmniejsza się ryzyko zachorowalności i zgonu, jak również naruszenia porządku z powodu zażywania w miejscach publicznych.

([108]) Patrz tabela 8 OL: Strategie oraz wybrane środki ograniczania zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w 25 państwach członkowskich i Norwegii.
([109]) Ibid.
([110]) Patrz link do projektu austriackiego oddziału EDDRA w bazie danych EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Rozdział 7

Leczenie – dostosowanie się do potrzeb osób borykających się z problemami

Wiele osób, u których rozwinęły się problemy związane z zażywaniem narkotyków, może skorzystać z możliwości skontaktowania się z ośrodkiem terapeutycznym. W całej Wspólnocie Europejskiej dostępne jest całe spektrum różnych metod terapeutycznych odzwierciedlających zarówno ich kontekst narodowy, jak i historyczny, jak również odmienną charakterystykę populacji wymagającej pomocy. Elementy te zostały podsumowane poniżej. Dostępność leczenia jest różna w poszczególnych państwach i jest generalnie słabiej rozwinięta w nowych państwach członkowskich. Niemniej ogólnie wydaje się, że ma miejsce coraz więcej inwestycji w zwiększanie możliwości tego sektora przy widocznych oznakach poprawy w zakresie opcji dostępnych dla osób dotkniętych problemem narkotykowym.

Nowym elementem rozwoju w tym zakresie jest wykorzystywanie potencjału komunikacyjnego nowych technologii informacyjnych celem ulepszenia usług dostępnych dla osób zażywających narkotyki. Znaczącą uwagę skierowano na rolę internetu w informowaniu o nielegalnym zażywaniu narkotyków. Pozytywnym stwierdzeniem jest więc odnotowanie, że niektóre państwa, takie jak Holandia oraz Finlandia, podjęły inicjatywy w zakresie spenetrowania możliwości tego medium w celu ulepszania dostępnych informacji i możliwości opieki. Podjęte działania obejmują wykorzystywanie łączy komunikacji bezpośredniej, jakiej dostarczają poczta elektroniczna i telefony komórkowe oraz sprawdzenie, w jakim stopniu doradztwo internetowe oraz usługi SMS (tekstowe) mogą przynieść korzyści osobom zażywającym narkotyki.

W całej UE widoczny jest ogólny trend, polegający na przeniesieniu leczenia odwykowego ze szpitali do ośrodków terapeutycznych usytuowanych w obiektach społecznych. Rozwój ten jest mniej widoczny w nowych państwach członkowskich, gdzie szpitale psychiatryczne pozostają głównymi dostawcami usług terapeutycznych (Estonia, Łotwa Litwa, Słowenia). Ale stan ten ulega zmianie w niektórych państwach, na przykład w Republice Czeskiej opieka zapewniana jest w szpitalach i obiektach społecznych.

Charakterystyka usług terapeutycznych

Leczenie niefarmakologiczne

Leczenie niefarmakologiczne obejmuje stosowanie technik psychospołecznych oraz edukacyjnych w celu osiągnięcia długoterminowej abstynencji od narkotyków. Tradycyjnie leczenie niefarmakologiczne miało charakter stacjonarny i długookresowy (np. wspólnoty terapeutyczne). Obecnie również często odbywa się w ośrodkach. Leki mogą być podawane w celu złagodzenia objawów odstawienia. Ogranicza się je z reguły do leków przeciwdepresyjnych i/lub benzodiazepin, chociaż w niektórych wspólnotach terapeutycznych takie leki nie są udostępniane ([111]).

Ponieważ leczenie farmakologiczne jest z reguły dostępne jedynie dla osób zażywających opioidy, niektóre formy leczenia niefarmakologicznego są zazwyczaj jedyną możliwością terapeutyczną dostępną dla osób dotkniętych problemem związanym z narkotykami nieopioidowymi.

Leczenie farmakologicznie

Leczenie farmakologiczne uzależnienia od narkotyków obejmuje terapię zastępczą lekami współdziałającymi oraz leczenie z wykorzystaniem antagonistów. Zazwyczaj w takim rodzaju interwencji farmakologicznej wykorzystuje się naltrekson (antagonista) lub jeden z poniższych agonistów opiatów: metadon, buprenorfina, dwuhydrokodeina, heroina, morfina o powolnym uwalnianiu.

Metadon w dalszym ciągu jest najczęściej przepisywanym lekiem zastępczym w rozszerzonej UE. Niemniej w ostatnich latach pojawiło się więcej możliwości terapeutycznych. Do roku 2002 wszystkie państwa byłej Piętnastki, z wyjątkiem Holandii i Irlandii (gdzie buprenorfiny używa się jedynie do detoksykacji) ([112]), informowały o stosowaniu buprenorfiny. Inne leki zastępcze, takie jak dwuhydrokodeina (Belgia, Niemcy, Luksemburg, Austria), morfina o powolnym uwalnianiu (Austria) oraz heroina (Niemcy, Hiszpania, Holandia oraz Wielka Brytania) stosowane są rzadziej lub jako element eksperymentu medycznego (Springer, 2003a) ([113]).

Jeśli chodzi o dane ogólne, leczenie zastępcze stało się w UE, gdzie 400 000 osób otrzymuje tego typu leczenie, najbardziej powszechnie dostępną formą specjalistycznego leczenia odwykowego dla osób zażywających opiaty. Niemniej, z wyjątkiem Słowenii, ta forma działań

([111]) Patrz wykres 13 OL: Formy hospitalizacji niefarmakologicznej.
([112]) W Irlandii buprenorfina stosowana jest jedynie w leczeniu symptomów odstawienia.
([113]) Patrz tabela 9 OL: Stosowane leki zastępcze w państwach członkowskich UE.

interwencyjnych jest mniej dostępna w nowych państwach członkowskich UE, gdzie dominują formy leczenia niefarmakologicznego ([114]).

Dostępność oraz kryteria przyjmowania na leczenie zastępcze

Trendy zmierzające do wyznaczenia mniej restrykcyjnych kryteriów przyjmowania na leczenie zastępcze utrzymują się. Tradycyjnie kryteria przyjmowania były często bardzo wybiórcze, ograniczając dostępność takiego leczenia do osób szczególnie długo dotkniętych problemem narkotykowym. Dzisiaj przyjęcie na leczenie zastępcze ogólnie ogranicza się do osób w wieku od 18 lat wzwyż, deklarujących w wywiadzie jeden do dwóch lat problemowego zażywania narkotyków (np. Belgia, Irlandia, Holandia). Większość nowych państw członkowskich informuje o wyższych pułapach wiekowych, np. minimalny wiek wynosi 20 lat, a czas zażywania co najmniej pięć lat (np. Estonia i Łotwa). Niemniej w Słowenii zezwala się osobom z problemem narkotykowym na udział w leczeniu zastępczym od 16 roku życia. Względnie surowe kryteria kwalifikacji zaobserwowano również w Grecji, Finlandii, Szwecji oraz Norwegii, gdzie minimalny wiek kwalifikujący do leczenia waha się od 20 do 25 lat oraz wymagany jest 4–5 letni okres problemowego zażywania narkotyku.

Mimo wzrostu dostępności leczenia zastępczego wiele państw informuje, że zapotrzebowanie w dalszym ciągu przekracza możliwości zapewnienia terapii. Dlatego też w Belgii, Republice Czeskiej, Grecji, Estonii, na Węgrzech, w Irlandii, Szwecji oraz Norwegii sporządza się listy oczekujących na leczenie. Dostępność może być również ograniczana poprzez sposób zarządzania leczeniem odwykowym, jak na przykład na Litwie, gdzie pacjenci muszą płacić za leczenie, co zmniejsza ilość osób korzystających z tego typu świadczeń.

Wprowadzenie leczenia zastępczego

Istnieją znaczące różnice pomiędzy państwami członkowskimi w zakresie momentu wprowadzania leczenia zastępczego. Niektóre państwa członkowskie wprowadziły programy zastępczego leczenia metadonem wiele lat temu, w późnych latach 60-tych, bądź na początku lat 70-tych, podczas gdy inne państwa nie wdrożyły tej formy leczenia na szeroką skalę do lat 90-tych (Belgia, Grecja, Francja, Norwegia). Leczenie zastępcze jest względnie nowym rozwiązaniem w większości nowych państw członkowskich, przy czym większość z tych państw uruchomiła programy leczenia zastępczego w latach 90-tych, natomiast Estonia pierwszy program uruchomiła dopiero w 2001 roku. Jedynym wyjątkiem jest Słowenia, która ustanowiła programy leczenia zastępczego w roku 1990 ([115]).

Wsparcie psychospołeczne w leczeniu zastępczym

Mimo że powszechnie wiadomo, iż leczeniu zastępczemu powinno towarzyszyć wsparcie psychospołeczne, takie postępowanie nie stanowi niestety rutynowego składnika leczenia. W Republice Czeskiej, Niemczech oraz Holandii niedobór środków nie pozwala na zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychospołecznego. Natomiast w Norwegii, mimo że teoretycznie każdemu pacjentowi uczestniczącemu w leczeniu zastępczym powinien zostać przydzielony konsultant społeczny, w praktyce nie zawsze istnieją wystarczające środki do osiągnięcia tego celu. Jedno z duńskich badań ujawniło, że pacjenci przyjmujący metadon, a nie otrzymujący wsparcia psychospołecznego, stosowali drugi lek dużo częściej niż osoby, które takie wsparcie otrzymały. Dalsze badania skupiają się obecnie na wyjaśnieniu, czy rozbudowanie wsparcia psychospołecznego może poprawić wyniki leczenia (Pedersen, 2001 r.). Irlandzki Wydział Lekarzy Ogólnych zatwierdził wytyczne dotyczące leczenia zastępczego opartego na dowodach (2003 r.), podkreślając konieczność uwzględnienia w nim elementu psychospołecznego.

Niemniej przydatność wsparcia psychospołecznego zależna jest również od nastawienia pacjenta do takiej opcji terapii. W Grecji odnotowano, że pacjenci uczestniczący w programach leczenia metadonem korzystają często z doradztwa psychospołecznego, podczas gdy na Łotwie tylko kilku pacjentów wykazywało chęć korzystania z takiej formy działań interwencyjnych.

Gwarancja jakości

Zapewnianie jakości leczenia może zostać zdefiniowane jako „systematyczne próby monitorowania, dokumentacji oraz poprawiania jakości dostarczanych usług". W UE ogólnie uznaje się pięć mechanizmów zapewniania jakości: tj. akredytacja świadczeń terapeutycznych, normy leczenia, szkolenie personelu, monitorowanie pacjentów oraz wyników i wreszcie ocena liczby pacjentów wracających na leczenie, wyników, zadowolenia, wypisów itp. (wykres 19).

Nowe rozwiązania dotyczące zapewniania jakości usług leczenia odwykowego dotyczą włączenia gwarantowania jakości do krajowych strategii antynarkotykowych (Grecja, Hiszpania, Francja, Irlandia, Szwecja) lub określenia minimalnych wymagań dla takich usług (Belgia, Republika Czeska, Niemcy, Holandia, Polska, Słowenia oraz Wielka Brytania). Akredytacja usług leczniczych jest gwarancją jakości w wielu państwach (Niemcy, Hiszpania, Francja, Irlandia, Luksemburg, Holandia, Polska, Portugalia oraz Wielka Brytania), mimo że niektóre państwa przyznają, iż konieczne jest prowadzenie dalszych prac wdrożeniowych (Republika Czeska, Holandia). Wiele państw donosi o wzmożonym szkoleniu personelu, mimo że obecny zakres szkoleń oraz stopień ich dostępności nie zawsze jest monitorowany. Systematyczna, prowadzona na wielką skalę ocena usług związanych z leczeniem odwykowym jest względnie rzadka i przeprowadza się ją jedynie w Danii, we Włoszech, na Łotwie, w Luksemburgu, Polsce, Wielkiej Brytanii oraz Norwegii.

([114]) Patrz wykres 14 OL: Przewaga leczenia zastępczego czy leczenia niefarmakologicznego dla osób zażywających opiaty.
([115]) Patrz wykres 15 OL: Wprowadzenie leczenia metadonem w UE.

Integracja społeczna

Istnieją trzy filary integracji społecznej: (1) warunki mieszkaniowe, (2) wykształcenie oraz (3) zatrudnienie i szkolenia zawodowe. Warunki mieszkaniowe stanowią zasadniczy warunek stabilnego życia, dlatego też celem działań interwencyjnych jest zapewnienie osobom zażywającym narkotyki (dawniej lub obecnie) miejsca do życia i/lub ułatwienie pod względem finansowym wynajęcia mieszkania. Większość osób zażywających narkotyki otrzymała względnie niewielkie wykształcenie powszechne i mogłaby skorzystać na poprawieniu umiejętności czytania i pisania, liczenia i innych umiejętności. Wreszcie inicjatywy związane z zatrudnieniem oraz szkoleniami zawodowymi mają na celu osiągnięcie społecznej niezależności przez pacjenta poprzez jego włączenie w rynek pracy dzięki znalezieniu lub nawet dotowaniu miejsca pracy lub dzięki poddaniu szkoleniu w specyficznym zawodzie.

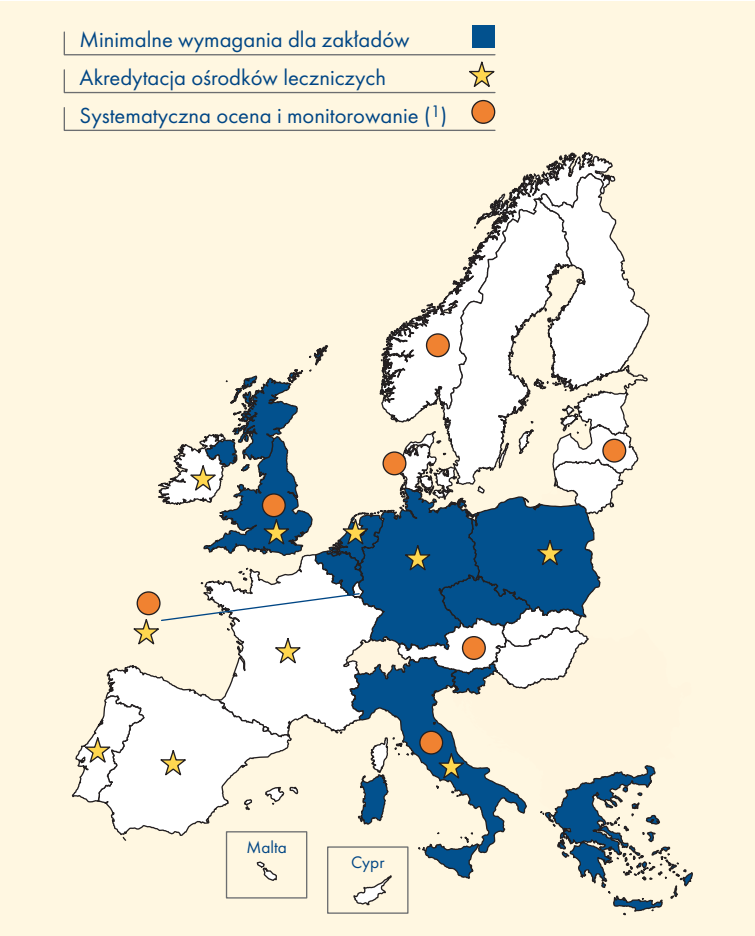
Resocjalizacja jest mniej ugruntowaną odpowiedzią na problemowe zażywanie narkotyków niż leczenie i w rezultacie monitorowanie oraz raportowanie w tej dziedzinie jest również bardziej niejednolite. Niektóre państwa członkowskie informują, że ta metoda wymaga większej uwagi oraz zaplecza finansowego (Niemcy, Estonia, Finlandia). Niemniej w niektórych państwach powtórna integracja społeczna zyskuje rosnące zainteresowanie polityczne poprzez włączenie jej do krajowych strategii antynarkotykowych oraz w postaci wparcia finansowego (Grecja, Irlandia, Anglia i Walia) ([116]).

Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie

Informacje dotyczące liczby osób ubiegających się o leczenie z powodu problemu narkotykowego zapewniają lepsze zrozumienie ogólnych trendów w zakresie problemowego zażywania narkotyków oraz nakreślają perspektywę dotyczącą organizacji oraz orientacji jednostek zajmujących się leczeniem w Europie. Określony przez EMCDDA wskaźnik zapotrzebowania na leczenie (TDI) dostarcza jednolitej metody pozwalającej na podanie liczby oraz charakterystyki pacjentów skierowanych do ośrodków zajmujących się leczeniem odwykowym. Mimo że dane uzyskane za pomocą wskaźnika TDI można uznać za w miarę wiarygodny oraz użyteczny obraz charakterystyki pacjentów skierowanych do specjalistycznych ośrodków odwykowych, z wielu powodów technicznych należy zachować ostrożność w odnoszeniu tych wyników do wszystkich pacjentów poddanych tego typu świadczeniom.

Ogólny obraz uzyskany na podstawie najświeższych danych TDI oraz sprawozdań krajowych w dalszym ciągu odzwierciedla trend odnotowywany w ostatnich latach, tzn. wzrost całkowitej liczby osób korzystających z usług terapeutycznych. Pomimo ogólnego wzrostu liczby osób poddających się leczeniu, liczba nowych wniosków o leczenie, to jest składanych przez osoby, które zostaną poddane leczeniu po raz pierwszy, wydaje się dosyć

Wykres 19: Gwarancja jakości w leczeniu uzależnień narkotykowych



(1) Centralnie sterowany rejestr lub baza danych umożliwiająca śledzenie losów pacjentów i/lub obecność leczenia.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox.

stabilna ([117]). Wzrost ogólnego zapotrzebowania może zostać wyjaśniony poprzez zestawienie czynników, obejmujących w szczególności poprawę w zakresie systemu raportowania oraz niewielkie zwiększenie dostępności leczenia ([118]).

Charakterystyka osób ubiegających się o leczenie odwykowe

Zarówno ośrodki antynarkotykowe, jak i ich pacjenci wydają się skupiać na terenach śródmiejskich i miejskich, gdzie problem narkotykowy pojawia się w połączeniu ze spektrum problemów społecznych oraz zdrowotnych, które są bardziej powszechne w społecznościach zmarginalizowanych i znajdujących się w niekorzystnej sytuacji.

Większość pacjentów uczestniczy w specjalistycznych terapiach odwykowych w wieku 20–30 lat, przy czym średnia wieku osób poddających się leczeniu po raz pierwszy wynosi niewiele poniżej 26 roku życia. Niemniej

([116]) Patrz wykres 16 OL: Przegląd metod gwarantujących resocjalizację.
([117]) Patrz wykres 17 OL: Liczba pacjentów uczestniczących w leczeniu odwykowym po raz pierwszy w niektórych państwach członkowskich UE.
([118]) Patrz tabela 1: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie i tabela 2: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

rozkład wiekowy zaobserwowany w danych pochodzących z całej Europy nie jest jednolity, a wartości krańcowe to powyżej 39 roku życia oraz poniżej 20 roku życia. Główną przyczyną takiego stanu jest fakt, że rozkład wieku odzwierciedla zjawisko, według którego osoby problemowo zażywające opiaty oraz kokainę wydają się być starsze niż podana średnia wiekowa, podczas gdy osoby wymagające leczenia w przypadku stosowania pochodnych konopi oraz leków pobudzających innych niż kokaina są z reguły młodsze ([119]). W ten sposób w państwach, w których zaobserwowano znaczący wzrost liczby osób kierowanych na leczenie w powodu problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi, takich jak Dania, Niemcy oraz Finlandia, większość pacjentów jest z reguły młodsza niż w państwach takich jak Grecja, Hiszpania oraz Holandia, gdzie przeważają problemy związane z heroiną czy kokainą. Historyczny rozwój problemu narkomanii również odgrywa rolę w określaniu wieku populacji osób leczonych. Na przykład w Finlandii osoby te są względnie młode, co odzwierciedla fakt, że problem narkotykowy jest względnie nowym zjawiskiem. Podobnych wyników można spodziewać się dla nowych państw członkowskich, gdzie, tak jak powiedziano wcześniej, problemy narkotykowe są często względnie nowym zjawiskiem pod względem historycznym, mimo że wśród osób ubiegających się o leczenie odwykowe w większej części przeważa problemowe zażywanie heroiny ([120]).

Mimo że we wszystkich państwach europejskich wśród osób zażywających narkotyki przeważają mężczyźni, stosunek mężczyzn do kobiet różni się znacząco dla poszczególnych państw, wahając się w przedziale od 3:1 do 6:1. Różnice pomiędzy państwami odzwierciedlają natomiast różnice w typach problemu narkotykowego i różnice regionalne (najwyższy odsetek kobiet zażywających narkotyki zaobserwowano w państwach Europy północnej oraz w nowych państwach członkowskich) oraz różny wiek zażywających.

Warto zauważyć, że większość osób ubiegających się o leczenie z uzależnienia od heroiny, kokainy, środków nasennych i uspokajających zażywa te środki codziennie, podczas gdy częstość zażywania innych narkotyków jest mniejsza. Kwestię tę przedstawiono bardziej szczegółowo w „Zagadnieniach wybranych" („Zarys problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi",str. 82).

Większość pacjentów poddawanych terapii deklaruje rozpoczęcie zażywania narkotyku w okresie dojrzewania, najczęściej pomiędzy 15 a 19 rokiem życia. Niemniej znaczące różnice zaobserwowano względem pierwszego zażycia heroiny oraz kokainy, gdzie 20–30% pacjentów rozpoczęło ich zażywanie w wieku 25 lat lub później ([121]).

Demografia społeczna

Dane demograficzne sugerują, że pacjenci uczestniczący w leczeniu zazwyczaj należą do grupy osób niewspółmiernie pokrzywdzonych społecznie i ekonomicznie. Więcej niż połowa pacjentów nie uzyskała wykształcenia średniego ([122]). Odsetek osób bez regularnego zatrudnienia jest wysoki w porównaniu z ogólną stopą bezrobocia. W niektórych państwach więcej niż połowę osób zażywających narkotyki w trakcie leczenia stanowili bezrobotni ([123]). Warunki mieszkaniowe są często również niepewne. Około 15% osób poddawanych leczeniu mieszka w ośrodkach pomocy społecznej lub często zmienia miejsce zamieszkania ([124]). Ponadto należy pamiętać, że bezdomność sama w sobie może ograniczać zdolność jednostek do skorzystania z leczenia oraz że bezdomność może pogłębiać zarówno problem narkotykowy, jak i jego konsekwencje (EMCDDA, 2003b, str. 65).

Wśród pacjentów mieszkających w stałym miejscu zamieszkania jedna trzecia mieszka sama, jedna trzecia z rodzicami, a pozostała grupa z partnerem lub innymi osobami. Ponad 10% mieszka z dziećmi. Dowody wskazują, że dzieci osób zażywających narkotyki mogą być narażone na szereg problemów. Problemy narkotykowe niezmiernie utrudniają sprawowanie opieki rodzicielskiej (Murphy-Lawless, 2002 r.).

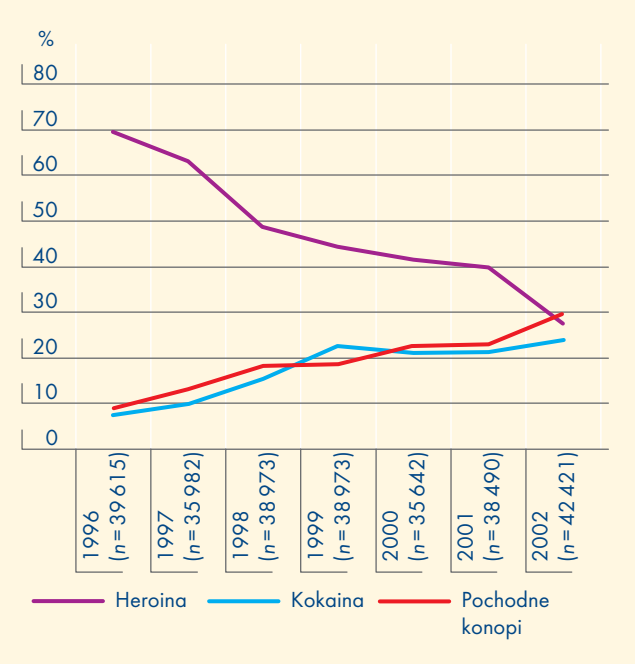
Zażywane narkotyki

Za pomocą wskaźnika zapotrzebowania na leczenie odnotowuje się zarówno główny narkotyk, będący przyczyną ubiegania się o leczenie, jak i drugorzędną stosowaną substancję, jeśli taka występuje. Trzema substancjami najczęściej odnotowywanymi jako główna lub drugorzędna przyczyna terapii są opiaty, kokaina oraz pochodne konopi (wykres 20).

Wyraźne wskazanie narkotyków, które są odpowiedzialne w poszczególnych przypadkach za ubieganie się o leczenie odwykowe, jest skomplikowane faktem, iż osoby zażywające narkotyki często zażywają wiele różnych substancji psychoaktywnych. Częstokroć trudno jest zidentyfikować w jakim zakresie problemy danej osoby wiążą się z jedną substancją w szczególności. We wszystkich państwach zażywanie wielu narkotyków jednocześnie jest częste wśród pacjentów poddawanych leczeniu i waha się pomiędzy 40% a 80% ogółu pacjentów deklarujących zażywanie przynajmniej jednego dodatkowego narkotyku drugorzędnego. Dla wielu osób zażywanie wielu narkotyków jednocześnie jestczęste, a współistniejące problemy alkoholowe jeszcze bardziej komplikują leczenie. Niepokojącym faktem jest to, że w wielu państwach liczba osób, u których stwierdzono

([119]) Patrz tabela 5: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([120]) Patrz tabela 4: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([121]) Patrz wykres 18 OL: Wiek pierwszego zażyciu narkotyku wg głównego narkotyku i tabela 5: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([122]) Patrz wykres 19 OL: Wszyscy pacjenci wg wykształcenia i tabela 6: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([123]) Patrz wykres 20 OL: Wszyscy pacjenci, wg pozycji na rynku pracy i tabela 7: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([124]) Patrz wykres 21 OL: Warunki życia (gdzie) wszystkich pacjentów oraz warunki życia (z kim) wszystkich pacjentów.

Wykres 20: Liczba nowych pacjentów uczestniczących w leczeniu uzależnień narkotykowych, którzy jako główny narkotyk zgłaszają heroinę, kokainę i pochodne konopi, 1996–2002 r.



Uwagi: Kraje, które dostarczają dane corocznie: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI i SE (przy czym brak danych dla FI za okres 1996–1997 i dla SE za rok 2000).
Liczby podane przez kraje sumuje się dla każdego roku.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

problem związany z zażywaniem wielu różnych substancji jednocześnie, wydaje się rosnąć.

Opiaty

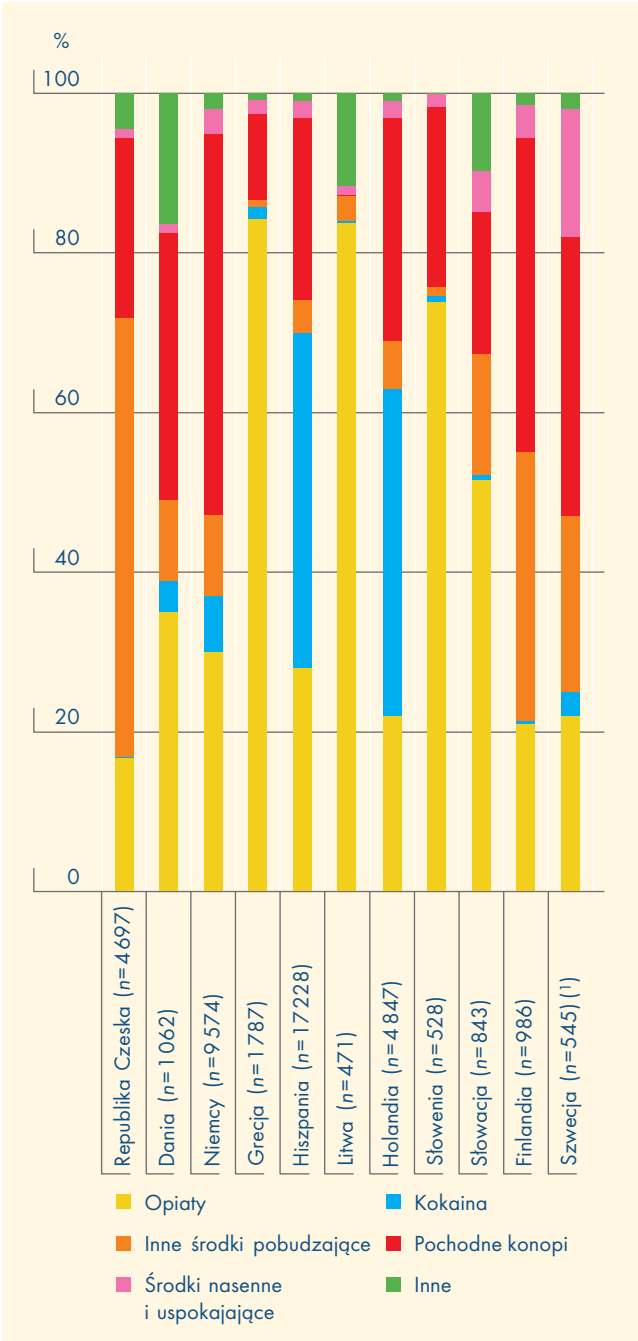
W większości państw opiaty (głównie heroina) są głównymi narkotykami, z przyczyny których pacjenci ubiegają się o leczenie i z reguły wnioski te stanowią od 40% do 90% wszystkich wniosków o leczenie. Niemniej państwa UE można dowolnie podzielić na trzy grupy w zależności od stopnia, w jakim populacja osób poddawanych leczeniu nasycona jest osobami mającymi problem heroinowy:

- poniżej 40% – Republika Czeska, Węgry, Finlandia, Szwecja;
- 40–70% – Dania, Niemcy, Hiszpania, Holandia, Słowacja;
- ponad 70% – Grecja, Włochy, Litwa, Luksemburg, Słowenia, Wielka Brytania.

Pochodne konopi

Pochodne konopi stanowią w uogólnieniu drugi najczęściej odnotowywany narkotyk w sprawozdaniach dotyczących osób poddawanych leczeniu. Dotyczy to głównie nowych pacjentów (wykres 21), z których blisko jedna czwarta (29,5%) została zarejestrowana jako osoby mające głównie problem z zażywaniem pochodnych konopi. Odsetek osób ubiegających się o leczenie z uzależnienia od pochodnych konopi jest bardzo różny w poszczególnych państwach ([125]). Zapotrzebowanie na leczenie z powodu uzależnienia od pochodnych konopi omówiono szczegółowo w innej części (str. 82) niniejszego sprawozdania.

Wykres 21: Nowi pacjenci uczestniczący w leczeniu uzależnień narkotykowych w roku 2002: klasyfikacja wg różnych narkotyków głównych



Uwagi: Całkowita liczba przypadków: 42 568.
(1) Jylko Leczenie pozaszpitalne.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

([125]) Patrz tabela 10: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie i tabela 11: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

Kokaina

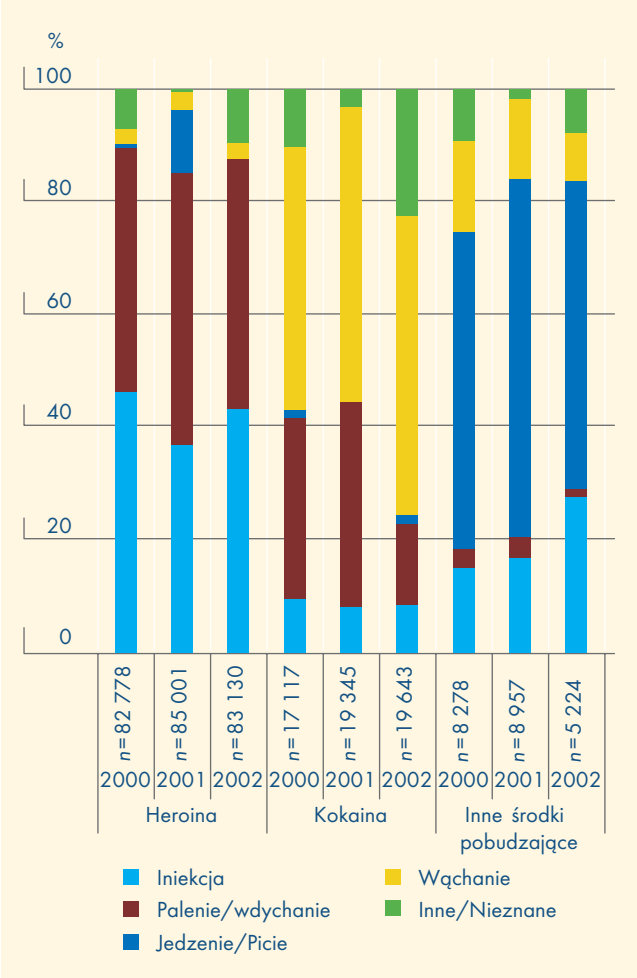
Kokaina jest trzecim najbardziej powszechnym narkotykiem deklarowanym przez osoby poddające się leczeniu odwykowemu, niemniej widoczne są znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi państwami. Na przykład zapotrzebowanie związane z zażywaniem kokainy jest niezmiernie niskie lub nawet prawie nieobecne w nowych państwach członkowskich. W większości innych państw kokaina, jako główny narkotyk, obejmuje mniej niż 10% całkowitego zapotrzebowania na leczenie, mimo że odsetek jest wyższy (na poziomie 25%) wśród nowych pacjentów.

Poniżej 8% pacjentów poszukujących możliwości leczenia z uzależnienia od kokainy deklarowało zażywanie jej za pomocą igły jako typowej drogi podawania.

Inne środki pobudzające

Środki pobudzające inne niż kokaina rzadko odnotowywane są jako pierwotna przyczyna uczestniczenia w leczeniu odwykowym, z wyjątkiem Republiki Czeskiej, Finlandii oraz Szwecji, gdzie obejmują one od jednej czwartej do ponad połowy wszystkich wniosków o leczenie. W Republice Czeskiej ponad 50% zarejestrowanych podań o leczenie odnosi się do pierwotnego uzależnienia od metamfetaminy. Gdzie indziej zażywanie narkotyków pobudzających będące przyczyną uczestniczenia w leczeniu jest mniej powszechne, niemniej deklarowane przez blisko 10% osób poddających się leczeniu na Słowacji, 7% w Niemczech oraz 6% w Danii i 5% na Węgrzech. We wszystkich innych państwach odsetek ten jest nawet mniejszy. Dane z roku 2002 również ujawniły wzrost liczby osób zażywających substancje pobudzające, które deklarowały dożylne ich zażywanie, z 14% w 2000 roku do 27% w roku 2002, mimo że grupa ta pozostaje względnie niewielka w stosunku do danych ogólnych (wykres 22).

Wykres 22: Drogi podania heroiny, kokainy i innych środków pobudzających u osób uczestniczących w leczeniu pozaszpitalnym: 2000–2002 r.



Uwagi: Dane dostępne dla DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE oraz UK (brak danych za rok 2002 dla Irlandii).
Podano liczby podstawowe ogólnej liczby dróg podania.
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox (2001 r., 2002 r., 2003 r.); dane wg wskaźnika zapotrzebowania na leczenie (2000 r., 2001 r., 2002 r.) z ośrodków leczenia pozaszpitalnego.

Rozdział 8

Przestępczość oraz zagadnienia związane z więziennictwem

Przestępstwa związane z narkotykami

Przestępstwa związane z narkotykami można rozpatrywać w czterech następujących kategoriach:

- *Przestępstwa psychofarmakologiczne:* przestępstwa popełniane pod wpływem substancji psychoaktywnej.
- *Kompulsywne przestępstwa o charakterze ekonomicznym:* przestępstwa popełniane w celu zdobycia pieniędzy (lub narkotyków) dla zaspokojenia głodu narkotykowego.
- *Przestępstwa o charakterze ogólnym:* przestępstwa popełniane w obrębie funkcjonowania rynku narkotyków nielegalnych jako część interesów związanych z dystrybucją oraz zaopatrzeniem.
- *Przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu:* przestępstwa popełnione przeciwko przepisom antynarkotykowym (oraz innym pochodnym).

Dane dotyczące pierwszych trzech kategorii przestępstw są rzadkie w UE, a te które są dostępne pochodzą z prowadzonych doraźnie badań lokalnych, które ogólnie nie są prowadzone rutynowo i trudno z nich wyciągać wnioski.

„Zgłoszenia" ([126]) przestępstw przeciwko prawu narkotykowemu (zażywanie, posiadanie, dystrybucja, handel itp.) odzwierciedlają różnice krajowych przepisów prawa, ale również różne sposoby stosowania i wprowadzania tych przepisów oraz różnice w wyznaczonych priorytetach i środkach przeznaczanych przez instytucje prawa karnego na wykrywanie poszczególnych przestępstw. Ponadto sposoby informowania o przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu różnią się znacząco pomiędzy poszczególnymi państwami, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk związanych z raportowaniem oraz rejestrowaniem (jakie dane są rejestrowane oraz kiedy i w jaki sposób). Różnice te raczej utrudniają dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi państwami UE.

W latach 1997–2002 liczba „zgłoszeń" dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu wzrosła w większości państw UE. Wzrost ten był szczególnie znaczący (dwukrotnie lub więcej) w Republice Czeskiej, Estonii, na Litwie, Węgrzech, w Polsce, Słowenii oraz Norwegii. Niemniej liczba „zgłoszeń" dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu spadła w roku 2001 i 2002 we Włoszech oraz Portugalii ([127]) oraz w roku 2002 w Estonii ([128]), Irlandii, na Łotwie, w Słowenii oraz w Finlandii.

W przeważającej liczbie państw członkowskich UE większość zgłoszeń dotyczących przestępstw narkotykowych związanych jest z zażywaniem narkotyków lub posiadaniem ich na własny użytek ([129]), a ich liczba waha się w przedziale od 52% wszystkich przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w Finlandii do 90% w Austrii. W Republice Czeskiej 90% odnotowywanych przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu ma związek z dystrybucją lub handlem, podczas gdy we Włoszech i w Hiszpanii, gdzie zażywanie oraz posiadanie na własny użytek nie stanowią przestępstw kryminalnych, wszystkie przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu odnoszą się do dystrybucji lub handlu. W Luksemburgu, Portugalii oraz Norwegii ([130]) większość przestępstw związanych jest zarówno z zażywaniem, dystrybucją, jak i handlem.

We wszystkich państwach dla których dostępne były dane, z wyjątkiem Portugalii, odsetek wszystkich przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu obejmujących przestępstwa związane z zażywaniem/posiadaniem na własny użytek zwiększył się w pięcioletnim okresie od 1997 do 2002 roku ([131]). Tempo wzrostu było ogólnie niewielkie, niemniej bardziej znaczące trendy wzrostowe były widoczne w Belgii, Luksemburgu i w Słowenii oraz do roku 2001 w Irlandii. W Portugalii liczba przestępstw związanych z zażywaniem narkotyków zaczęła spadać w 2000 roku, tj. rok przed zalegalizowaniem zażywania oraz posiadania na własny użytek (w lipcu 2001 roku) ([132]).

([126]) Termin „zgłoszenie" dla przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu umieszczonych został w cudzysłowie, albowiem odzwierciedla różne pojęcia w poszczególnych państwach (raporty policyjne na temat podejrzanych o przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu, zarzuty w przestępstwach przeciwko prawu antynarkotykowemu itp.). Celem zapoznania się z dokładną definicją dla każdego kraju należy zapoznać się z uwagami metodologicznymi na temat definicji „zgłoszenia" przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w Biuletynie Statystycznym na rok 2004. (Termin „aresztowanie" stosowany był w sprawozdaniach rocznych do roku 2001.)

([127]) Spadek w liczbie „zgłoszeń" dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w Portugalii jest wynikiem legalizacji w lipcu 2001 r. stosowania/posiadania narkotyków na użytek własny.

([128]) Spadek w liczbie „zgłoszeń" dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w Estonii jest wynikiem legalizacji w wrześniu 2002 r. powtarzającego się zażywania narkotyków oraz posiadania niewielkich ilości narkotyków na użytek własny.

([129]) Patrz tabela 2: Przestępczość związana z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

([130]) W Norwegii nie nakreślono różnicy pomiędzy samą „dystrybucją/handlem" a „zażywaniem/dystrybucją i handlem". Pozostałe przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu związane są tylko z „zażywaniem narkotyków".

([131]) Patrz tabela 4: Przestępczość związana z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

([132]) Prawo legalizujące zażywanie oraz posiadanie narkotyków na użytek własny zostało przyjęte w listopadzie 2000 r. i weszło w życie w lipcu 2001 r.

Tabela 4: Narkotyki najczęściej umieszczane w „zgłoszeniach" przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w państwach UE oraz Norwegii

Państwo	Uwagi	Rok	Odsetek (%)		
			Pochodne konopi	Heroina	Kokaina
Belgia		2002	67	8	7
Republika Czeska	(2)	2002	37	8	1
Dania			n.a.	n.a.	n.a.
Niemcy	(2) (3)	2002	56	17	9
Estonia			n.a.	n.a.	n.a.
Grecja			n.a.	n.a.	n.a.
Hiszpania	(1) (4)	2002	52	7	33
Francja	(2)	2002	87	5	3
Irlandia	(2)	2002	65	9	6
Włochy	(1) (4)	2002	42	27	28
Cypr			n.a.	n.a.	n.a.
Łotwa			n.a.	n.a.	n.a.
Litwa	(1)	2002	10	15	1
Luksemburg	(1)	2002	28	51	21
Węgry	(2)	2002	66	16	2
Malta			n.a.	n.a.	n.a.
Holandia	(2) (5)	2002	37	58	
Austria	(1)	2002	58	11	11
Polska			n.a.	n.a.	n.a.
Portugalia	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Słowenia	(1)	2002	82	10	2
Słowacja			n.a.	n.a.	n.a.
Finlandia			n.a.	n.a.	n.a.
Szwecja	(1) (7)	2001	34	7	2
Wielka Brytania	(1)	2000	69	12	5
Norwegia			n.a.	n.a.	n.a.

Uwagi: Celem poznania dokładnej definicji dla każdego kraju, należy zapoznać się z uwagami metodologicznymi dotyczącymi definicji „zgłoszeń" przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu w Biuletynie statystycznym na rok 2004.
n.a.: brak danych.
(1) W stosunku do wszystkich wymienionych narkotyków (oddzielnie oraz razem).
(2) W stosunku do najczęściej używanych narkotyków.
(3) W stosunku do wszystkich przestępstw wg narkotyku (dla niektórych przestępstw brak danych wg narkotyku).
(4) W stosunku do przestępstw związanych z dystrybucją/obrotem narkotykami (ponieważ przestępstwa dotyczące zażywania/posiadania na własny użytek nie są karalne).
(5) Dane w rubryce „heroina" odnoszą się do „narkotyków twardych" (definiowanych jako narkotyki stanowiące niedopuszczalne zagrożenie dla zdrowia publicznego jak np. heroina, kokaina, ecstasy, LSD). Niektóre przestępstwa obejmują zarówno pochodne konopi oraz „narkotyki twarde" i nie zostały tutaj umieszczone, co wyjaśnia, dlaczego po zsumowaniu nie otrzymujemy 100%.
(6) Wartość tego odsetka została zaniżona, ponieważ odpowiada przestępstwom spowodowanym z osobna przez każdy narkotyk (np. tylko przestępstwa związane z pochodnymi konopi - nie obejmuje przestępstw związanych z „pochodnymi konopi + inny (-e) narkotyk(i)").
(7) W stosunku do osób, dla których oskarżyciel zaproponował karę sumaryczną lub skazanych przez sąd.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe.

W większości państw członkowskich pochodne konopi są nielegalnym narkotykiem najczęściej związanym ze zgłoszonymi przestępstwami przeciwko prawu antynarkotykowemu (tabela 4). W państwach, gdzie tak się dzieje, przestępstwa związane z pochodnymi konopi obejmują od 34% (Szwecja) do 87% (Francja) wszystkich przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu. Heroina jest narkotykiem najczęściej związanym z przestępstwami na Litwie oraz w Luksemburgu, gdzie obejmują one odpowiednio 15% i 51% wszystkich przestępstw narkotykowych, podczas gdy w Holandii dominują przestępstwa z udziałem „twardych narkotyków" ([133]). Na względną liczbę przestępstw narkotykowych związanych z jakimkolwiek narkotykiem wpływają takie czynniki jak priorytety operacyjne jednostek egzekwujących prawo oraz bezpośrednie lub pośrednie decyzje strategiczne określające zróżnicowane metody ukierunkowane na różne rodzaje przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu.

Od roku 1997 odsetek przestępstw narkotykowych z udziałem pochodnych konopi wzrósł w Niemczech, Hiszpanii, Francji, Luksemburgu, na Węgrzech oraz w Portugalii, podczas gdy pozostał on na stałym poziomie w Belgii, we Włoszech, na Litwie, w Holandii, Słowenii oraz Szwecji. W Austrii udział przestępstw związanych z pochodnymi konopi wśród wszystkich przestępstw narkotykowych wzrastał do 1999 roku, ale od tego czasu wykazuje tendencję spadkową ([134]).

W tym samym okresie odsetek przestępstw związanych z heroiną spadł we wszystkich państwach UE, dla których dostępne były dane ([135]), z wyjątkiem Węgier oraz Wielkiej Brytanii, gdzie odsetek takich przestępstw wzrósł ([136]) oraz Litwy, gdzie waha się on od 2000 roku ([137]). Odwrotny trend zaobserwowano dla przestępstw związanych z kokainą, których ilość jako odsetek wszystkich przestępstw narkotykowych wzrosła od 1997 r. we wszystkich państwach, które dostarczyły dane, z wyjątkiem Niemiec, Litwy, Luksemburga oraz Węgier, w których to odnotowano trendy spadkowe ([138]).

Osoby zażywające narkotyki a więziennictwo

Osoby zażywające narkotyki w więzieniach

Zwyczajowe sporządzanie danych ogólnokrajowych dotyczących rodzaju oraz schematów zażywania wśród więźniów jest bardzo rzadkie. Większość danych dostępnych w UE pochodzi z prowadzonych doraźnie badań na szczeblu lokalnym przy wykorzystaniu grup więźniów, które znacznie różnią się wielkością oraz sposobem doboru. Ponadto badane więzienia czasem nie są reprezentatywne dla całego systemu więziennictwa, a brak powtórzeń badań ankietowych uniemożliwia analizę trendów w większości państw. Czynniki te niezmiernie utrudniają możliwość wyciągania wniosków w oparciu o uzyskane wyniki.

([133]) W Holandii termin „narkotyki twarde" określa narkotyki, które stanowią niedopuszczalne zagrożenie dla zdrowia publicznego (tzn. heroina, kokaina, ecstasy oraz LSD).
([134]) Patrz tabela 5: Przestępczość związana z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([135]) Następujące państwa przedstawiły przestępstwa narkotykowe wg poszególnych narkotyków w określonym przedziale czasu: Belgia, Niemcy, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Litwa, Luksemburg, Węgry, Holandia (tylko dla marihuany i „narkotyków twardych"), Austria, Portugalia, Słowenia, Szwecja oraz Wielka Brytania (tylko do roku 2000).
([136]) Dane dla Wielkiej Brytanii dostępne są tylko do roku 2000.
([137]) Patrz tabela 6: Przestępczość związana z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([138]) Patrz tabela 7: Przestępczość związana z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

W porównaniu z ogólną populacją, w populacji więziennej osoby zażywające narkotyki są nadreprezentowane. Wartość wskaźnika przynajmniej jednorazowego zażycia narkotyków w ciągu życia wśród więźniów waha się znacznie w granicach od 22% do 86% pomiędzy populacjami poszczególnych więzień, aresztów oraz poszczególnych państw ([139]). Tak jak w populacji ogólnej, pochodne konopi są najczęściej odnotowywanym nielegalnym narkotykiem, przy współczynniku przynajmniej jednorazowego zażycia wśród więźniów na poziomie od 11% do 86%. Przynajmniej jednorazowe zażycie kokainy (oraz cracku) przez więźniów wynosi 5–57%, a w przypadku heroiny 5–66%.

W UE rozpowszechnienie regularnego zażywania narkotyków lub uzależnienia w okresie poprzedzającym osadzenie w więzieniu waha się na poziomie od 8% do 73% ([140]).

Więzienia: wyzwanie dla zdrowia publicznego

Pomimo że niektórzy więźniowie postrzegają czas spędzony w więzieniu jako okazję do walki z problemem narkotykowym, w rzeczywistości okazuje się to trudne do osiągnięcia (Long et al., 2004 r.). Większość osób zażywających narkotyki ogranicza lub przestaje zażywać narkotyki po znalezieniu się w więzieniu. Niemniej niektórzy więźniowie w dalszym ciągu zażywają narkotyki lub też zaczynają je zażywać w więzieniu. Dostępne badania wykazują, że pomiędzy 8% a 60% osadzonych deklaruje zażywanie narkotyków w czasie przebywania w więzieniu, a 10–36% deklaruje regularne ich zażywanie ([141]).

Wielu więźniów ma ograniczony dostęp do służb medycznych. Lekarze pracujący w więzieniach mają niewielki kontakt z regularną służbą zdrowia. Ponadto często nie mają dostępu do dalszych szkoleń, co pogarsza izolację więziennej służby zdrowia. Problemy te są trudne do pokonania, co można zauważyć na przykładzie Irlandii, gdzie mimo wysiłków władz więziennych oraz personelu medycznego w celu poprawienia dostępności leczenia oraz usług medycznych dla osób zażywających narkotyki widoczne są nieznaczne oznaki poprawy.

Coraz więcej przemawia za tym, aby przenieść więzienną służbę zdrowia z więzień do jednostek ogólnokrajowej służby zdrowia. W Hiszpanii niedawno uchwalone prawo „Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud" (ustawa, której celem jest nadanie spójności krajowej służbie zdrowia) ma na celu realizację propozycji integracji więziennej oraz publicznej służby zdrowia. W Estonii Ministerstwo Sprawiedliwości, we współpracy z Ministerstwem Spraw Społecznych, postawiło sobie za cel zintegrowanie służby zdrowia w więzieniach z ogólnym systemem opieki zdrowotnej przed 2006 rokiem. We Francji odpowiedzialność za przeprowadzenie tego procesu została przekazana Ministerstwu Zdrowia już w 1994 roku. We Włoszech miejscowa służba zdrowia odpowiedzialna jest za opiekę zdrowotną oraz leczenie więźniów od 2000 r. W Anglii oraz Walii opieka zdrowotna w więzieniach została przekazana w gestię odpowiednio Departamentu Zdrowia oraz Zgromadzenia Narodowego Walii (więzienia prywatne znajdują się pod kontrolą Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w przypadku obydwu regionów). Przed rokiem 2006 opieka zdrowotna we wszystkich nieprywatnych więzieniach w Anglii stanie się składową Narodowej Służby Zdrowia ([142]).

Choroby zakaźne w więzieniach oraz zapobieganie im

Ogólnie przynajmniej jednorazowe zażycie narkotyków w ciągu życia w drodze iniekcji wśród więźniów plasuje się na poziomie od 15% do 50%. Niemniej niektóre badania wykazywały, że wartość wskaźnika wynosi tylko 1% lub osiąga aż 69%.

Tam, gdzie dostępne są porównywalne dane, można zaobserwować, że młodzi sprawcy rzadziej niż dorośli zażywają narkotyki dożylnie oraz że kobiety częściej zażywają narkotyki podawane za pomocą igły niż mężczyźni ([143]). W oparciu o badania przeprowadzone w UE Bird i Rotily (2002 r.) wykazali, że około jedna trzecia dorosłych mężczyzn przebywających w więzieniach wstrzykuje sobie narkotyki. Zgodnie z istniejącymi danymi udostępnionymi przez punkty kontaktowe sieci Reitox, od 0,2% do 34% więźniów ([144]) zażywało narkotyki za pomocą strzykawek w czasie pobytu w więzieniu. Dane te nasuwają pytanie odnośnie dostępności sterylnego sprzętu do wykonywania zastrzyków oraz dzielenia się nim z zachowaniem zasad higieny wśród więźniów, jak również możliwości rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych w przypadkach, gdzie nie zajęto się tą problematyką.

Więzienia są obiektami wysokiego ryzyka w zakresie rozprzestrzeniania się tego typu chorób. Wśród praktyk, które z pewnością przyczyniają się do ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, znajdują się leczenie chorób przenoszonych drogą płciową oraz rozprowadzanie prezerwatyw, leczenie zastępcze, programy szczepień oraz programy wymiany igieł i strzykawek.

W coraz większym stopniu zapewnia się w więzieniach możliwość leczenia zastępczego. W Belgii, Danii, Hiszpanii, Austrii i Słowenii leczenie zastępcze jest dostępne we wszystkich więzieniach. W Belgii, Danii, Luksemburgu oraz Norwegii umożliwia się więźniom rozpoczęcie leczenia zastępczego w czasie odbywania kary. We Włoszech rozpoczęcie leczenia zastępczego umożliwia się zwykle więźniom śledczym. Zalecenia dotyczące stopniowego ograniczania leczenia zastępczego do chwili uzyskania abstynencji dostępne są w większości niemieckich landów, Holandii, Słowenii oraz w więzieniach w większych miastach włoskich. W Wielkiej Brytanii programy zachowawcze uważane są za uzasadnione głównie w przypadku więźniów przebywających w areszcie śledczym lub odsiadujących krótkie wyroki.

([139]) Patrz tabela 1: Więzienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([140]) Patrz Załącznik: Więzienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([141]) Patrz tabela 3: Więzienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([142]) Patrz tabela 10 OL: Najnowsze więzienne strategie antynarkotykowe, dyrektywy ministerialne oraz standardy świadczeń w UE i Norwegii.
([143]) Patrz tabela 2: Więzienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([144]) Patrz tabela 4: Więzienie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

W 2002 roku Krajowa Komisja Irlandii ds. Szczepień Ochronnych zalecała przeprowadzenie specjalnie opracowanego dla więźniów programu szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Na program składają się trzy kolejne cotygodniowe szczepienia oraz dawka wspomagająca podawana po 12 miesiącach, co daje 99% ochronę w ciągu 13 miesięcy (Zuckerman, 2003 r.).

Przegląd 14 międzynarodowych badań analizujących skuteczność programów wymiany igieł i strzykawek w obiektach więziennych zakończono wnioskiem, że programy takie są możliwe do zrealizowania oraz skutkują zmniejszeniem zarówno zachowań wysokiego ryzyka, jak i rozprzestrzeniania wirusów przenoszonych z krwią, przy równoczesnym braku jakichkolwiek ujemnych konsekwencji, takich jak np. przypadkowe ukłucie igłą czy umyślne wykorzystanie igieł jako broni przeciwko personelowi więziennemu lub współwięźniom (Dolan et al., 2003 r.). W 2002 r. programy wymiany igieł i strzykawek zostały wdrożone w 27 ośrodkach penitencjarnych w Hiszpanii, gdzie rozprowadzono 12 970 strzykawek i nie odnotowano żadnych incydentów.

Mimo że w Hiszpanii we wzrastającej liczbie więzień zapewnia się możliwość wymiany igieł i strzykawek, takie programy zostały wstrzymane w niemieckich landach Hamburga oraz Dolnej Saksonii (Stöver i Nelles, 2003 r.). Mimo to w dalszym ciągu prowadzi się program wymiany igieł i strzykawek w jednym z więzień kobiecych w Niemczech (Berlin) (Weilandt, komunikacja personalna, 2004 r.). W więzieniu w Josefstadt w Wiedniu przygotowywany jest projekt pilotażowy, a w Luksemburgu władze zamierzają zapewnić sprzęt do wykonywania zastrzyków dla narkomanów w więzieniach w ramach programu opieki zdrowotnej ([145]).

Alternatywy dla więziennych programów ukierunkowanych na przestępców zażywających narkotyki

Alternatywy dla więzień będą przedmiotem zagadnień wybranych przyszłorocznego sprawozdania rocznego, w którym zostanie przedstawiony szczegółowy oraz gruntowny przegląd takich środków w UE. Dlatego też w tegorocznym sprawozdaniu rocznym omówiono szczególną kwestię zastosowania alternatywnych środków karnych wobec osób zażywających narkotyki.

Nowe inicjatywy: sądy dla uzależnionych oraz mediacja pomiędzy ofiarą a sprawcą

Sądy dla uzależnionych są częścią nowej struktury, która rozwinęła się w niektórych państwach w celu uporania się z osobami zażywającymi narkotyki, które popełniły przestępstwa bez użycia przemocy. Działają one poprzez opóźnianie wykonania wyroku oraz angażowanie w proces osób normalnie niebiorących udziału w leczeniu odwykowym (sędzia, prokurator oraz inny personel organów ścigania). Celem takiego działania jest powstrzymanie przestępcy od powrotu przed oblicze sądu oraz od zażywania narkotyków za pomocą przeprowadzonego leczenia oraz nacisku wywieranego przez wymiar sprawiedliwości. Sądy dla uzależnionych zostały ustanowione w Irlandii oraz Szkocji, gdzie system karny oparty jest na prawie zwyczajowym. W innych państwach UE, w których istnieje kodeks cywilny, sądy dla osób uzależnionych w ścisłym sensie tego znaczenia nie istnieją, niemniej opracowywane są tam podobne inicjatywy.

W niemieckim landzie Badenii-Wirtembergii projekt mający za zadanie uporać się z młodocianymi przestępcami („Droga Wyjścia") zbliżony do sądów dla uzależnionych został ustanowiony w 2003 roku jako wynik współpracy pomiędzy policją, adwokatami z urzędu, sędziami, służbami dozoru sądowego i doradztwa antynarkotykowego oraz kluczowymi interesariuszami trzech sądów rejonowych (Baudis, 2004 r.). Podobnie w Mediolanie w ramach programu „Leczenie warte jest wysiłku" sąd najwyższy działa w bliskiej współpracy z ośrodkami do spraw uzależnień i lokalną służbą zdrowia. Tutaj uzależnieni od narkotyków przestępcy kierowani są na leczenie w dniu wydania wyroku sądowego.

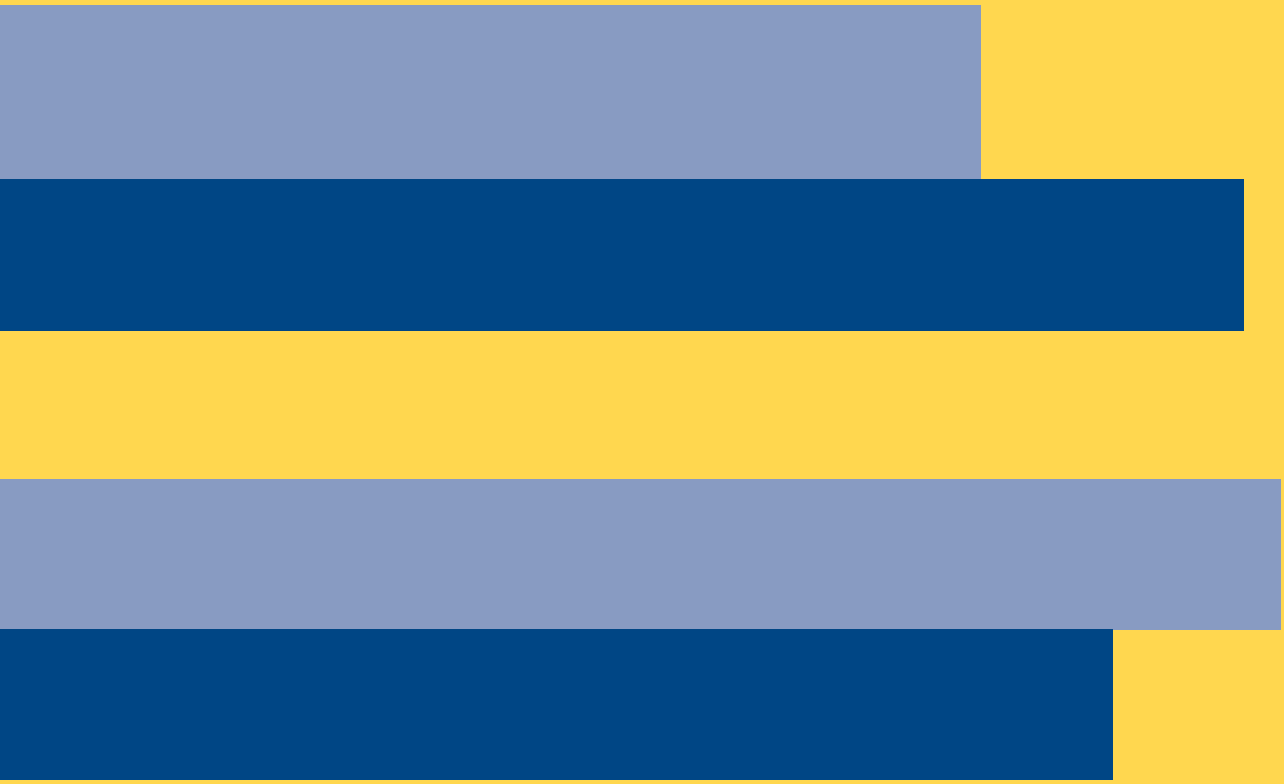
Z oceny dublińskiego sądu dla uzależnionych (Farrell, 2002 r.) wynika jednoznacznie, że z czasem system sądów dla uzależnionych pozwoli na uzyskanie przez wymiar sprawiedliwości oszczędności. Ministerstwo Sprawiedliwości rozszerzyło działanie dublińskiego sądu dla uzależnionych na większy obszar jurysdykcji.

Przegląd na szczeblu międzynarodowym ewolucji sądów dla uzależnionych oraz ich skuteczności przeprowadzony przez Grupę Pompidou w 2003 r. zakończono wnioskiem, że wprowadzenie sądów leczniczych dla uzależnionych powinno opierać się na wykazanym zapotrzebowaniu oraz wymaga wsparcia politycznego, obecności mechanizmów współpracy międzyagencyjnej oraz właściwego wsparcia strukturalnego/finansowego przez minimalny gwarantowany okres pięciu lat (Moyle, 2003 r.).

Sprawiedliwość wyrównawcza jest coraz częściej stosowana w celu przyspieszenia działań karnych przeciwko osobom, które popełniły przestępstwo bez użycia przemocy (wśród których osoby zażywające narkotyki są wyjątkowo mocno reprezentowane). Stanowi to swoisty sojusz z tzw. interesem publicznym umożliwiający ograniczenie kosztów związanych z rozwiązywaniem problemu drobnej przestępczości przy nadmiernym obciążeniu wymiaru sprawiedliwości. Jednym z najbardziej znaczących tu elementów jest mediacja pozasądowa. System ten ma na celu rozwiązywanie sporów pomiędzy ofiarami i sprawcami oraz rozwiązywanie konfliktów wynikających z postępowania karnego.

W Holandii policja oferuje przestępcom w wieku od 12 do 18 lat, którzy popełnili przestępstwo po raz pierwszy, możliwość naprawy swoich czynów w drodze mediacji. W Republice Czeskiej w roku 2000 ustanowiono Służbę Nadzoru Kuratorskiego oraz Mediacji, przy czym jej kluczową populacją docelową są przestępcy młodociani oraz zażywający narkotyki. W 2002 r. służby te zarejestrowały 29 291 spraw, z czego 765 to przestępstwa związane z narkotykami.

([145]) Patrz tabela 11 OL: Świadczenia społeczno-lecznicze skierowane do osób zażywających narkotyki w więzieniach UE w 2002 roku.



Zagadnienia wybrane 1

Ocena krajowych strategii antynarkotykowych w Europie

Próby oceny krajowych strategii antynarkotykowych

Wiele państw przyjęło w ostatnim czasie krajową strategię antynarkotykową ([146]). Niniejsza część sprawozdania skupia się na planowanym przeprowadzeniu oceny tych strategii, których opracowanie umożliwiono po raz pierwszy na skalę europejską dzięki działaniom podjętym w tym roku przez krajowe punkty kontaktowe. Działania te pomogły w wyjaśnieniu znaczeń oceny umieszczonych w krajowych strategiach antynarkotykowych, które nie zawsze są jasne lub jednoznacznie sprecyzowane.

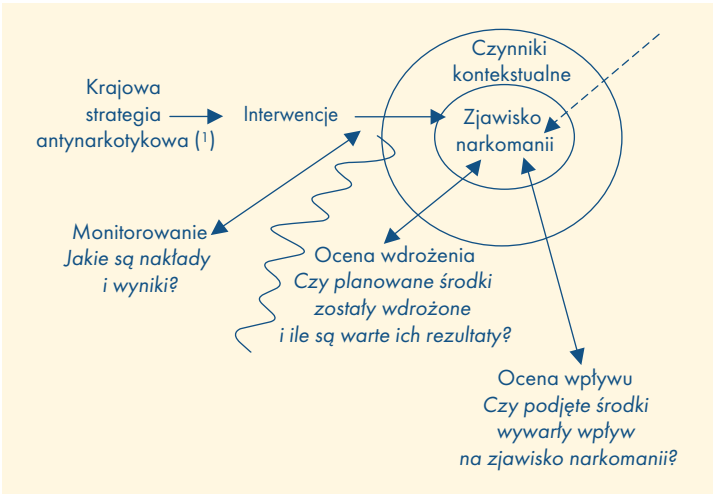
Środki użyte do oceny europejskich krajowych strategii antynarkotykowych mogą zostać podzielone na trzy główne zakresy działań: (1) monitorowanie, oznaczające rutynowe gromadzenie danych dotyczących zjawiska narkomanii, jak również podjętych posunięć oraz działań interwencyjnych; (2) ocena prac wdrożeniowych, tj. ocena wartości dodatkowej uzyskanej w wyniku wdrożenia inicjatyw oraz w wyniku ulokowania środków przewidzianych w strategii antynarkotykowej; oraz (3) ocena skutków (ogólnie zwana oceną skuteczności), ocena wyników (efekty krótkoterminowe) oraz wpływu ([147]) (efekty długoterminowe) na zjawisko narkomanii, będących wynikiem (przynajmniej częściowo) krajowej strategii antynarkotykowej (wykres 23) ([148]).

Główna różnica pomiędzy państwami w zakresie podejścia, jakie zastosowano w celu oceny krajowych strategii , polega na rozdźwięku pomiędzy państwami, które monitorują strategie antynarkotykowe a tymi, które przewidują dokonanie oceny wdrożenia i/lub jej skutków.

Pojęcia monitorowania oraz oceny nie są zawsze jasno rozróżnione w krajowych strategiach antynarkotykowych, dlatego też należy być świadomym istniejącej różnicy. Monitorowanie jest ciągłym i systematycznym procesem, który generuje rutynowo dane ilościowe oraz jakościowe w zakresie zjawiska narkomanii oraz zastosowanych działań interwencyjnych przeprowadzanych w celu zahamowania go. Może on regularnie dostarczyć informacji na temat działań wdrożeniowych (tj. na początku: jakie środki finansowe zostały zaangażowane oraz na końcu: jakie środki zostały wdrożone, w jakim czasie oraz przez kogo). Niemniej monitorowanie z reguły nie dostarcza informacji dotyczących efektów strategii czy też odpowiedzi na to, dlaczego działania pozwoliły lub nie na osiągnięcie założonych celów. Mimo że poprzez system monitorowania istnieje często możliwość uzyskania informacji dotyczących rozwoju poszczególnych aspektów zjawiska narkomanii oraz środków wdrożonych w celu zwalczania tego problemu, to ogólnie rzecz biorąc nie umożliwia on określenia, czy zmiany są bezpośrednim wynikiem wdrożonych rozwiązań (przypisanie przyczynowości).

Kwestią przyczynowości oraz innymi złożonymi pytaniami naukowymi zajęto się w ocenie (tabela 5), która oznacza „opiniowanie wartości publicznych działań interwencyjnych" (w tym przypadku krajowej strategii antynarkotykowej) „w odniesieniu do kryteriów" (właściwość, wydajność, wpływ) „oraz wyraźnie określonych norm" (jakość, ilość) (definicja zaczerpnięta od Komisji Europejskiej, 1999 r.) oraz której towarzyszy konieczność przeprowadzenia dogłębnych badań. Dlatego na ten element składowy składają się dwie płaszczyzny, tzn. (1) dowód oparty na danych dobrych jakościowo, tj. zebranych przy zastosowaniu metodologii naukowej (monitorowanie oraz szczegółowe badania), istnienia przyczynowości pomiędzy wdrożeniem strategii i zmianami, które zaszły w badanym zjawisku oraz (2) ocena wartości

Wykres 23: Poziomy oceny w krajowych strategiach antynarkotykowych



(1) Termin „strategia antynarkotykowa" obejmuje także wszelkie porównywalne plany działania wynikające ze strategii.

([146]) Termin ten został zdefiniowany w Rozdziale 1 str. 17.

([147]) Dla ułatwienia posługujemy się wyrażeniem „ocena wpływu", które oznacza ocenę zarówno wyników, jak i skutków dwóch dosyć odmiennych terminów naukowych, które zwykle rozróżnia się w odpowiedniej literaturze.

([148]) Obszerna ocena obejmowałaby również ocenę skuteczności, która badałaby w szerszym wymiarze koszty przy jakich osiągane są wyniki oraz skutki. Niemniej dane dotyczące tego aspektu były dostępne jedynie dla Hiszpanii (patrz poniżej).

Tabela 5: Powszechnie stosowane przy ocenie terminy (metody oceny działań natury strukturalnej)

Ocena ogólna	Całościowa ocena interwencji
Spójność	Stopień, w jakim logika interwencji nie jest sprzeczna/interwencja nie jest sprzeczna z innymi działaniami interwencyjnymi o podobnych celach
Właściwość	Stopień, w jakim cele interwencji odnoszą się do poruszanych potrzeb, problemów oraz kwestii
Zgodność	Stopień, w jakim pozytywne/negatywne skutki pośrednie wpływające na inne dziedziny polityki ekonomicznej, społecznej lub środowiskowej, są maksymalizowane/minimalizowane
Użyteczność	Stopień, w jakim rezultaty odpowiadają poruszanym potrzebom, problemom i kwestiom
Skuteczność	Stopień, w jakim założone cele zostały osiągnięte
Wydajność	Stopień, w jakim pożądane rezultaty zostały osiągnięte po rozsądnych kosztach
Analiza efektywności kosztów	Narzędzie oceny służące do wydania opinii odnośnie wydajności
Analiza wydajności kosztów	Narzędzie oceny służące do ewaluacji korzyści interwencji z punktu widzenia wszystkich grup, których dotyczy ocena oraz na podstawie wartości monetarnej przypisanej wszystkim konsekwencjom interwencji
Wynik	To co zostało sfinansowane i osiągnięte (lub skonkretyzowane) za pomocą pieniędzy przydzielonych na interwencję
Wpływ	Konsekwencja dotykająca bezpośrednich adresatów w wyniku zakończenia ich udziału w interwencji lub po przygotowaniu odpowiednich struktur publicznych lub też pośrednia konsekwencja dotykająca innych adresatów, którzy mogą być zwycięzcami lub przegranymi

Źródło: Komisja Europejska, 1999 r.

osiągniętych skutków, która ostatecznie powinna iść w parze z krokami podejmowanymi przez decydentów.

W praktyce pojęcie „oceny" jest nierozerwalnie związane z „monitorowaniem", ale, mimo że w niektórych dokumentach uznaje się oba terminy za synonimy, należy mieć na uwadze fakt, że monitorowanie nie jest tożsame ocenianiu (mimo że monitorowanie zdecydowanie stanowi część oceny).

W Wielkiej Brytanii poprawiona krajowa strategia antynarkotykowa została opublikowana w roku 2002 po dokonaniu wszechstronnego przeglądu, podczas którego rozpatrzono podstawę dowodową, w tym ocenę składników odnoszących się do przedstawionej oferty i odnotowanego zapotrzebowania. Krajowa strategia antynarkotykowa jest „monitorowana", „nadzorowana" oraz „zarządzana z perspektywy wyników", niemniej nie jest ona poddawana „ocenie" (sprawozdania krajowe Wielkiej Brytanii, str. 106). W Norwegii celem nowego planu działań przeciwko narkotykom i alkoholowi jest opracowanie systemu mierzącego zakres, w jakim osiągane są założenia główne oraz wtórne (norweskie sprawozdanie krajowe, str. 65). W Republice Czeskiej krajowa strategia polityki antynarkotykowej na lata 2001–2004 definiuje założenia, cele, dążenia, kierunki, wskaźniki sukcesu oraz narzędzia do oceny skuteczności dla każdego filaru strategii. Realizacja zadań jest regularnie monitorowana. Niemniej strategia nie była jeszcze systematycznie poddawana ocenie zgodnie z wyznaczonymi wskaźnikami sukcesu oraz określonymi narzędziami oceny. Jedną z przyczyn takiego stanu może być znaczący koszt przeprowadzania ocen zewnętrznych (sprawozdanie krajowe Republiki Czeskiej, str. 114). Nowy duński plan działań przewiduje, że pewna ilość specyficznych działań będzie „poddawana ocenie" w sposób ciągły (duńskie sprawozdanie krajowe, str. 67).

Na Węgrzech oraz w Polsce krajowe strategie antynarkotykowe sugerują rodzaj systemu, jakiego należy użyć do weryfikacji stopnia zrealizowania zadań (sprawozdania krajowe Reitox). W Słowenii, mimo że nowa strategia krajowa „przewiduje regularną ocenę działań wdrożeniowych", dotychczas nie przeprowadzono żadnych ocen (słoweńskie sprawozdanie krajowe, str. 61). Na Litwie wdrażanie krajowej strategii antynarkotykowej (w latach 2004–2008) zostanie przeprowadzone „zgodnie z możliwościami finansowymi państwa" (litewskie sprawozdanie krajowe, str. 35). A w Estonii nowa krajowa strategia antynarkotykowa „obejmuje monitorowanie oraz elementy oceny, jak również definiuje wskaźniki osiągniętych wyników" (Estońskie sprawozdanie krajowe, str. 86).

W Finlandii oraz Szwecji (fińskie sprawozdanie krajowe, str. 113; szwedzkie sprawozdanie krajowe, str. 75–6) krajowe strategie antynarkotykowe kładą większy nacisk na monitorowanie wdrożenia strategii niż na ocenę jej wpływu. W Szwecji koordynator ds. narkomanii mianowany w 2002 r. jest odpowiedzialny za zagwarantowanie przestrzegania krajowego planu działań (poprzez sprawozdania roczne). Również w Finlandii planowane jest opracowanie kryteriów, w oparciu o które administracja ds. narkomanii będzie monitorować oraz oceniać działanie strategii. Luksemburski punkt kontaktowy poinformował w swoim sprawozdaniu, że wyniki planu na lata 2000–2004 będą poddane ocenie w roku 2005 celem opracowania dalszych oraz przyszłych strategii (luksemburskie sprawozdanie krajowe, str. 94). W Niemczech plan działań przeciwko narkotykom i uzależnieniom na rok 2002 po raz pierwszy obejmuje zamiar wyznaczenia celów operacyjnych oraz kryteriów, które mogą zostać wykorzystane do określenia powodzenia

lub niepowodzenia działań interwencyjnych (niemieckie sprawozdanie krajowe, str. 101), podczas gdy we Włoszech trzyletni program obejmujący lata 2002–2004 propaguje przeprowadzanie ocen odnośnie działań prewencyjnych oraz resocjalizacji.

Wśród państw, które przedstawiają oceny procesu wdrażania krajowej strategii antynarkotykowej lub jej skuteczności znajdują się Grecja, Hiszpania, Irlandia oraz Portugalia (tabela 6). Hiszpańska oraz grecka strategia nawiązują do „oceny skuteczności". W Hiszpanii dziewięcioletnia strategia krajowa zostanie oceniona pod względem stopnia wdrożenia zarówno w wymiarze całościowym, jak i sektorowo, w połowie okresu implementacji, tj. w roku 2003 i 2008. Celem takiego działania jest „usprawnienie skuteczności oraz efektywności polityki rządowej" (hiszpańskie sprawozdanie krajowe, str. 85) poprzez pomiar jakości oraz ilości zapewnionych świadczeń. Podobnie w Grecji – nowy plan działań przeciwko narkomanii na rok 2002 mówi o przeprowadzeniu oceny zewnętrznej ogólnej skuteczności wdrażanych strategii, która może mieć miejsce w przyszłości, opierając się na wskaźnikach unijnych i międzynarodowych (greckie sprawozdanie krajowe, str. 110).

We Francji, Irlandii oraz Portugalii krajowe strategie antynarkotykowe nawiązują do oceny całościowej ([149]) i sektorowej, a w niektórych przypadkach oceny skuteczności (irlandzkie sprawozdanie krajowe). Niemniej opiniują raczej na temat stopnia wdrożenia niż skuteczności strategii. We Francji ocena trzyletniego planu działań na lata 1999–2002 (przeprowadzona przez Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) pomiędzy rokiem 2000 i 2003) obejmowała zarówno ocenę całościową, jak i ocenę pięciu programów priorytetowych ([150]). Ocena nie obejmowała opinii o wpływie podjętych środków na ogólne zjawisko narkomanii. Dlatego też była to zasadniczo ocena dokonanych postępów, z którymi porównano stopień osiągnięcia celów operacyjnych. W Irlandii krajowa strategia antynarkotykowa wzywa do „przeprowadzenia niezależnej oceny skuteczności ram ogólnych przed końcem 2004 r." (krajowa strategia antynarkotykowa na lata 2001–2008: „Opierając się na doświadczeniach", str. 111). Niemniej wydaje się, że ocena ta nie będzie zawierać pełnej oceny wpływu strategii na zażywanie narkotyków, ale jedynie badanie stopnia, w jakim strategia antynarkotykowa została wdrożona oraz wymiaru, w jakim zrealizowane zostały cele strategiczne. W Portugalii strategia antynarkotykowa przewiduje „przeprowadzenie zewnętrznej niezależnej oceny jej globalnego oraz sektorowego wdrożenia" (portugalskie sprawozdanie krajowe, str. 65). Mówi ona również o procesie oceny wewnętrznej.

W tych państwach członkowskich, które nie mają krajowych strategii antynarkotykowych *sensu stricto*, podejmowanie całościowej oceny przyciąga niewielką uwagę w ostatnich latach, nawet w państwach mających tradycję poddawania ocenie poszczególnych projektów antynarkotykowych. Na przykład w Holandii, gdzie badanie, monitorowanie oraz ocena są tradycyjnie częścią polityki antynarkotykowej, nowa (2002 r.) „Rządowa strategia przewodnia" ma na celu zapewnienie wytycznych w zakresie działania organów administracji publicznej (w tym również tych zajmujących się opieką zdrowotną oraz narkomanią) (holenderskie sprawozdanie krajowe, str. 83–4). Natomiast w Austrii, mimo że monitorowanie narkomanii zostało znacząco usprawnione w ostatnich latach, ani lokalne plany (inne niż wstępne oceny z Vorarlberg), ani całościowa polityka antynarkotykowa nie stanowiły przedmiotu oceny (Austriackie sprawozdanie krajowe, str. 63). W pozostałych państwach (Cypr, Łotwa, Malta oraz Słowacja, jak również Bułgaria, Rumunia i Turcja) brak jest wystarczających informacji do sporządzenia sprawozdania w zakresie oceny krajowych strategii antynarkotykowych (jeśli takie strategie istnieją).

Ocena: „ex-ante", „średniookresowa" oraz „ex-post"

Przewodnik po ocenie działań UE (Komisja Europejska, 2003 r.) określa cztery główne przyczyny przeprowadzania ocen. Są to: (1) uczestniczenie w projektowaniu działań interwencyjnych, (2) ulepszenie jakości interwencji, (3) wspomaganie wydajnego przydzielania środków (tj. efektywność) oraz (4) raportowanie osiągnięć uzyskanych dzięki działaniom interwencyjnym (tj. odpowiedzialność).

Tabela 6: Charakterystyka niektórych ocen strategii krajowych

	Krajowa strategia antynarkotykowa	Zakres oceny	Cel oceny	Ramy czasowe oceny
Grecja	Plan działania 2002–2006	Ogólna i szczegółowa	Skuteczność	Brak
Hiszpania	Krajowa Strategia Antynarkotykowa, 2000–2008	Ogólna i szczegółowa	Skuteczność i wydajność	2003–2008
Francja	Trzyletni Plan Zwalczania Narkotyków i Zapobiegania Uzależnieniom, 1999–2001	Ogólna i szczegółowa	Wdrożenie	2002
Irlandia	Krajowa Strategia Antynarkotykowa, 2001–2008: Opierając się na doświadczeniach	Ogólna i szczegółowa	Wdrożenie	2004–2008
Portugalia	Krajowa Strategia Zwalczania Narkotyków 1999; Plan Działania 2000–2004	Ogólna i szczegółowa	Wdrożenie	2004

([149]) Ocena całościowa: ocena całości działań interwencyjnych (Patrz tabela 5, str. 76).

([150]) 1) Porozumienia regionalne dotyczące celów w zakresie zdrowia oraz wymiaru sprawiedliwości, 2) strategia międzyministerialna w zakresie szkoleń zawodowych, 3) programy polityki regionalnej w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, 4) eksperymenty terenowe prowadzone przez wyspecjalizowane instytucje w celu zapewnienia ogólnej opieki osobom wykazującym zachowania wskazujące na uzależnienie oraz 5) program redukcji ryzyka w 18. dzielnicy Paryża.

Ten sam przewodnik opisuje trzy etapy oceny: ex-ante, w połowie okresu wdrażania oraz ex-post.

Ocenę ex-ante przeprowadza się przed wdrożeniem w celu oceny zapotrzebowania na działanie lub w celu określenia podstawy działania. Ocena ex-ante jest odnotowywana w krajowych strategiach antynarkotykowych jako proces rewizji, przeprowadzany przez komisje parlamentarne lub rządowe albo przez departamenty rządowe, które określane są jako podstawa wielu krajowych strategii antynarkotykowych (Belgia, Niemcy, Hiszpania, Irlandia, Portugalia, Szwecja).

Ocenę średniookresową ujęto w hiszpańskiej, irlandzkiej oraz portugalskiej krajowej strategii antynarkotykowej jako narzędzie służące do dostosowania działań interwencyjnych do wyznaczonych celów „w trakcie ich realizacji". Dostosowywanie „w trakcie realizacji" nie ogranicza się do państw, które stosują prawidłowy proces oceny. Jego zastosowanie również odnotowano w tych państwach, które wprowadziły systemy monitorowania i tam jest ono stosowane w celu dostarczania wiarygodnych informacji wspomagających proces dostosowywania lub przekształcania przyszłych działań. Wiąże się to z oceną wartości, odpowiadającą raczej działaniom ewaluacyjnym. Tak jak wcześniej, monitorowanie oraz ocena są stosowane w sposób zamienny.

Ocena ex-post obejmuje cały okres interwencji, zwłaszcza ze szczególnym naciskiem na jej wyniki końcowe, obierając za cel zbudowanie podstawy dla przyszłych działań. Podjęcie takich kroków odnotowano we Francji, gdzie ocena końcowa francuskiego planu działań miała na celu weryfikację działań interwencyjnych oraz celów odnośnie nowego planu antynarkotykowego. Ocena ex-post ma również zostać przeprowadzona w roku 2008 w Hiszpanii, Irlandii oraz Portugalii.

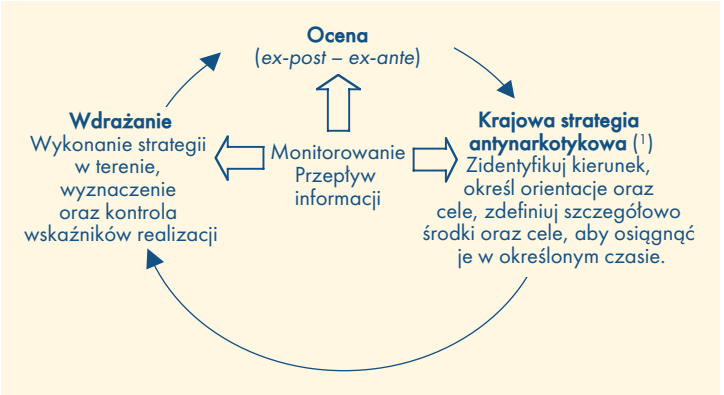
W zakresie narkomanii celem procesu oceny jest zawsze zwiększenie jakości istniejących działań interwencyjnych oraz projektowanie nowych. Niemniej można przypuszczać, że w przypadku, gdy jedna strategia antynarkotykowa następuje po drugiej, kolejne oceny ex-ante oraz ex-post zostaną połączone, wskutek czego powstanie cykliczny proces, w ramach którego wyniki końcowe poprzedniej strategii będą stanowić podstawę dla przyszłej strategii (wykres 24).

Uczestnicy oceny

Kolejną kluczową kwestią związaną z krajowymi strategiami antynarkotykowymi jest to, czy osoby odpowiedzialne za ocenę powinny pochodzić z wewnątrz organizacji, czy też powinny to być osoby z zewnątrz. Znaleźć można przykłady dla obydwu możliwości, a każda z nich ma swoje wady i zalety.

Audytorzy wewnętrzni posiadają większą wiedzę na temat struktur oraz mechanizmów komunikacji, znają organizację i przedmiot analizy oraz mają gotowy dostęp do źródeł danych. Niemniej mogą oni mieć tendencję do usprawiedliwiania uchybień w zakresie osiągania celów oraz mniej chętnie robią uwagi czy sugerują zmiany, które

Wykres 24: Ocena jako proces cykliczny



(1) Termin „strategia antynarkotykowa" obejmuje także wszelkie porównywalne plany działania wynikające ze strategii.

mogłyby być postrzegane jako zagrożenie dla organizacji. W przeciwieństwie do tego, audytorzy zewnętrzni powinni zapewnić bardziej obiektywny oraz wiarygodny wgląd, ponieważ nie są oni związani z organizacją, niemniej mogą mieć więcej trudności w zakresie dostępu do źródeł informacji i mogą wpaść w pułapkę próbując zadowolić klienta poprzez dostarczenie mu najlepszych możliwych wyników. Ponadto audytorzy zewnętrzni są zwykle kosztowni. Dlatego konieczne jest dokonanie wyboru pomiędzy, z jednej strony, lepszym zrozumieniem sytuacji oraz zdolnością do uzyskania informacji w sposób obiektywny, a, z drugiej strony, większym obiektywizmem oraz oceną biegłego.

Większość państw członkowskich wydaje się przychylać do stosowania podejścia mieszanego, np. w Irlandii średniookresowa ocena krajowej strategii antynarkotykowej będzie przeprowadzona w 2005 roku przez zewnętrznych konsultantów w oparciu o wytyczne międzysektorowej grupy kierowniczej. W Portugalii wewnętrzny zespół pracowników oraz zewnętrzni konsultanci prowadzić będą ocenę planu działań 2000–2004 razem. Natomiast we Francji zewnętrzni audytorzy oraz wewnętrzny zespół pracowników OFDT (Francuskiego Obserwatorium Narkotyków oraz Narkomanii) przeprowadzili ocenę, z punktu widzenia różnorodnych aspektów, trzyletniego planu działań. W Hiszpanii średniookresowa ocena (2004 r.) jest obecnie podejmowana przez personel Krajowego Planu ds. Narkotyków (PNSD), natomiast w stosunku do planu greckiego zostanie zastosowana ocena zewnętrzna. W Szwecji Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego będzie oceniał politykę zdrowia publicznego poprzez pomiar wybranych parametrów odnoszących się do stylu życia. Jeden z celów polityki (nr 11) zakłada ograniczenie stosowania tytoniu oraz alkoholu, osiągnięcie społeczeństwa wolnego od nielegalnych narkotyków i środków dopingujących oraz ograniczenie szkodliwych skutków nadużywania hazardu.

We wszystkich państwach, w których prowadzony jest proces oceny, krajowa agencja koordynująca działania wydaje się być organem odpowiedzialnym za

organizowanie oraz zapewnianie przebiegu procesu oceny: Misja Międzyministerialna (MILDT) we Francji, PNSD w Hiszpanii, Instytut ds. Narkotyków i Narkomanii (IDT) w Portugalii, Dyrekcja ds. Narkotyków w Irlandii, Biuro Koordynatora ds. Narkotyków w Szwecji oraz, wg belgijskiej strategii na rok 2001, Generalna Komórka ds. Narkotyków w Belgii. W obrębie tych agencji centra monitorowania narkomanii, które zwykle są równoznaczne z krajowymi punktami kontaktowymi sieci Reitox, odpowiedzialne są za dostarczanie informacji i danych koniecznych do przeprowadzania oceny oraz czasami są również odpowiedzialne za prowadzenie oceny od strony technicznej.

Cele oraz wskaźniki

Często podnoszone jest pytanie dotyczące możliwości pomiaru zakresu, w jakim skutki wdrożonych działań są wynikiem krajowej strategii antynarkotykowej. Istotnie, zarówno międzynarodowe, jak i krajowe strategie antynarkotykowe, odwołują się do celów ogólnych, takich jak ograniczanie ryzyka wśród osób zażywających narkotyki lub osiągnięcia społeczeństwa wolnego od narkotyków oraz do celów operacyjnych, takich jak zwiększanie liczby obiektów terapeutycznych lub ustanawianie agencji ds. koordynacji w zakresie narkotyków. Zarówno cele ogólne, jak i operacyjne mogłyby zyskać na wyznaczeniu celów szczegółowych. Te pierwsze stanowią istotną podstawę krajowej polityki antynarkotykowej, określają one kierunek działań, ale są trudne do zmierzenia. Te drugie wskazują podjęcie inicjatyw jakościowych i ilościowych, co oznacza, że powinny być łatwiejsze w ocenie.

Eksperci oraz specjaliści ostrzegają, że aby możliwe było poddanie strategii ocenie naukowej, jej cele muszą być wyrażone w przejrzysty, jednoznaczny i wymierny sposób, rozróżniając i jednocześnie łącząc cele ogólne oraz operacyjne. Faktycznie, cele operacyjne należy postrzegać jako sposób umocnienia celów ogólnych. Dlatego też należy określić wskaźniki wyników celem umożliwienia pomiaru stopnia osiągnięcia celów. Obecnie tylko kilka krajowych strategii antynarkotykowych może zostać włączonych do tej kategorii.

Efektywność

W kilku krajowych strategiach mówi się dużo o analizie efektywności czy wydajności kosztów, z wyjątkiem strategii hiszpańskiej, która stwierdza, że poprzez ocenę krajowej strategii zostanie podjęta próba oceny efektywności polityki publicznej. Mimo że budżety oraz koszty są zmartwieniem administracji publicznej, w zakresie walki z narkomanią (wg informacji najnowszego sprawozdania rocznego, EMCDDA, 2003b) ogólnie brak jest wiedzy na temat całościowych kosztów interwencji publicznych w tym zakresie. Taki rodzaj analizy jest postrzegany ogólnie jako marginalny i jest włączony tylko w obszar kilku działań badawczych.

Granice oceny

W środowisku naukowym wiadomo, że bardzo trudne jest określenie skuteczności polityki antynarkotykowej. Eksperci oraz specjaliści ostrzegają przed trudnościami spowodowanymi przez ocenę skutków polityki publicznej. Należy rozpatrzyć warstwy złożoności oraz mnogość powiązań przyczynowo-skutkowych. Istotnie, trudne może okazać się wykrycie związku przyczynowego pomiędzy polityką antynarkotykową a jej wynikami i skutkami z powodu różnorodności podjętych działań interwencyjnych oraz skutków, jakie mają być badane oraz ze względu na istnienie możliwych czynników zewnętrznych (czynników komplikujących), wpływających na rzeczywistość (na przykład warunki socjoekonomiczne, subkultury). W niektórych badaniach sugeruje się, że zjawisko narkomanii może być bardziej zależne od czynników behawioralnych oraz społecznych niż od polityki działań interwencyjnych.

Ponadto nielegalny charakter zażywania narkotyków może być poważną przeszkodą w gromadzeniu danych, co stanowi podstawowe narzędzie w procesie oceny, pozostawiając wiele istotnych aspektów zjawiska narkomanii nieokreślonymi. Dlatego ocena antynarkotykowych działań interwencyjnych musi być przemyślana, a jej wyniki muszą być interpretowane ostrożnie.

Podsumowanie

Z przeanalizowanych danych wynika, że krajowe strategie antynarkotykowe zazwyczaj sprowadzają ocenę do zastosowania środków mierzących stopień wdrożenia, tj. postępu, osiągnięć, nawet niepowodzeń i ewentualnie ich zaopiniowania, zamiast dokonać oceny wpływu na całe zjawisko narkomanii. Jest to istotny wniosek. Większość państw, które zmagały się z problemem narkomanii przez dziesięciolecia, obecnie jest gotowych (lub chętnych) do wprowadzenia za pomocą systemów monitorowania podstaw do pomiaru zjawiska narkomanii oraz skutków podjętych przez nie wysiłków. Tak więc strategie antynarkotykowe mogą być rozpatrywane jako bardziej rzetelne niż dawniej, co samo w sobie jest ważnym osiągnięciem.

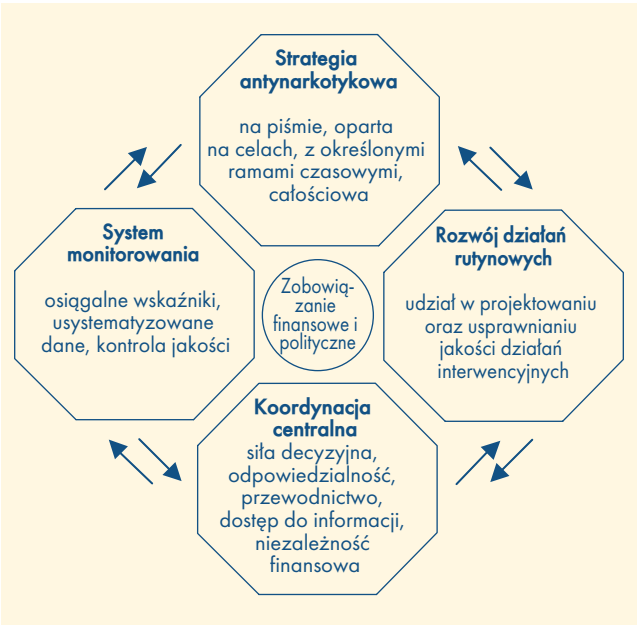
Kilka państw poszło o krok dalej ogłaszając, że oprócz rozwoju systemów monitorowania, prowadzić będą ocenę wdrażania krajowej strategii antynarkotykowej, co będzie oznaczać przeprowadzenie badań naukowych, celem dokonania oceny wartości całości lub części strategii. Niemniej jak dotąd oznaki naukowej oceny skutków związanych z całościowymi krajowymi strategiami antynarkotykowymi pozostają niezauważalne.

Ogólnie państwa, które wybierają bardziej zorganizowane podejście do polityki antynarkotykowej, tj. które posiadają sporządzoną na piśmie, opartą na celach, kompleksową krajową strategię antynarkotykową, mechanizm koordynacji centralnej wraz z krajowym koordynatorem oraz solidnym systemem monitorowania, deklarują istnienie bardziej wyrafinowanego procesu oceny (wykres 25). Wydaje się,

że istnienie lepiej zorganizowanego podejścia, które jest samo w sobie oznaką podjęcia finansowego oraz politycznego zobowiązania, stanowi warunek zasadniczy obecności bardziej rozwiniętego podejścia do oceny krajowej strategii antynarkotykowej. Hipoteza ta powinna oczywiście zostać potwierdzona poprzez dalsze badania.

Rozprzestrzenienie się tradycji monitorowania oraz oceny wzbogaciło wiedzę o problemie narkomanii w UE, w wyniku czego jednostki działające na tym polu są lepiej przygotowane do podejmowania świadomych decyzji. Przeprowadzenie oceny jest obecnie zdecydowanie uznawane w bieżących strategiach antynarkotykowych za element krytyczny odpowiedzialności, wydajności oraz finansowej rozwagi. Wiele projektów oraz specjalnych działań interwencyjnych podejmowanych odnośnie do narkomanii zawiera już element oceny i jeśli obejmie się tym elementem wszystkie główne strategie, przyczyni się to stopniowo do dokonania pomiaru skuteczności europejskich krajowych strategii antynarkotykowych.

Wykres 25: Główne cechy podejścia zorganizowanej polityki antynarkotykowej



Zagadnienia wybrane 2

Zarys problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi – próba zrozumienia wzrostu zapotrzebowania na leczenie w Europie

Wstęp

Termin „konopie indyjskie" stosowany jest do określania różnych produktów uzyskiwanych z konopi indyjskich (*Cannabis sativa L.*), jednorocznego gatunku pochodzącego z Azji Środkowej, który obecnie rośnie w wielu częściach świata o klimacie umiarkowanym oraz tropikalnym. Liczne odmiany *Cannabis sativa* wykazują odpowiednio szeroki zakres różnych cech biologicznych i chemicznych.

Na europejskim rynku narkotykowym obecne są trzy formy nielegalnych konopi: marihuana, czyli wysuszone kwiaty, gałązki oraz liście rośliny, żywica konopna, tj. wysuszony brązowy lub czarny ekstrakt żywiczny z kwiatów, zwykle sprzedawany w formie prasowanych bloczków, ale czasem również znajdowany w postaci proszku oraz najmniej powszechny olej haszyszowy, który jest lepkim, kleistym płynem.

Konopie mają długą historię stosowania przez człowieka i dawniej były używane w różnych społecznościach jako istotne źródło włókien do wyrobu tkanin i ubrań, element wspomagający obrzędy religijne, lek ziołowy oraz środek odurzający. Na świecie konopie są najczęściej produkowanym, sprzedawanym i zażywanym narkotykiem nielegalnym (UNODC, 2003a). Mimo zarówno długiej historii stosowania, jak i ich obecnej popularności, nasza wiedza na temat wpływu zażywania produktów z konopi na zdrowie publiczne pozostaje ograniczona. Ostatnio ilość dowodów na ewentualny związek pomiędzy zażywaniem produktów otrzymywanych z konopi, a zwłaszcza intensywnym ich zażywaniem, a spektrum problemów zdrowotnych i społecznych rośnie. Istnieje również rosnąca obawa dotycząca widocznego wzrostu liczby osób zażywających pochodne konopi, które poszukują pomocy specjalistycznych instytucji odwykowych. Niemniej rozmiar oraz charakter problemów zaobserwowanych w europejskich populacjach osób zażywających pochodne konopi pozostaje niejasny. Również niejasny jest stopień, w jakim dane statystyczne o wzrastającym zapotrzebowaniu na leczenie odzwierciedlają zmiany w rejestrowaniu oraz kierowaniu na leczenie w odniesieniu do wzrostu liczby osób wymagających pomocy. Aby odpowiedzieć na te pytania musimy umieścić zapotrzebowanie na leczenie wynikające z zażywania produktów otrzymywanych z konopi w szerszym kontekście zmieniających się w Europie schematów konsumpcji, ewolucji oraz rozwoju systemów rejestracji, a nawet rozpatrzyć zmieniający się charakteru samego narkotyku. Kwestie te zostaną przedstawione w części „Zagadnień wybranych", omawiającej problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich, celem której jest podjęcie bardziej świadomej debaty na temat potencjalnego wpływu na zdrowie publiczne tego najbardziej powszechnego ze wszystkich nielegalnych narkotyków.

Kontekst prawny: status prawny konopi w Europie

Kary prawne, które powinny mieć zastosowanie względem osób, które zażywają pochodne konopi, pozostają zagadnieniem nieco kontrowersyjnym w obrębie UE ([151]), a pozycje państw członkowskich różnią się znacząco w kwestii tego problemu.

Produkty otrzymywane z konopi sklasyfikowano jako środki odurzające w Wykazie I oraz IV Jednolitej konwencji o środkach odurzających ONZ z 1961 roku ([152]). Konwencja ta wymaga podjęcia środków mających na celu zapewnienie, że szerokie spektrum zachowań, w tym posiadanie substancji odurzających, jest karalne. Niemniej państwa członkowskie mogą interpretować oraz stosować konwencję, uwzględniając ich własną sytuację, a art. 36 ust. 1 lit. b zezwala na zastosowanie „środków leczniczych, kształcenia, opieki po leczeniu, rehabilitacji i resocjalizacji".

Oznacza to w praktyce, że w UE podejście do przestępstw związanych z pochodnymi konopi jest niejednolite. Niektóre państwa opracowały wytyczne dla sądów lub kodeksy prawne, które mówią jak traktować pewne rodzaje przestępstw związane z pochodnymi konopi, często zalecając wybranie różnych ścieżek prawnych dla kwestii postrzeganych jako drobniejsze lub bardziej poważne przestępstwa. A w niektórych państwach pojawia się trend w zakresie wdrażania środków terapeutycznych jako alternatywy dla postępowania karnego w sprawach o zażywanie i posiadanie niewielkich ilości narkotyku bez okoliczności obciążających. Ponadto w kodeksie karnym można umieścić przesłanki odnośnie problemowego zażywania poprzez umożliwienie (dowolne lub przymusowe) zawieszenia wniesienia oskarżenia pod , że przestępca będzie uczestniczył w sesjach doradczych lub leczeniu. Mimo że te środki alternatywne zwykle mają zastosowanie wobec osób zażywających różnego rodzaju narkotyki, w wyniku zmian wprowadzonych w ostatnim roku przepisy lub wytyczne w Belgii oraz Wielkiej Brytanii obecnie mają szczególne zastosowanie wobec osób problemowo zażywających pochodne konopi, przy jednoczesnym zamierzeniu udzielenia im pomocy.

([151]) Patrz strona internetowa Europejskiej prawnej bazy danych o narkotykach (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).
([152]) Patrz http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

Problemy fizyczne, psychologiczne oraz rozwojowe wynikające z zażywania pochodnych konopi ([153])

Sprawozdania krajowe państw członkowskich wskazują, że wzrost liczby zapotrzebowania na leczenie spowodowany zażywaniem pochodnych konopi prawdopodobnie odzwierciedla zwiększoną liczbę problemów, w szczególności problemów związanych z intensywnym zażywaniem pochodnych konopi. Niemniej należy zaznaczyć, że w dużej mierze brakuje systematycznych oraz porównywalnych danych dotyczących , jakich doświadczają osoby zażywające produkty otrzymywane z konopi indyjskich. Stanowiąca podstawę w tej dziedzinie wiedza naukowa ciągle się rozwija, ale istnieje już coraz więcej przekonujących dowodów na związek pomiędzy zażywaniem pochodnych konopi a różnorodnymi problemami, mimo że charakter związku przyczynowego nie zawsze jest jasny. Przegląd literatury dotyczącej problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi dostępny jest w internecie (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Istotnym jest, by rozróżnić pomiędzy doraźnymi (krótkoterminowymi) efektami zażywania pochodnych konopi, a długoterminowym czy przewlekłym wpływem tego narkotyku. Zakres obu – pozytywnych i negatywnych – doraźnych efektów był przedmiotem sprawozdań. Negatywne skutki obejmują zaburzenia uwagi oraz trudności w koncentracji, działania niepożądane związane z funkcją motoryczną (odruchy, koordynacja), krótkoterminowe problemy z pamięcią, lęk oraz napady paniki, jak również depresja. Pozytywne skutki obejmują stany euforyczne, rozluźnienie oraz wzmożoną towarzyskość. Efekty doraźne wywołane przez narkotyk, które wzbudzają największą obawę, to krótkoterminowe psychozy narkotyczne lub ciężkie ataki paniki, zwiększone ryzyko spowodowania wypadku, w szczególności w czasie prowadzenia pojazdów mechanicznych lub pracy w niebezpiecznych warunkach, a wśród ludzi młodych negatywny wpływ na wyniki w szkole (Hall et al., 2001 r.).

Zrozumienie przewlekłych skutków zażywania pochodnych konopi jest bardziej złożone z kilku względów, a już na pewno dlatego, że trudno jest odróżnić skutki działania pochodnych konopi od skutków przewlekłego zażywania innych nielegalnych narkotyków, tytoniu i alkoholu. Niemniej do głównych zagrożeń w tym zakresie należą zwiększone ryzyko występowania raka płuc i innych chorób układu oddechowego oraz związek z rozwojem długoterminowych problemów zdrowotnych o podłożu psychicznym, w tym depresji, psychoz oraz schizofrenii. Dodatkową obawę stanowi fakt, że przewlekłe zażywanie grozi rozwinięciem uzależnienia. Stopień, w jakim dowody sugerują, że zażywanie pochodnych konopi stanowi czynnik ryzyka, czynnik przyczynowy, czy po prostu związane jest poprzez bardziej złożone powiązania z wyżej wymienionymi problemami, przedstawiono w przeglądzie dostępnym w internecie (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

W większości państw członkowskich produkty otrzymywane z konopi są nielegalnymi narkotykami najczęściej wymienianymi w przypadku przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu, co nie powinno dziwić, ponieważ jest to najczęściej zażywany narkotyk ([154]). Niemniej w przeciwieństwie do innych narkotyków, takich jak heroina, wydaje się, że nie ma silnego związku pomiędzy zażywaniem pochodnych konopi, a innymi rodzajami przestępstw.

Zażywanie pochodnych konopi oraz badanie problemu

Mimo że zaakceptowane międzynarodowe kryteria diagnostyczne dostarczają użytecznych wytycznych w zakresie definiowania szkodliwego zażywania narkotyków, nadużywania oraz uzależnienia, problemy rodzą się, kiedy pochodne konopi rozpatrywane są w świetle dowodów dostępnych w Europie ([155]). W szczególności istnieje znacząca różnica pomiędzy kwestiami związanymi z kluczowymi parametrami. Na przykład zgodność co do definicji takich pojęć jak „zażywanie intensywne", „zażywanie regularne" oraz „zażywanie problemowe" jest niewielkie, a to sprawia, że wyniki różnych badań są trudne do porównania. Ponadto jedynie w badaniach sondażowych populacji podjęto próbę zmierzenia uzależnienia lub nadużywania, zgodnie z definicjami ICD czy DSM. Tutaj ponownie brak jest obecnie znormalizowanych narzędzi umożliwiających przeprowadzenie przekonującego porównania danych pochodzących z różnych badań lub przeprowadzonych na różnych populacjach.

Niemniej pewne prace na tym polu są już w toku. Na przykład aktualnie prowadzone we Francji badanie ma na celu lepsze zdefiniowanie problemowego zażywania oraz opracowanie specjalnych narzędzi do pomiaru częstości zażywania, dostrzegalnego ryzyka oraz skutków psychologicznych i fizycznych (Beck, 2003 r.).

Obecnie najczęściej stosowanym miernikiem częstości zażywania jest liczba dni, w których narkotyk zażywano przez dany okres. Codzienne albo prawie codzienne zażywanie pochodnych konopi jest zwykle traktowane jako wskaźnik zażywania intensywnego. Mimo że codzienne zażywanie pochodnych konopi niekoniecznie oznacza uzależnienie, najprawdopodobniej znaczący odsetek osób zażywających narkotyk codziennie zasługuje na miano uzależnionych bądź nadużywających w rozumieniu standardowych kryteriów diagnostycznych (ICD-10, DSM-IV). Ponieważ częstość zażywania jest względnie prostym miernikiem, łatwym do zharmonizowania w stosowanych ankietach, wskaźnik ten został włączony do wytycznych EMCDDA dla Europejskiego

([153]) Szczegółowa monografia na temat zażywania pochodnych konopi oraz związanych z tym problemów zostanie opublikowana w pierwszej połowie 2005 roku. Szczegółowe informacje dotyczące skutków zdrowotnych oraz fizycznych zażywania pochodnych konopi można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA.

([154]) Patrz tabela 5: Przestępczość związana z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

([155]) Więcej informacji na temat definicji uzależnienia oraz szkodliwego zażywania znaleźć można w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wydanie dziesiąte (ICD-10, Światowa Organizacja Zdrowia), kody od F10 do F19: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków [substancji] psychoaktywnych. Często również stosowany jest Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV edition) (DSM-IV, American Psychiatric Association), który stosuje pojęcia uzależnienia oraz nadużywania.

kwestionariusza wzorcowego. Obecnie dziewięć państw zbiera dane dotyczące częstotliwości zażywania pochodnych konopi w ten sposób ([156]).

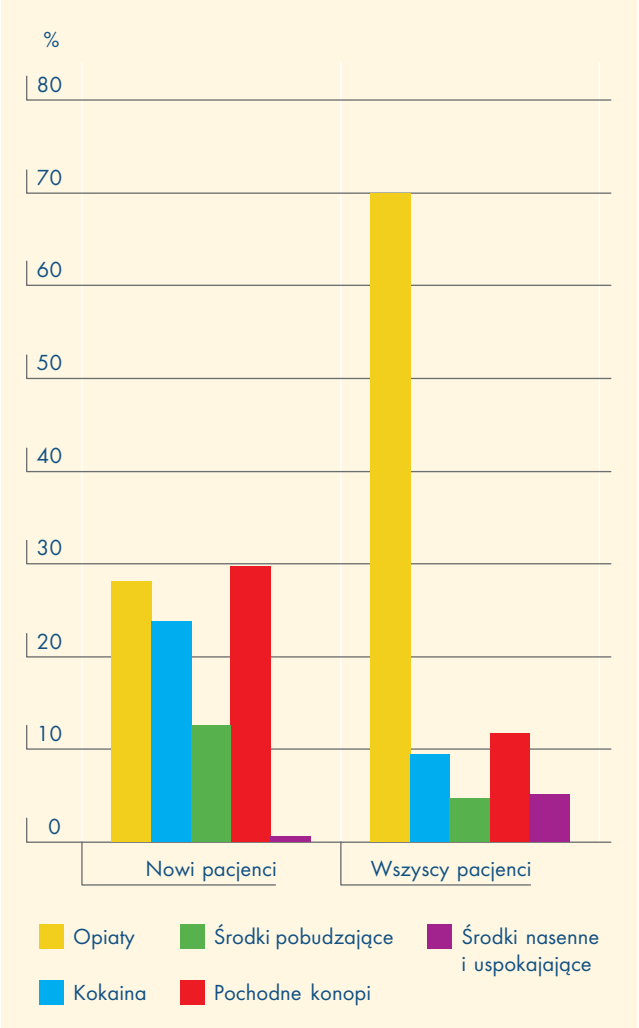
Trendy w zakresie zapotrzebowania na leczenie z powodu problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi

Pochodne konopi są nielegalnymi narkotykami najczęściej zażywanymi w Europie, niemniej tylko niewielki odsetek osób, które stosowały te narkotyki, ubiega się o leczenie. Mimo to w wielu państwach pochodne konopi są obecnie drugim najczęściej deklarowanym głównym narkotykiem, z powodu którego osoby otrzymywały specjalistyczne leczenie odwykowe. Według danych TDI (wskaźnik zapotrzebowania na leczenie) (patrz str. 65), zebranych ze wszystkich rodzajów placówek leczniczych, około 12% wszystkich pacjentów oraz 30% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie zostało zarejestrowanych jako osoby głównie zażywające pochodne konopi (wykres 26).

Odsetek nowych osób korzystających z leczenia (tj. tych, które nie były wcześniej poddawane leczeniu) ubiegających się o leczenie z powodu zażywania pochodnych konopi różni się znacząco pomiędzy poszczególnymi państwami i wynosi od niemalzera na Litwie do blisko połowy (48%) w Niemczech, niemniej ogólnie przekracza jedną piątą (20%) (wykres 27). Jednakże nie wszystkie państwa są w stanie przedstawić dane na temat pierwszych zgłoszeń na leczenie, a przy rozpatrywaniu większego zestawu danych dotyczących wszystkich zgłoszeń na leczenie problemowe zażywanie pochodnych konopi jest mniej znaczące.

W latach od 1996 do 2002 według danych wskaźnika TDI w państwach, dla których dostępne są dane dotyczące trendów, liczba nowych korzystających wymagających leczenia z powodu zażywania pochodnych konopi jako głównego narkotyku wzrosła z 3 713 do 12 493. W roku 2002 w 11 państwach, dla których dostępne są dane, średnio tacy pacjenci stanowili 29% wszystkich nowych pacjentów, a w 1996 roku 9% (więcej na temat źródeł danych wykres 20). Mimo że wszystkie te państwa, z wyjątkiem Grecji oraz Wielkiej Brytanii ([157]), deklarują wzrost liczby nowych pacjentów zażywających pochodne konopi w stosunku do wszystkich nowych osób korzystających z leczenia, zakres wzrostu wahał się od 6% w Holandii do 31% w Niemczech. Informacje dostarczone w sprawozdaniach krajowych Reitox sugerują, że liczba osób otrzymujących leczenie z pierwotnej przyczyny, jaką jest zażywanie głównie pochodnych konopi, również rośnie w niektórych nowych państwach członkowskich (wykres 28). W najnowszym przeglądzie zapotrzebowania na leczenie z powodu zażywania pochodnych konopi przeprowadzonym przez Holenderski Krajowy System Informacji o Alkoholu i Narkotykach (LADIS) odnotowano, że 29% nowych pacjentów przyjętych na leczenie w 2002 r. deklarowało problemowe zażywanie pochodnych konopi oraz że pacjenci ci reprezentowali niewielką, ale z roku na rok coraz większą grupę. W sprawozdaniu odnotowano również że, biorąc pod uwagę skalę

Wykres 26: Główny narkotyk odnotowany wśród nowych i wszystkich pacjentów uczestniczących w leczeniu uzależnienia narkotykowego w 2002 roku



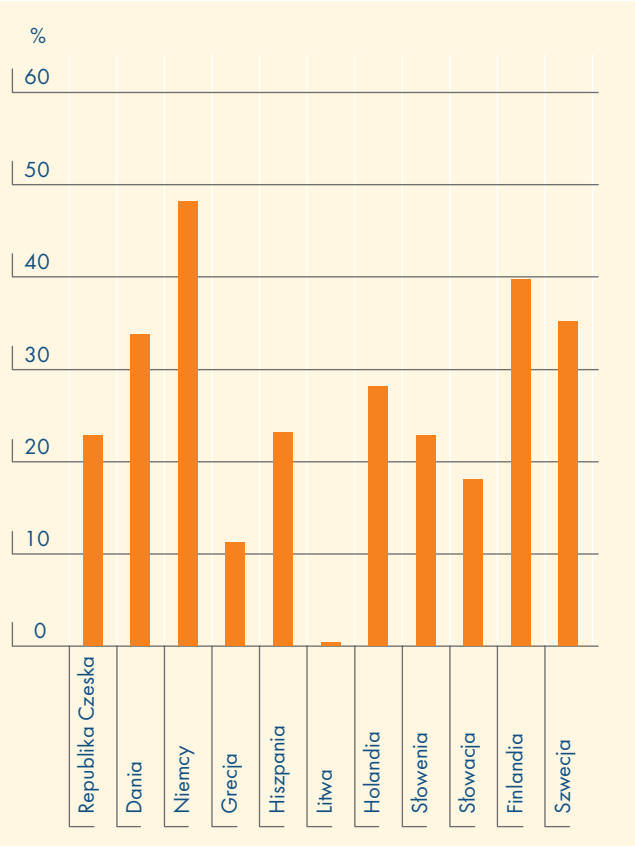
Uwagi: *n* = 42 568 (nowi pacjenci), 351 372 (wszyscy pacjenci).
Państwa, które dostarczyły dane (nowi pacjenci): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Państwa, które dostarczyły dane (wszyscy pacjenci): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Średnia ważona na podstawie liczby pacjentów wg kraju.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

zażywania pochodnych konopi w Holandii, odsetek osób ubiegających się o leczenie, mimo że rosnący, pozostał na względnie niskim poziomie.

Należy zachować ostrożność przy uogólnianiu informacji uzyskanych ze skonsolidowanego europejskiego zestawu danych. Dane przekrojowe dotyczące nowego zapotrzebowania na leczenie dostępne są tylko dla 11 państw. Należy również podkreślić, że wzrost zapotrzebowania na leczenie z używania pochodnych konopi, odzwierciedlony w danych wskaźnika TDI, został mocno naznaczony przez dane z Hiszpanii oraz Niemiec, państw, w których zaobserwowano szczególnie dużo

([156]) Grecja, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Łotwa, Holandia oraz Portugalia. Dane dla Finlandii nie są prezentowane z uwagi na niewielką deklarowaną w badaniu sondażowym liczbę osób zażywających narkotyk w ostatnim miesiącu (35). Liczba przypadków oraz rozkład procentowy dla każdego kraju przedstawione zostały w tabeli 7: Badanie ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([157]) Brak jest danych dotyczące nowych pacjentów w Wielkiej Brytanii, a informacje przedstawione zostały w sprawozdaniach krajowych.

Wykres 27: Pochodne konopi jako główny narkotyk odnotowany wśród nowych pacjentów uczestniczących w leczeniu w roku 2002



Uwagi: Całkowita liczba przypadków: 42 421.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

wzmianek dotyczących problemowego zażywania głównie pochodnych konopi. Co więcej, w odniesieniu do liczb ogólnych Hiszpania reprezentuje około 50% całego zapotrzebowania na leczenie.

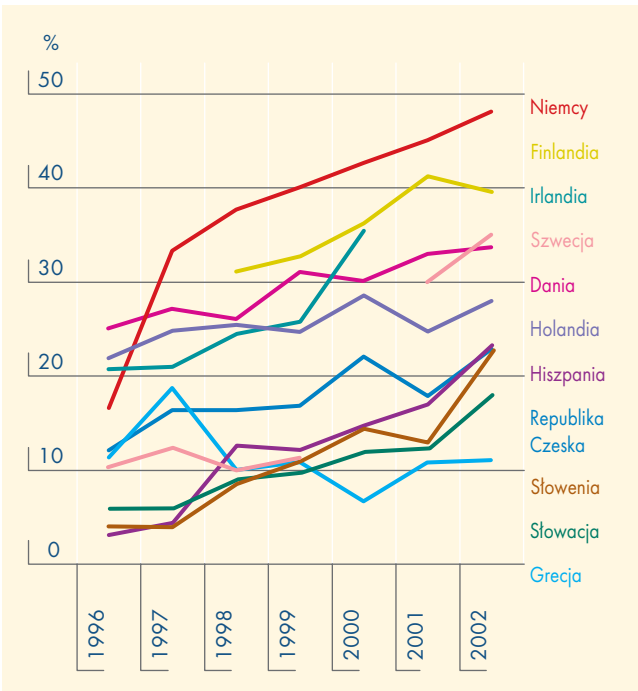
Wzrost zapotrzebowania na leczenie z zażywania pochodnych konopi nie ogranicza się wyłącznie do Europy. W Stanach Zjednoczonych, gdzie stosowany jest inny system rejestracji terapii odwykowych ([158]), ilość przyjęć z powodu zażywania marihuany wzrosła z około 20 000 w 1992 roku do blisko 90 000 w 2000 roku (SAMHSA, 2001 r.; EMCDDA, 2003d).

Rozważając konsekwencje zwiększonego zapotrzebowania na leczenie wśród osób zażywających pochodne konopi, nasuwają się następujące kluczowe pytania:

- Czy wyniki badań przedstawiają wzrost liczby osób mających problemy fizyczne i psychologiczne związane z zażywaniem przez nie pochodnych konopi? Jeśli tak, to:
  - czy wynika to ze wzrostu regularnego intensywnego zażywania pochodnych konopi?
  - czy odzwierciedla to inne czynniki, takie jak możliwy wzrost siły działania pochodnych konopi?
- Czy ten wzrost może zostać wyjaśniony przez czynniki niezależne od wzrostu zapotrzebowania na pomoc, takie jak:
  - ujęcie większego obszaru geograficznego w systemie raportowania terapii;
  - powstanie bardziej zróżnicowanych instytucji terapeutycznych, a w szczególności konkretnych usług terapeutycznych skierowanych do nastolatków oraz ludzi młodych (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.);
  - zmiany w sposobie obchodzenia się z zażywaniem pochodnych konopi przez system sprawiedliwości, w obrębie szkół lub przez agencje pracujące z ludźmi młodymi przy wzroście skierowań na leczenie osób, które inaczej nie szukałyby same pomocy.

Zrozumienie stopnia, w jakim każdy z tych czynników wpływa na uczestnictwo w leczeniu, jest bardzo istotne. Pierwszym krokiem jest rozpatrzenie charakterystyki osób, które przychodzą na leczenie i deklarują zażywanie pochodnych konopi jako główny problem. Analiza ta powstała w oparciu o badania przeprowadzone na osobach przychodzących do ośrodków leczenia pozaszpitalnego/ambulatoryjnego.

Wykres 28: Trendy w zażywaniu pochodnych konopi jako głównych narkotyków, wśród nowych pacjentów uczestniczących w leczeniu: 1996–2002 r.



Uwagi: Leczenie w liczbach ogólnych (% wszystkich pacjentów).
Srednia trendów (%) w obrębie państw.
Dla Szwecji dane za okres 1996–1999 pochodzą z leczenia szpitalnego: dlatego też liczba przypadków związanych z pochodnymi konopi jest względnie niska w porównaniu z innymi latami.
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

([158]) W Stanach Zjednoczonych rejestrowane są raczej przyjęcia na leczenie niż przyjmowane osoby. Ponadto, w przeciwieństwie do Europy, do substancji stanowiących przedmiot nadużywania zaliczany jest również alkohol. Patrz strona internetowa SAMHSA (http://www.samhsa.gov). Należy zwrócić uwagę, że w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie oraz Australii stosowany jest termin „marihuana", ponieważ pojęcie „haszysz" (żywica konopna) nie jest w powszechnym użyciu.

Pacjenci zażywający pochodne konopi: charakterystyka oraz schematy stosowania

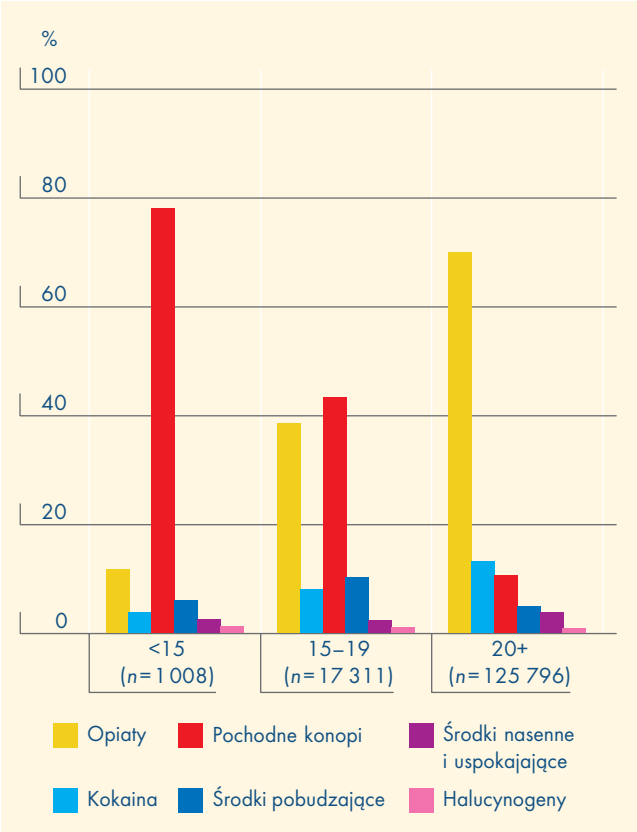
Dostępnych jest wiele standardowych opcji rejestrowania źródła skierowania osób zażywających narkotyki na leczenie. Opcje te dzielą osoby zażywające narkotyki na te, które same zdecydowały się na leczenie oraz te, które zostały skierowane przez inne jednostki, jak np. instytucje społeczne czy organa sprawiedliwości. Większość pacjentów zażywających pochodne konopi jest kierowana na leczenie przez rodziny bądź przyjaciół, instytucje społeczne lub wymiar sprawiedliwości. W porównaniu z użytkownikami innych narkotyków, mniejszy odsetek pacjentów zażywających pochodne konopi zgłasza się na leczenie z własnej woli ([159]). Podobną sytuację zaobserwowano również w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, gdzie zapotrzebowanie na leczenie z powodu zażywania marihuany jako głównej substancji w dużym stopniu jest wynikiem sugestii z zewnątrz (EMCDDA, 2003d).

Jedną z istotnych różnic pomiędzy drogami przybycia na leczenie jest fakt, że osoby skierowane przez członków rodziny lub instytucje społeczne (często szkoły) są z reguły młodsze, rzadziej stosują dodatkowo inne narkotyki oprócz pochodnych konopi i są bardziej zintegrowane społecznie, podczas gdy pacjenci kierowani przez organa sprawiedliwości lub sklasyfikowani jako osoby, które same zgłosiły się na leczenie, zazwyczaj są starsi i często zażywają inne narkotyki obok pochodnych konopi (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.). W Niemczech oraz Finlandii, państwach o najwyższym odsetku pacjentów, których głównym problemem jest zażywanie pochodnych konopi, organa wymiaru sprawiedliwości oraz szkoły odgrywają istotną rolę w kierowaniu na leczenie pacjentów zażywających pochodne konopi.

Pacjenci zażywający pochodne konopi po raz pierwszy korzystający z leczenia to w głównej mierze młodzi ludzie, mężczyźni (83%), o średniej wieku 22–23 lata, podczas gdy w przypadku innych narkotyków odsetek mężczyzn jest marginalnie mniejszy, a średnia wieku wyższa. W przypadku blisko 80% nowych pacjentów sklasyfikowanych jako „bardzo młodzi" (poniżej 15 roku życia) oraz 40% pacjentów w wieku od 15 do 19 roku życia pierwotną przyczyną, dla której ubiegają się oni o leczenie, jest zażywanie pochodnych konopi (wykres 29) ([160]). Te grupy są zwykle przede wszystkim złożone z mężczyzn, niemniej obejmują wyższy odsetek kobiet niż ogólna grupa pacjentów. Różnice w rozkładzie wieku oraz płci dla poszczególnych państw w dużym stopniu odzwierciedlają te same schematy wykazane u wszystkich pacjentów.

Wśród pacjentów, którzy nadal się uczą, odsetek względnie młodych pacjentów zażywających pochodne konopi wynosi aż 45%, w porównaniu z 4% pacjentów leczonych z problemów związanych z zażywaniem innych narkotyków. Dalsze 24% osób leczonych z powodu problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi ma

Wykres 29: Rozkład występowania głównego narkotyku odnotowanego wśród osób uczestniczących w leczeniu pozaszpitalnym wg grupy wiekowej: 2002 r.



Uwagi: Wszyscy pacjenci. Państwa, które dostarczyły dane: DK, DE, ES, EL, FI, EL, LU, HU, SE, UK.
W Danii i Wielkiej Brytanii mężczyźni stanowili 56%, a w Hiszpanii 17% wszystkich pacjentów uczestniczących w leczeniu uzależnienia od pochodnych konopi poniżej 20 roku życia.
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003; ośrodki leczenia pozaszpitalnego wg wskaźnika zapotrzebowania na leczenie.

regularne zatrudnienie, co odpowiada wskaźnikowi dla osób bezrobotnych ([161]). Stanowi to silny kontrast w porównaniu z pacjentami zażywającymi narkotyki takie jak heroina. Ponadto pacjenci zażywający pochodne konopi częściej deklarują posiadanie stałego miejsca zamieszkania, w przeciwieństwie do osób leczonych z powodu problemów związanych z innymi narkotykami ([162]). Odzwierciedla to fakt, że wielu z nich to osoby młode, studenci oraz osoby mieszkające z rodzicami.

Schematy zażywania wśród pacjentów korzystających z leczenia pozaszpitalnego z powodu zażywania głównie pochodnych konopi są bardzo zróżnicowane i zdecydowanie odmienne od tych, jakie zaobserwowano w przypadku innych narkotyków, w szczególności opiatów (wykres 30). Wśród pacjentów poddawanych leczeniu z problemu zażywania głównie pochodnych konopi w 2002 r. tylko 36% zażywało narkotyk codziennie, a jedynie 17% zażywało narkotyk częściej niż raz

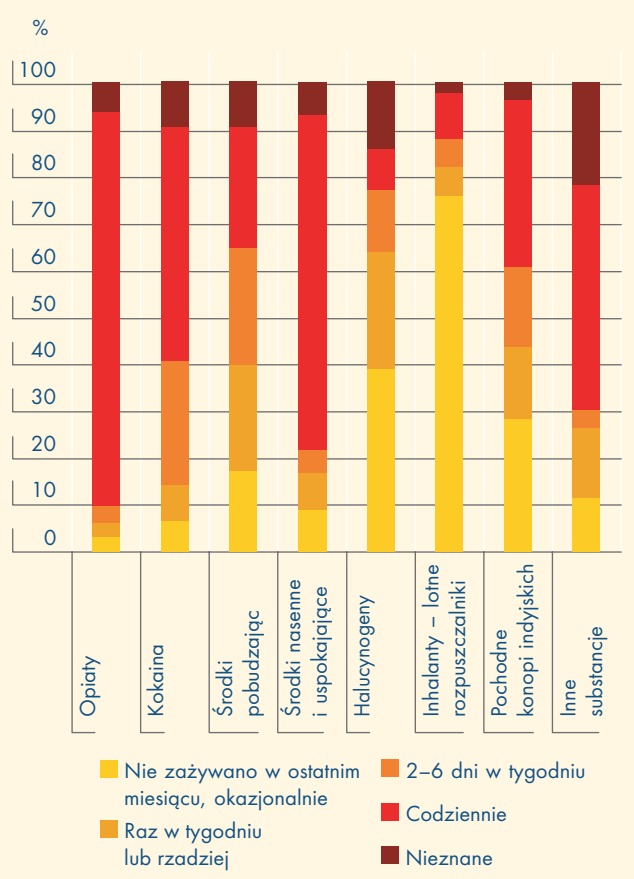
([159]) Patrz wykres 22 OL: Źródła skierowań wśród wszystkich pacjentów: dla wszystkich narkotyków oraz dla pochodnych konopi.
([160]) Patrz tabela 4: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([161]) Patrz wykres 23 OL: Pozycja na rynku pracy pacjentów zażywających pochodne konopi oraz wszystkich pacjentów.
([162]) Patrz wykres 24 OL: Warunki życia pacjentów zażywających pochodne konopi oraz wszystkich pacjentów.

w tygodniu (2–6 razy w tygodniu). Piętnaście procent zażywało narkotyk raz w tygodniu lub rzadziej, a 28% zażywało narkotyk okazjonalnie lub nie zażywało pochodnych konopi w ostatnim miesiącu. Dla kontrastu, 84% osób zażywających opiaty w trakcie leczenia to osoby zażywające narkotyk codziennie.

Odsetek pacjentów leczonych pozaszpitalnie, którzy zażywają pochodne konopi codziennie, waha się w poszczególnych państwach. Najwyższe odsetki osób zażywających pochodne konopi codziennie odnotowano w Holandii (80%) oraz Danii (76%), podczas gdy najwyższy odsetek osób zażywających narkotyk okazjonalnie odnotowano w Niemczech (41%) ([163]).

Im niższy wiek, w jakim pacjenci po raz pierwszy mają kontakt z pochodnymi konopi, tym większe ryzyko rozwinięcia się problemów narkotykowych w przyszłości (Kraus et al., 2003 r.). W Europie 28% wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi będących

Wykres 30: Rozkład częstości zażywania głównego narkotyku odnotowanego wśród wszystkich osób uczestniczących w leczeniu pozaszpitalnym w roku 2002



Uwagi: *n* = 109 699 (wszyscy pacjenci). Państwa, które dostarczyły dane: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – wszystkie rodzaje ośrodków terapeutycznych).
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, ośrodki leczenia pozaszpitalnego wg wskaźnika zapotrzebowania na leczenie.

w trakcie leczenia w 2002 roku zaczęło zażywać narkotyk przed 15 rokiem życia, a prawie wszyscy (89%) przed 20 rokiem życia. Analogiczne liczby dla osób zażywających opiaty wynoszą odpowiednio 9% i 42,8% oraz dla zażywających kokainę 6% i 26,5%.

Większość państw deklaruje, że pacjenci w trakcie leczenia, którzy mają problemy wynikające z zażywaniem głównie pochodnych konopi, często zażywają więcej niż jeden narkotyk. Może to wskazywać na wytwór mylnego raportowania, na przykład w sytuacji, gdy pacjenci zażywający więcej niż jeden narkotyk byli dla wygody rejestrowani jako osoby mające problemy głównie w związku z zażywaniem pochodnych konopi. Niemniej brak jest danych ilościowych dotyczących odsetka osób zażywających więcej niż jeden narkotyk wśród ogólnej grupy pacjentów. Istnieją różnice pomiędzy pacjentami, którzy zażywają tylko pochodne konopi, a tymi, którzy zażywają pochodne konopi w połączeniu z innymi narkotykami (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.). W porównaniu do drugiej grupy, pierwsze osoby są z reguły młodsze oraz bardziej zintegrowane społecznie (częściej mają zatrudnienie i lepsze wykształcenie oraz rzadziej porzucają lub porzucili szkołę). Najczęściej deklarowanymi substancjami wtórnymi stosowanymi przez osoby głównie zażywające pochodne konopi są alkohol (32,9%) oraz środki pobudzające (25%) ([164]), mimo że wartości procentowe są różne dla poszczególnych państw.

Niektórzy pacjenci zażywający pochodne konopi i będący w trakcie leczenia również przyznają się do stosowania innych narkotyków dożylnie, a inni deklarują przynajmniej jednorazowe zażycie w ciągu życia narkotyków w drodze iniekcji, mimo że obecnie nie zażywają innych substancji poza pochodnymi konopi. Na przykład w Grecji w 2002 roku, mimo że 14,7% pacjentów zażywających pochodne konopi wraz z deklarowanym drugim narkotykiem stosowało narkotyki dożylnie w ciągu ostatnich 30 dni, 25,4% wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi zadeklarowało przynajmniej jednokrotne w ciągu życia zażycie innych substancji dożylnie (greckie sprawozdanie krajowe, 2003 r.). Podobnie informacje z Republiki Czeskiej (sprawozdanie krajowe) sugerują, że w niektórych instytucjach terapeutycznych blisko połowa pacjentów zażywających pochodne konopi stosuje również narkotyki w drodze iniekcji.

Trendy w zakresie zapotrzebowania na leczenie: zmieniające się czynniki

Wzrost zapotrzebowania na leczenie w przypadku problemów z zażywaniem głównie pochodnych konopi powinien zostać przeanalizowany w kontekście zmian, które nastąpiły w charakterystyce oraz schematach zażywania. Pomiędzy rokiem 2000 a 2002 w tych państwach, które przedstawiły dane, całkowita liczba osób skierowanych na leczenie przez organa wymiaru sprawiedliwości, rodzinę i przyjaciół oraz instytucje społeczne wzrosła wyjątkowo o odpowiednio 103%, 81% oraz 136% ([165]). Nie stwierdzono żadnych znaczących różnic pomiędzy poszczególnymi

([163]) Patrz wykres 25 OL: Częstość zażywania pochodnych konopi wg kraju.
([164]) Patrz wykres 26 OL: Najczęściej stosowany wtórny narkotyk wśród wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi wg kraju oraz tabela 9: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.
([165]) Patrz wykres 27 OL: Źródła skierowań wśród wszystkich pacjentów, 2000-2002.

państwami, z wyjątkiem Niemiec, gdzie odsetek skierowań obliczany dla skierowań wydanych przez organa wymiaru sprawiedliwości również wzrósł (z 21,7% do 26,7%).

Brak jest pewnych danych dotyczących trendów w charakterystyce socjodemograficznej pacjentów zażywających pochodne konopi, mimo że w niektórych sprawozdaniach krajowych (Republika Czeska, Francja oraz Luksemburg) odnotowano wzrost liczby pacjentów z problemami w nauce, społecznymi oraz psychologicznymi. W latach 2001–2002 odsetek osób zażywających codziennie narkotyk wśród pacjentów zażywających pochodne konopi wzrósł z 31,7% do 39,2% ([166]). Niektóre państwa deklarują, że odsetek osób zażywających narkotyk codziennie jest wyższy wśród starszych osób korzystających z leczenia (powyżej 20 roku życia).

Pochodne konopi w populacji ogólnej: od zażywania eksperymentalnego do codziennego

Jak opisano powyżej, mimo że zażywanie pochodnych konopi wzrosło znacząco we wszystkich państwach w latach 90-tych oraz, mimo że pochodne te są najczęściej zażywanymi narkotykami, w większości zażywane są one okazjonalnie lub krótkoterminowo. Prawdopodobnie osoby najbardziej zagrożone rozwinięciem się problemu narkotykowego lub uzależnienia to pacjenci, którzy zażywają narkotyk intensywnie, niemniej źródła danych dotyczące tej kwestii są wyjątkowo niepełne, mimo że wiadomo, iż osoby zażywające w ostatnim czasie (w ciągu ostatnich 30 dni) to z reguły młodzi mężczyźni żyjący w miastach.

„Zażywanie w ciągu ostatnich 30 dni" jest wskaźnikiem bieżącego zażywania i obejmuje osoby, które stosują narkotyk intensywnie. W ostatnich badaniach sondażowych, jeśli wykluczyć Szwecję (0,1%), 1–7% wszystkich osób dorosłych oraz 3–12% młodych osób dorosłych deklarowało zażywanie narkotyku w ciągu ostatnich 30 dni. Niemniej istnieją różnice pomiędzy państwami, a bieżące zażywanie jest najbardziej powszechne w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Francji, Irlandii oraz Wielkiej Brytanii. W państwach, gdzie możliwe jest przeanalizowanie trendów dotyczących zażywania w ostatnich 12-stu miesiącach dla danego okresu, odnotowano wzrost, niemniej nie jest on dramatycznie duży.

Dane umożliwiające szczegółowe przeanalizowanie częstości zażywania w ciągu ostatnich 30 dni dostępne są dla dziewięciu państw, tj. Grecji, Hiszpanii, Francji, Irlandii, Włoch, Łotwy, Holandii, Portugalii oraz Finlandii (nie zostały one przedstawione). Z jednym wyjątkiem (Łotwa), w przybliżeniu jedna czwarta (19–33%) osób, które zażywały pochodne konopi w ostatnim miesiącu, robiła to codziennie lub prawie codziennie ([167]) ([168]). W tych państwach, osoby zażywające narkotyki codziennie obejmują 0,5–2,3% całkowitej populacji ([169]) oraz 0,9–3,7% populacji młodych osób dorosłych (między 15 a 34 rokiem życia) (wykres 31). Większość osób (76–92%), które deklarowały zażywanie pochodnych konopi w ostatnim miesiącu, była w wieku od 15 do 34 lat i, w konsekwencji, osoby zażywające codziennie również mieściły się w tym przedziale. Ponadto osoby zażywające codziennie to w większości mężczyźni, mimo że odsetek ten waha się w przedziale od 62% w Holandii do 92% w Grecji.

W oparciu o te dane możliwe jest wstępne określenie liczby osób zażywających intensywnie pochodne konopi w Europie. Zakładając że, z grubsza, 1% populacji zażywa pochodne konopi codziennie, w państwie mającym 25 milionów mieszkańców (w wieku od 15 do 64 roku życia) odsetek ten odpowiadałby liczbie 250 000 osób zażywających pochodne konopi codziennie. W całej UE, przy całkowitej populacji wynoszącej 302 miliony osób w wieku od 15 do 64 lat, rozpowszechnienie codziennego zażywania dotyczyłoby 3 milionów osób.

Nawet wśród młodych osób dorosłych intensywne zażywanie pochodnych konopi waha się zależnie od grupy wiekowej i jest ogólnie wyższe wśród osób młodszych. W hiszpańskich badaniach ankietowych przeprowadzonych w 2002 r. w szkołach 3,6% uczniów w wieku od 14 do 18 roku życia deklarowało zażywanie codziennie lub prawie codziennie (co odpowiada górnej granicy zakresu dla młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat). Natomiast w rocznym francuskim badaniu sondażowym przeprowadzonym wśród osób w wieku od 17 do 19 lat (ESCAPAD) zażywanie pochodnych konopi codziennie w ostatnich 30 dniach było w dalszym ciągu wyższe i dotyczyło 9,2% chłopców oraz 3,3% dziewcząt (Beck i Legleye, 2003 r.).

Skutki uzależnienia lub nadużywania pochodnych konopi wydają się być mniej poważne niż w przypadku innych narkotyków. Większość osób zażywających intensywnie pochodne konopi to jak się wydaje, względnie zintegrowane młode osoby, które są narażone na większe ryzyko wystąpienia innych problemów społecznych (wypadki drogowe, problemy z ukończeniem nauki lub rozbicie rodziny) niż związanie się z działalnością przestępczą, w związku z czym należy podjąć właściwe działania interwencyjne i nie tworzyć dalszych problemów, czy powodować wykluczenia ze społeczeństwa.

Siła działania pochodnych konopi oraz kwestie związane z dawkowaniem

Przypuszcza się, że wzrost siły działania pochodnych konopi jest w części odpowiedzialny za nasycenie problemów oraz w rezultacie wzrost liczby osób

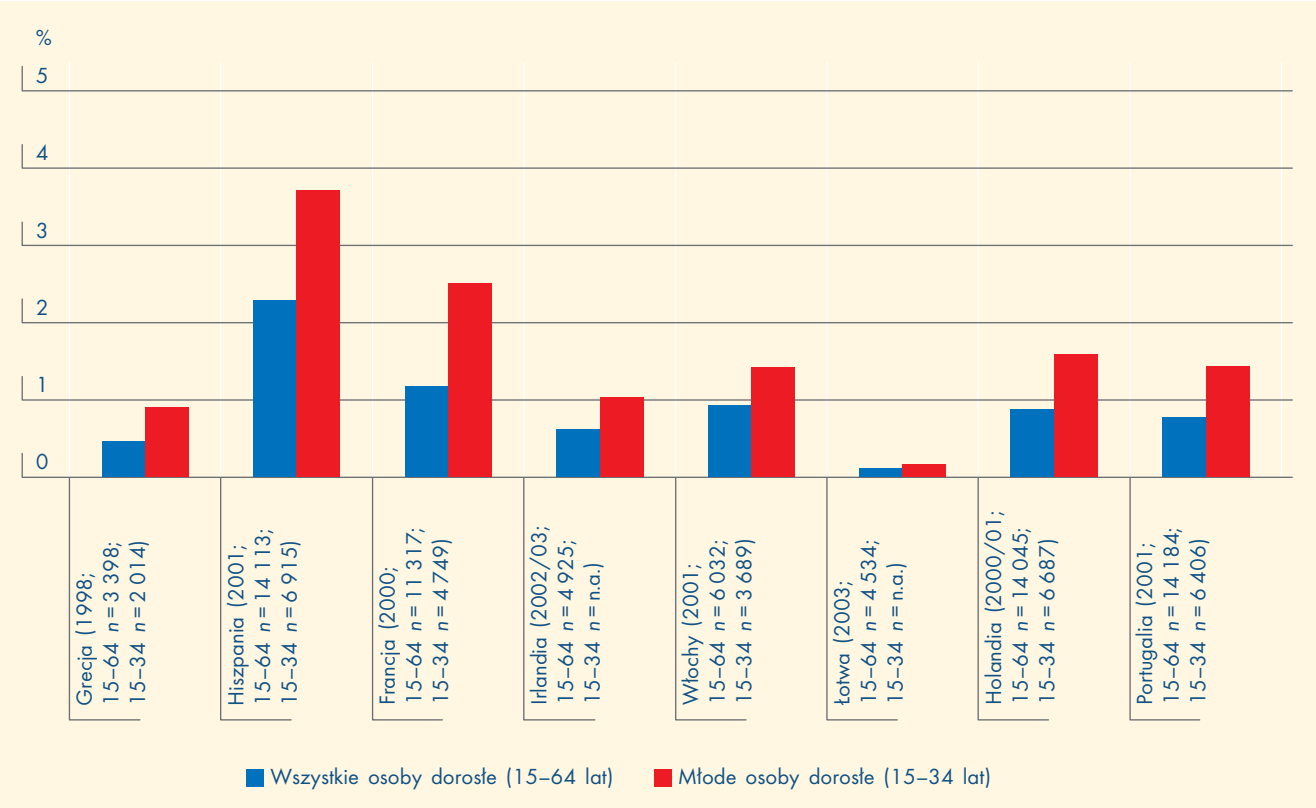
([166]) Patrz wykres 28 OL: Częstość zażywania wśród wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi i tabela 8: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

([167]) W tej części informacje odnosić się będą do „zażywania przez 20 dni lub więcej w ciągu ostatnich 30 dni", wyrażane również jako „zażywanie codziennie lub prawie codziennie". Przewiduje się zebranie danych dotyczących dokładnej liczby dni zażywania za pomocą europejskiego kwestionariusza wzorcowego, ale dla celów raportowania danych krajowych częstość zażywania została podzielona na cztery odrębne kategorie, gdzie najwyższa to „20 dni lub więcej".

([168]) Patrz wykres 29 OL: Odsetek osób zażywających codziennie (lub prawie codziennie) wśród osób dorosłych (od 15 do 64 roku życia), które używały pochodnych konopi w ostatnim miesiącu.

([169]) Odsetek „osób zażywających w ostatnim miesiącu" przemnożony przez odsetek „osób zażywających codziennie lub prawie codziennie", tj. 6% (zażycie w ciągu ostatniego miesiąca) × 25% (odsetek zażywających „20 razy lub więcej") = 1,5%.

Wykres 31: Odsetek „osób zażywających codziennie lub prawie codziennie" pochodne konopi wśród wszystkich osób dorosłych w niektórych krajach UE na podstawie krajowych badań populacji



Uwagi: Osoby zażywające codziennie lub prawie codziennie = zażywanie przez 20 dni lub więcej w okresie miesiąca poprzedzającego wywiad.
Dane pochodzą z najnowszych badań krajowych dostępnych w każdym państwie.
Zakres wieku dla wszystkich dorosłych wynosi od 15do 64 lat (Włochy 44 lata), a dla młodych osób dorosłych od 15 do 34 lat. Odchylenia w przedziale wiekowym mogą powodować niewielkie rozbieżności pomiędzy państwami.
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, wzięte ze sprawozdań z badań populacji lub artykułów naukowych. Patrz również: Standardowe tabele epidemiologiczne w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

przyjmowanych na leczenie. Zrozumienie kwestii związanych z siłą działania pochodnych konopi, dawką jaką pojedyncze osoby przyjmują oraz ich prawdopodobnym wpływem na nagłe i przewlekłe problemy prowadzi do potrzeby rozpatrzenia wielu złożonych zagadnień. Celem zbadania dostępnych dowodów naukowych na temat siły działania pochodnych konopi EMCDDA przeprowadziło specjalne badanie, którego kluczowe wyniki można znaleźć na stronie 90.

Siła działania pochodnych konopi jest jednym z wielu czynników, służących do obliczania dawki jaką może przyjąć pojedyncza osoba w danym okresie (Hall et al., 2001 r.). Sposób podania, technika palenia, narkotyku wykorzystanego podczas jednej sesji oraz liczba sesji, w których dana osoba bierze udział są równie, a nawet bardziej istotne przy obliczaniu wskaźnika narażenia indywidualnego. Pochodne konopi o dużej sile działania zawsze do pewnego stopnia były dostępne, a obawy z tym związane nie są żadną nowością. Należy również zauważyć, że nie wytłumaczono jeszcze, czy osoby zażywające pochodne konopi zmieniają swoje zwyczaje, aby uzyskać pożądaną dawkę i efekt z nią związany. Tak więc zakres, w jakim pochodne konopi o dużej sile działania używane są w dużych dawkach, wymaga dalszego zbadania.

Odpowiedź na potrzeby osób mających problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi

Zrozumienie potrzeb osób poszukujących pomocy przyproblemach związanych z zażywaniem pochodnych konopi stanowi podstawę do opracowania skutecznych rozwiązań. Analiza zapotrzebowania na leczenie oraz innych danych wskaźnikowych sugeruje, że zarówno osoby zażywające pochodne konopi skierowane na leczenie, jak wszystkie osoby zażywające stanowią populację heterogenną o odpowiednio różnorodnych potrzebach. W związku z tym konieczne jest zachowanie ciągłości proponowanych rozwiązań, mogących objąć działania prewencyjne oraz działania skierowane na ograniczanie ryzyka, jak również działania związane z oficjalnym podjęciem leczenia. Jedną z możliwych obaw stanowi pytanie, czy właściwym jest kierowanie młodych ludzi, którzy zażywają pochodne konopi okazyjnie, do specjalistycznych ośrodków terapii antynarkotykowej. Odpowiedź na to

Siła działania pochodnych konopi (źródło: EMCDDA, 2004c)

1. Kraje UE można podzielić na dwie oddzielne grupy w zależności od tego, czy najpowszechniej konsumowanym produktem jest marihuana, czy żywica konopna. Z krajów, dla których dostępne są informacje, żywica jest najbardziej rozpowszechniona w Niemczech, Irlandii, Portugalii oraz Wielkiej Brytanii, podczas gdy marihuana jest najbardziej rozpowszechniona w Belgii, Republice Czeskiej, Estonii, Holandii i Austrii.
2. Nie odnotowano długotrwałego trendu wzrostowego odnośnie siły działania marihuany czy żywicy, importowanych do Europy. We wszystkich krajach UE, ewentualnie z wyjątkiem Holandii, większość konsumowanych produktów otrzymywanych z konopi indyjskich jest importowana, chociaż brak jest obecnie systematycznych danych odnośnie domowej produkcji marihuany.
3. Domowa produkcja pochodnych konopi indyjskich ma miejsce w niewielkim stopniu we wszystkich krajach europejskich. W Holandii ocenia się, że produkt ten stanowi ponad połowę konsumowanych pochodnych konopi, ale w większości państw więcej jest produktów importowanych.
4. Marihuana hodowana w domu przy zastosowaniu intensywnych metod (np. systemy wodne ze sztucznym oświetleniem, rozmnażanie przez sadzonkowanie oraz kontrola dostępu światła dziennego) ma zazwyczaj wyższą zawartość tetrahydrokanabinolu (THC) niż importowany narkotyk. Mimo że siła działania marihuany hodowanej w domu może pokrywać się z mocą importowanych pochodnych konopi, jej średnia siła działania może być nawet dwa do trzech razy większa.
5. Ogólny wzrost siły działania produktów otrzymywanych z konopi, który odnotowano w kilku państwach, można prawie całkowicie przypisać wzrostowi konsumpcji domowych pochodnych konopi.
6. Biorąc pod uwagę udział w rynku różnych produktów z konopi indyjskich, rzeczywista siła działania pozostaje od wielu lat całkiem stabilna niemal we wszystkich krajach, utrzymując się na poziomie około 6–8%. Jedynym wyjątkiem jest Holandia, gdzie do roku 2001 wynosiła ona 16%.
7. W Holandii lokalnie produkowana żywica konopna ma wyjątkowo wysoką zawartość THC, ale materiał ten jest wciąż bardzo rzadki w tym kraju i prawie nieznany gdzie indziej.
8. Informacji podawanych przez szeroko dostępne media o tym, że siła działania marihuany zwiększyła się dziesięciokrotnie lub więcej w ciągu ostatnich dekad, nie można poprzeć niewystarczającymi danymi dostępnymi ze Stanów Zjednoczonych czy z Europy. Największa długotrwała zmiana w sile działania jak się wydaje nastąpiła w USA, ale należy wziąć pod uwagę, że przed rokiem 1980 w Stanach Zjednoczonych siła działania pochodnych konopi była niższa w porównaniu ze standardami europejskimi.
9. Wniosek ogólny z przeprowadzonego badania jest taki, że zaszły jedynie niewielkie zmiany w zawartości THC, spowodowane w szczególności pojawieniem się ostatnio na rynku intensywnie hodowanych konopi indyjskich w krajach UE. Ponadto odnotowano, że zawartość THC w produktach z konopi indyjskich jest niezwykle zmienna. Istnieje potrzeba przekazu jasnych informacji w celu opracowania systemów monitorowania, za pomocą których możliwe będzie dokonanie oceny udziału w rynku poszczególnych produktów otrzymywanych z konopi indyjskich i okresowe śledzenie zmian. Aktualnie odczuwalny jest olbrzymi brak tego typu informacji.
10. Badanie identyfikuje wiele ważnych dziedzin, które wymagają uwagi w celu właściwego ocenienia kwestii związanych z siłą działania pochodnych konopi. Zagadnienia te obejmują ujednolicenie nomenklatury produktów otrzymywanych z konopi indyjskich, sprawniejsze monitorowanie danych rynkowych, ulepszenie standardów laboratoryjnych odnośnie przeprowadzania analiz i sprawniejsze gromadzenie danych oraz ich prezentację na szczeblu europejskim, badania w celu określenia zależności pomiędzy siłą działania, zachowaniami palaczy oraz poziomem THC/metabolitów we krwi osób zażywających w Europie oraz potrzebę zbadania zakresu, w jakim pochodne konopi o dużej sile działania wpływają na ryzyko przedawkowania oraz ich możliwy wpływ na problemy zdrowotne. Uważa się, że koszty i korzyści związane z odmiennym reagowaniem na poszczególne produkty otrzymywane z konopi indyjskich zasługują na rozważenie.

pytanie w dużym stopniu zależy od tego jak usługi te są skonfigurowane oraz od stopnia, w jakim pacjenci mają kontakt z osobami zażywającymi innego rodzaju substancje od dłuższego czasu. Niemniej identyfikacja właściwych dróg kierowania na leczenie dla osób, które cechują różne schematy konsumpcji pochodnych konopi, pozostaje istotnym problemem, wymagającym dalszego rozpatrzenia.

Kilka nowych inicjatyw w zakresie prewencji opracowano szczególnie w odpowiedzi na wzrost konsumpcji pochodnych konopi wśród ludzi młodych, albowiem przeciwdziałanie rzadko ukierunkowane jest na zażywanie konkretnej substancji. Niemniej niektóre państwa członkowskie deklarują nowe dokonania w tej dziedzinie poprzez przyjęcie dwóch głównych strategii: (1) podkreślanie zagrożenia pokazującego, że młode osoby zażywające pochodne konopi mogą wejść w kontakt z wymiarem sprawiedliwości oraz (2) podejmowanie próby odwrócenia sposobu postrzegania przez opinię publiczną zażywania pochodnych konopi jako normatywnego zachowania za pomocą masowych oraz adresowanych do odpowiednich grup społecznych kampanii medialnych.

W Niemczech, Grecji, Irlandii, Finlandii oraz Wielkiej Brytanii wprowadzone zostały środki mające na celu ograniczenie psychospołecznych konsekwencji popełnienia

pierwszego wykroczenia za zażywanie pochodnych konopi przez młodocianych. Najnowszym takim przykładem (z 2000 roku i później) jest program FRED w Niemczech, który działa obecnie w ośmiu landach i dzięki któremu młode osoby zażywające narkotyk mogą skorzystać z wczesnych krótkoterminowych działań interwencyjnych o charakterze dobrowolnym ([170]). W Wielkiej Brytanii zespoły ds. wykroczeń popełnianych przez nieletnich działają na podobnej zasadzie. Po zmianie sposobu, w jaki traktowane były pewne aspekty zażywania pochodnych konopi przez wymiar sprawiedliwości oraz reklasyfikacji tego narkotyku (z klasy B do klasy C) posiadanie, a nie konsumpcja, jest teraz wykroczeniem. W wypadku posiadania otrzymuje się ostrzeżenie. Ustanowiono specjalną procedurę w celu formalnego udzielania ostrzeżeń młodym osobom (tj. poniżej 18 roku życia). W Wielkiej Brytanii wprowadzono również kampanię z wykorzystaniem środków masowego przekazu celem ponownego pokazania negatywnego i nielegalnego charakteru pochodnych konopi.

Kolejną niedawną inicjatywą jest przeniesienie kampanii prewencyjnej do „coffee shopów", gdzie dostępne są niewielkie ilości pochodnych konopi. Działania te przybierają formę kursu oraz podręcznika przeznaczonego dla właścicieli barów „coffee shop" celem zapobiegania powstawaniu problemów związanych z zażywaniem narkotyku w tych placówkach. Podręcznik dostarcza informacje na temat pochodnych kokainy, przepisów antynarkotykowych, zaburzeń psychicznych, pierwszej pomocy, przedsiębiorczości oraz umiejętności pedagogicznych. W Holandii istnieje tradycja podejścia indywidualnego i bezpośredniego do konsumpcji pochodnych konopi, tak jak przedstawiane jest to w czasie Tygodnia Haszu i Trawki ([171]), kiedy to organizuje się spotkania dla osób nałogowo zażywających pochodne konopi, na których omawia się konsekwencje intensywnego zażywania oraz możliwości zmiany nawyków.

W pewnym zakresie takie podejście zawiera w sobie podejście mające na celu redukcję szkód, jak również metody zorientowane na przeciwdziałanie. Niemniej oprócz dobrze znanego związku pomiędzy paleniem i problemami z układem oddechowym oraz rosnących obaw odnośnie negatywnego wpływu intensywnego zażywania pochodnych konopi na stan zdrowia, działania interwencyjne zorientowane na redukcję szkód związane z zażywaniem pochodnych konopi pozostają w niewielkim stopniu rozwinięte w porównaniu z działaniami podejmowanymi wobec osób zażywających inne narkotyki.

Osoby mające problem z zażywaniem pochodnych konopi mają możliwość podjęcia leczenia głównie w ośrodkach terapeutycznych oferujących opiekę pacjentom uzależnionym od legalnych i nielegalnych narkotyków lub osobom z innymi uzależnieniami. Obecność świadczeń, które zostały specjalnie zaprojektowane dla osób zażywających pochodne konopi, zadeklarowały niektóre państwa (Dania, Niemcy, Grecja, Francja, Holandia, Austria, Szwecja oraz Norwegia), ale ogólnie opieka specjalistyczna tego typu wydaje się być bardzo ograniczona. W wielu państwach usługi terapeutyczne dla osób zażywających pochodne konopi udostępniane są w instytucjach zajmujących się leczeniem problemów ogólnie związanych z zażywaniem narkotyków (Belgia, Republika Czeska, Dania, Niemcy, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Holandia, Austria, Portugalia, Słowenia oraz Norwegia).

W większości osoby mające problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi leczone są razem z pacjentami leczonymi z powodu problemowego zażywania innych nielegalnych narkotyków, głównie opioidów. Ponieważ wiele z tych specjalistycznych ośrodków terapeutycznych jest dostosowanych do potrzeb często chaotycznej i zmarginalizowanej populacji, ich przydatność w leczeniu osób z mniej poważnymi problemami, takich jak większość osób zażywających pochodne konopi, jest dyskusyjna. Służby terapeutyczne w państwach członkowskich mają świadomość tych zagadnień, a wiele państw w swoich sprawozdaniach krajowych Reitox zauważało, że mieszanie osób problemowo zażywających pochodne konopi z osobami problemowo zażywającymi heroinę lub kilka narkotyków równocześnie może być nieopłacalne i niekorzystne, i podawało te powody jako jedną z przyczyn, dla których osoby zażywające pochodne konopi nie powinny otrzymywać leczenia szpitalnego. Łatwiej jest opracowywać programy przeznaczone specjalnie dla osób zażywających pochodne konopi w oparciu o leczenie pozaszpitalne. W austriackim sprawozdaniu krajowym zasugerowano, że opieka szpitalna, jeśli jest konieczna, powinna raczej odbywać się na oddziale psychiatrii ogólnej dla młodzieży niż w specjalistycznych jednostkach odwykowych. Ostatnie innowacje wprowadzone przez państwa członkowskie w odpowiedzi na potrzeby osób zażywających pochodne konopi obejmują opracowany w Szwecji podręcznik leczenia zaburzeń poznawczych dla osób przewlekle zażywających pochodne konopi, internetową stronę samopomocy dla osób z problemami związanymi z zażywaniem pochodnych konopi założoną w Holandii oraz wprowadzenie leczenia akupunkturą w Finlandii.

Podsumowanie

Celem tego przeglądu jest umieszczenie zaobserwowanego wzrostu w liczbie odnotowanych zgłoszeń na leczenie w związku z zażywaniem pochodnych konopi w szerszym kontekście analitycznym. Widać przy tym wyraźne, że wiele ważnych pytań, stanowiących podstawę świadomej debaty politycznej dotyczącej tego kontrowersyjnego problemu, pozostaje bez odpowiedzi. Co więcej, również widoczny jest fakt, że dostępne dowody nie usprawiedliwiają alarmistycznego podejścia, ale nie jest to również powód do samozadowolenia.

Osoby mające problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi stanowią niemały odsetek osób ubiegających się o leczenie w specjalistycznych placówkach w niektórych państwach i tworzą ważną podgrupę w obrębie większej populacji poddawanej leczeniu. Większość z nich to młodzi mężczyźni, z reguły około

([170]) Więcej informacji dotyczących tego i innych programów prewencyjnych dostępnych jest w bazie danych EMCDDA EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).
([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

20 roku życia, z których większość zaczęła zażywać ten narkotyk w wieku 16–17 lat.

Pacjenci zażywający pochodne konopi cechują się odmiennymi schematami zażywania narkotyków niż osoby zażywające inne substancje, ponadto istnieją istotne różnice pomiędzy poszczególnymi pacjentami zażywającymi pochodne konopi. Profile różnych podgrup osób zażywających pochodne konopi, które poddano leczeniu, prawdopodobnie bezpośrednio wpływają na zrozumienie ich potrzeb, a przez to zapewnienie odpowiednich reakcji na to zjawisko. Ważnym odnośnikiem jest częstość zażywania, obecne, jak i wcześniejsze zażywanie innych narkotyków oraz źródła skierowania na leczenie.
W szerszym rozumieniu, podsumowując sprawozdania krajowe oraz dane wskaźnika TDI, dostrzega się dwa wyraźne profile pacjentów:

- młode osoby zażywające, często studenci, kierowane na leczenie przez rodzinę lub szkołę oraz zażywające tylko pochodne konopi, czasem w połączeniu z alkoholem czy środkami pobudzającymi;
- osoby zażywające równocześnie kilka narkotyków, które z reguły są starsze i mniej zintegrowane społecznie, kierowane na leczenie częściej przez organa wymiaru sprawiedliwości czy placówki zdrowia albo instytucje społeczne oraz często należące do populacji osób zażywających narkotyki w sposób przewlekły.

Dodatkowo pewne dowody potwierdzają istnienie innych grup kierowanych na leczenie przez ograna wymiaru sprawiedliwości, których reprezentanci nie zażywają innych narkotyków i wydają się zażywać pochodne konopi okazjonalnie.

Odzwierciedlając zmiany charakterystyki zapotrzebowania na leczenie z problemów wynikających z zażywania głównie pochodnych konopi w danym okresie, dostępne informacje świadczą o:

- zwiększonej liczbie pacjentów kierowanych na leczenie przez wymiar sprawiedliwości w niektórych państwach;
- zwiększonej liczbie osób kierowanych na leczenie przez rodzinę lub grupy wsparcia społecznego (rodzina, przyjaciele, instytucje społeczne, szkoły);
- zwiększonym odsetku osób zażywających pochodne konopi intensywnie (codziennie), mimo że osoby zażywające codziennie stanowią w dalszym ciągu mniejszość;
- zwiększonym natężeniu problemów społecznych oraz edukacyjnych w niektórych państwach, mimo że dane w tym zakresie są nadal ubogie.

Na znaczący wzrost w zapotrzebowaniu na leczenie wydają się mieć wpływ zmiany w sposobie kierowania na leczenie i wydaje się, że większość osób skierowanych na leczenie nie należy do grupy osób zażywających narkotyki intensywnie. Niemniej przynajmniej w niektórych państwach znaczące zapotrzebowanie pochodzi od osób, które zażywają pochodne konopi intensywnie. Problemy zaobserwowane w tej grupie zostały rozpoznane w nieznacznym stopniu i zbadanie tego obszaru jest pilnie wymagane. Zaobserwowanie faktu, że większość zapotrzebowania na leczenie rejestrowana ze strony osób młodych wiąże się z zażywaniem pochodnych konopi, sugeruje konieczność szczególnego rozważenia ich potrzeb, dróg kierowania na leczenie oraz działań, których podjęcie dla tej grupy jest niezbędne.

Również istotne jest zdanie sobie sprawy z faktu, że zapotrzebowanie na leczenie nie jest bezpośrednim wskaźnikiem określającym skalę czy charakter, związanych z pochodnymi konopi. Sondażowe badania przeprowadzone na populacji ogólnej sugerują, że w porównaniu z okazjonalnym zażywaniem, zażywanie intensywnie pochodnych konopi jest względnie mało rozpowszechnione. Jednakże coraz bardziej rozpowszechnione zażywanie pochodnych konopi oznacza, że znaczna liczba osób może intensywnie zażywać te narkotyki, przynajmniej przez pewną część swego życia.

Dane szacunkowe sugerują, że intensywne zażywanie może dotyczyć od 0,5% do 2% dorosłej populacji oraz od 1% do 3% młodych dorosłych. Rozpowszechnienie wśród młodych mężczyzn jest prawdopodobnie znacznie wyższe. Trudno jest uzyskać jasny obraz na podstawie badań ankietowych co do ilości osób, które mają problemy z tymi narkotykami lub uzależnieniem od nich. Jednakże efekty uzależnienia lub nadużywania pochodnych konopi nie są tak ciężkie, jak w przypadku innych narkotyków. Może to jednak mieć znaczny wpływ na zdrowie publiczne ze względu na skalę upowszechnienia zażywania oraz fakt, że wiele z osób najbardziej dotkniętych tym problemem to osoby młode i być może zażywające narkotyki intensywnie w okresie niezwykle ważnego momentu rozwojowego lub wtedy, gdy są szczególnie wrażliwe. Wśród społecznie upośledzonych rodzin lub grup uzależnienie lub nadużywanie pochodnych konopi może zwielokrotniać problemy jednostki poprzez pogorszenie możliwości związanych z nauką i zatrudnieniem.

Podsumowując: nadal obecna jest istotna potrzeba przeprowadzenia badań w celu zrozumienia zależności pomiędzy różnymi schematami zażywania pochodnych konopi, a powstawaniem problemów. Zakres, w jakim osoby zażywające pochodne konopi doświadczają problemów oraz natura problemów, jakie mogą zostać odkryte, wciąż pozostają słabo zrozumiane. W celu dokonania oceny problemu w całej populacji należy opracować narzędzia metodologiczne. Tego rodzaju informacje stanowią podstawowy warunek dla opracowania, ukierunkowania oraz wdrożenia skutecznych metod reagowania ze strony publicznych jednostek opieki zdrowotnej na zażywanie pochodnych konopi w Europie.

Zagadnienia wybrane 3

Współzachorowalność

Wprowadzenie

Współwystępowanie chorób psychicznych oraz zaburzeń w wyniku zażywania substancji, określane wspólnym terminem współzachorowalności lub podwójnej diagnozy, nie jest zjawiskiem nowym. Jednakże w ostatnich latach problem ten nabrał znaczenia w dyskusjach politycznych i zawodowych, ponieważ stało się jasnym, że coraz większa i prawdopodobnie wzrastająca liczba osób jest nim dotknięta. W rozdziale tym skupiono się na współistnieniu zaburzeń psychicznych i osobowościowych oraz zażywaniu nielegalnych narkotyków. W istocie często jest bardziej właściwe mówienie o wielozachorowalności, ponieważ jednostki nią dotknięte często cierpią również na choroby somatyczne, np. ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) lub zakażenie wirusem żółtaczki typu C, jak również zaburzenia na płaszczyźnie społecznej, takie jak problemy rodzinne, bezrobocie, pobyt w więzieniu lub bezdomność. Placówki opiekuńcze i lecznicze są zazwyczaj niewystarczająco wyposażone, aby poradzić sobie z potrzebami w zakresie diagnozowania i leczenia tej grupy pacjentów, ignorując i/lub będąc niezdolnymi do poradzenia sobie z rozległością problemów pacjenta. Często wynikiem tego jest sytuacja tzw. „drzwi obrotowych", gdzie jednostki wymagające pilnego leczenia są odsyłane od jednego specjalisty do drugiego, podczas gdy ich sytuacja nieustannie się pogarsza.

Specyficzną zależność pomiędzy zażywaniem pochodnych konopi a zaburzeniami psychicznymi rozpatrzono bardziej dogłębnie w części „Zagadnień wybranych" na temat produktów otrzymywanych z konopi (str. 82).

Definicja

Współzachorowalność lub podwójna diagnoza określana jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako „współwystępowanie u tego samego osobnika zaburzenia wynikającego z zażywania substancji psychoaktywnej i innego zaburzenia natury psychicznej" (WHO, 1995 r.). Według Biura ds. Narkotyków i Przestępczości ONZ (UNODC), pacjent z podwójna diagnozą to „osoba, u której stwierdzono problemy z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków poza innymi problemami, zazwyczaj o podłożu psychicznym, jak np. zaburzenia nastroju, schizofrenia" (UNODC, 2000 r.). Innymi słowy współzachorowalność w tym kontekście dotyczy czasowego współwystępowania dwóch lub więcej rodzajów zaburzeń psychicznych i osobowościowych, z których jeden dotyczy problemowego zażywania substancji.

Etiologia

Próbując określić przyczyny współzachorowalności napotykamy na odwieczny problem: co było pierwsze, kura czy jajo? Istniejące badania dotyczące przyczynowych zależności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami powstającymi w wyniku zażywania substancji są nieprzekonywujące. Pomiędzy objawami zaburzeń umysłowych i problemami uzależnienia zachodzi interakcja i zaburzenia te wzajemnie na siebie oddziaływują.

Wyniki badań wskazują, że zaburzenia psychiczne i osobowościowe występują przed pojawieniem się zaburzeń wynikających z zażywania substancji, tj. zwiększają one indywidualną podatność na takie problemy (np. Kessler et al., 2001 r.; Bakken et al., 2003 r.). Jednakże zaburzenia psychiczne mogą także być potęgowane przez zażywanie narkotyków (np. depresja: McIntosh i Ritson, 2001 r.) lub występować równolegle.

Zażywanie narkotyków może być również postrzegane jako element lub objaw zaburzenia psychicznego lub osobowościowego oraz jako próba samoleczenia (np. Williams et al., 1990 r.; Murray et al., 2003 r.). Fakt, że zażywane substancje łagodzą dokuczliwe objawy, zachęca do rozwoju uzależnienia. Gdy zażywanie narkotyku zostaje przerwane, np. w wyniku leczenia polegającego na odstawieniu narkotyku lub leczenia zastępczego, objawy mogą wystąpić ponownie. Ostre psychozy wywołane używaniem narkotyków występują zwłaszcza u zażywających kokainę, amfetaminy oraz środki halucynogenne i zazwyczaj stosunkowo szybko słabną. Rozróżnienie pomiędzy objawami spowodowanymi odurzeniem substancjami, a niezwiązanymi z zażywaniem objawami psychotycznymi może jednak okazać się bardzo trudne.

Krausz (1996 r.) proponuje cztery kategorie podwójnej diagnozy:

- pierwotna diagnoza choroby psychicznej z następującą po niej (podwójną) diagnozą nadużywania substancji mającej działania uboczne na zdrowie psychiczne;
- pierwotna diagnoza uzależnienia narkotykowego z powikłaniami psychicznymi prowadzącymi do choroby psychicznej;
- współistniejące diagnozy nadużywania substancji oraz zaburzeń psychicznych;
- podwójna diagnoza nadużywania substancji oraz zaburzeń nastrojów, obie diagnozy będące wynikiem traumatycznych przeżyć, na przykład zaburzenia na tle stresu pourazowego.

Podobnie w szwedzkim sprawozdaniu krajowym rozróżnia się pomiędzy pacjentami z zaburzeniami psychicznymi cierpiącymi na współzachorowalność oraz osobnikami uzależnionymi od narkotyków z zaburzeniami osobowościowymi potęgowanymi zażywaniem narkotyków, którzy nie zawsze otrzymują odpowiednią diagnozę.

Morel (1999 r.) odróżnia nietypowe zaburzenia psychiczne wykryte u osób uzależnionych od narkotyków od powikłań właściwych zażywaniu narkotyków. Zaburzenia często stwierdzane wśród zażywających narkotyki obejmują:

- zaburzenia lękowo-depresyjne;
- zaburzenia snu, będące wynikiem depresji, zaburzenia lękowe oraz psychozę;
- agresywne oraz gwałtowne zachowanie, wskazujące na aspołeczne, psychopatyczne, schizofreniczne lub paranoidalne zaburzenia osobowościowe.

Problemy szczególnie związane z zażywaniem narkotyków obejmują:

- psychozy lekowe wywołane narkotykami halucynogennymi lub amfetaminami;
- syndrom zagubienia.

Najnowsze badania neuropsychologiczne i neurobiologiczne oraz wynalezienie technik pozwalających na wizualizację procesów mózgowych umożliwiły postawienie hipotezy dotyczącej interakcji pomiędzy urazami psychicznymi i fizycznymi, rozwojem mózgu, wpływem narkotyków, stresem oraz rozwojem umysłowym. System nagradzania jest zasadniczy dla rozwoju uzależnienia, a uzależnienie jest połączone ze strukturalnymi zmianami i przystosowaniem się mózgu na poziomie mikro i makro (Berthel, 2000 r.).

Inne teorie łączą poszczególne narkotyki ze specyficznymi zaburzeniami umysłowymi, np. postuluje się, że heroina mogłaby zmniejszać stres, łagodzić ból i likwidować omamy słuchowe o charakterze gróźb u schizofreników lub pacjentów-schizofreników z osobowością graniczną. Jednakże pacjenci z ciężkimi chorobami umysłowymi nie zażywają heroiny. Kokaina, wg sugestii, mogłaby przynieść ulgę w stanach depresyjnych, umożliwić odhamowanie behawioralne i pozwolić osobowościom narcystycznym na odgrywanie pretensjonalności. Marihuana mogłaby usuwać napięcie, a ecstasy usuwać zahamowania towarzyskie (Verheul, 2001 r.; Berthel, 2003 r.).

Sprawozdanie krajowe Irlandii za rok 2002 poświęcone było w szczególności depresji występującej u osób zażywających narkotyki. W oparciu o wyniki kilku badań stwierdzono, że istnieje silny związek pomiędzy problemowym zażywaniem narkotyków, w szczególności opium i benzodiazepin i licznie odnotowanymi przypadkami depresji. Po przeprowadzeniu w Niemczech badań w zakresie związku pomiędzy zaburzeniami wynikającymi z zażywania substancji, depresją i samobójstwem stwierdzono, że ryzyko samobójstwa jest znacznie większe u osób z zaburzeniami depresyjnymi (Bronisch i Wittchen, 1998 r.). Możliwe jest, że niektóre osoby cierpiące na depresję mogą stosować samoleczenie za pomocą opium i benzodiazepin, ponieważ osoby korzystające z programów leczniczych rzadziej przechodzą depresje niż pacjenci korzystający z leczenia niskoprogowego (Rooney et al., 1999 r.) lub rozpoczynający leczenie (McIntosh i Ritson, 2001 r.).

Ankieta przeprowadzona w Norwegii (n = 2 359) wykazała, że duża część zażywających narkotyki miała do czynienia z poważnymi problemami rodzinnymi w okresie dzieciństwa oraz młodości. Siedemdziesiąt procent miało problemy z nauką i zachowaniem w szkole, 38% było ofiarami przemocy, a 21% było leczonych psychiatrycznie w okresie dzieciństwa i dojrzewania (Lauritzen et al., 1997 r.). Kobiety zażywające narkotyki z współzachorowalnością o podłożu psychicznym często były ofiarami wykorzystania seksualnego, które spowodowało powstanie urazu (np. Beutel, 1999 r.).

Diagnoza

Rutynowa ocena zaburzeń psychicznych i osobowościowych nie zawsze stanowi część standardowej procedury diagnostycznej przeprowadzanej na początku leczenia antynarkotykowego. Za wyjątkiem niektórych szczególnie rzetelnych i/lub wyspecjalizowanych służb, objawy i zaburzenia psychiczne rzadko są badane w ośrodkach terapeutycznych.

W każdym razie współzachorowalność jest szczególnie trudna do zdiagnozowania. Uzależnienie narkotykowe oraz zachowanie destrukcyjne, jakie ono powoduje, często dominuje nad obrazem klinicznym oraz zafałszowuje objawy psychiczne. Ponadto nadużywanie substancji może powodować objawy psychiczne, które trudno jest odróżnić od objawów, które wywołują zaburzenia umysłowe (Berthel, 2003 r.), podczas gdy odstawienie substancji lub ostre odurzanie się mogą także imitować niemalże każde takie zaburzenie (Liappas, 2001 r.). Ponadto depresja oraz lęki mogą być postrzegane jako nieodłączne symptomy cyklu odurzanie–odstawienie. Objawy, które były łagodzone przez narkotyki, stają się widoczne w okresie abstynencji lub leczenia zastępczego.

Postępy metodologiczne także przyczyniły się do usprawnienia diagnostyki zarówno zaburzeń psychicznych, jak i zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji. Szerokie spektrum standardowych i zatwierdzonych instrumentów jest obecnie dostępne w zakresie pomiaru objawów zaburzeń psychicznych i osobowościowych, podobnie jak różnorodne instrumenty służące do oceny schematów zażywania i poziomu uzależnień narkotykowych. Wskaźnik stopnia uzależnienia (ASI) jest wielofunkcyjnym instrumentem, który może być stosowany do diagnozowania, planowania leczenia i jego kontroli, a także badań. Wskaźnik ASI ma tę zaletę, że jest wielowymiarowy i służy do pomiaru minionych i bieżących problemów w siedmiu sferach: stan zdrowia, zatrudnienie i samopomoc, zażywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, status prawny, więzy rodzinne i społeczne oraz objawy psychiczne (Krausz, 1999a; Öjehagen i Schaar, 2003 r.). Jest on narzędziem standardowym i został przetłumaczony

z języka angielskiego na większość języków europejskich (EuroASI) ([172]). Instytut Trimbos opracował i przetestował protokoły służące do diagnozowania i leczenia uzależnionych pacjentów cierpiących na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (ADHD) (Eland i Van de Glint, 2001 r.).

Rozpowszechnienie

Przeprowadzono liczne badania w celu zmierzenia rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych i osobowościowych oraz schematów zażywania narkotyków wśród ogółu populacji oraz wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i osób zażywających narkotyki znajdujących się w ośrodkach leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. Wyniki pod względem zarówno danych, jak i typów diagnoz znacznie się różnią w zależności od dostępności i doboru populacji, metod próbkowania, umiejętności i kompetencji diagnostycznych, rzetelności i niezawodności stosowanych instrumentów diagnostycznych oraz okresu badania.

Dokonując przeglądu różnych badań Uchtenhagen i Zeiglgänsberger (2000 r.) stwierdzili, że najczęstszą diagnozą psychiatryczną u osób zażywających narkotyki są zaburzenia osobowościowe, dotykające 50–90% tej grupy, następnie zaburzenia emocjonalne (20–60%) oraz zaburzenia psychotyczne (20%). Od 10 % do 50 % pacjentów wykazuje więcej niż jedno współwystępujące zaburzenie psychiczne lub osobowościowe.

Dokonując przeglądu międzynarodowych badań w dziedzinie psychopatologii u osobników uzależnionych od narkotyków, Fridell (1991 r., 1996 r.) nakreślił obraz kliniczny współzachorowalności w uzależnieniu narkotykowym, który został potwierdzony jego własnymi badaniami przeprowadzonymi w Lund (Szwecja). Można zidentyfikować trzy główne grupy zaburzeń: zaburzenia osobowościowe (65–85%), depresja i stany lękowe (30–50%) oraz psychozy (15%). Verheul (2001 r.) w swoim przeglądzie sześciu badań dotyczących narkomanów poddanych leczeniu stwierdził, że szczególnie powszechne były następujące zaburzenia osobowościowe: zachowania aspołeczne (23%), osobowość z pogranicza (18%) oraz osobowość paranoidalna (10%).

Wielu specjalistów leczenia narkomanii uważa, że rozpowszechnienie uzależnień narkotykowych w połączeniu z zaburzeniami umysłowymi jest coraz większe, mimo że inni uważają, że jest to spowodowane większą świadomością tego zagadnienia i/lub zmianami w diagnozowaniu i klasyfikowaniu chorób psychicznych i/lub restrukturyzacji systemów opieki zdrowotnej. W Finlandii, zgodnie z Rejestrem Wypisów Szpitalnych, liczba okresów leczenia związanych z jednoczesnymi problemami narkotykowymi i problemami umysłowymi zwiększyła się z 441 w 1987 r. do 2 130 w 2001 r. Liczba okresów leczenia dla uzależnionych od opium z zaburzeniami psychicznymi uległa potrojeniu od roku 1996. Jest to zgodne ze zwiększającą się liczbą uzależnień narkotykowych, chociaż nie sugeruje się bezpośredniej przyczynowości. W Irlandii liczba osób uzależnionych od narkotyków przyjętych po raz pierwszy na szpitalne leczenie w zakładach psychiatrycznych zwiększyła się prawie czterokrotnie pomiędzy rokiem 1990 a 2001.

W hiszpańskim sprawozdaniu krajowym odnotowano, że zaobserwowane zwiększenie współzachorowalności częściowo mogło zostać spowodowane zwiększeniem uzależnień od środków psychostymulujących.

Rozpowszechnienie współzachorowalności w ośrodkach leczenia

Tabela 7 przedstawia wyniki przeglądu kilku badań współzachorowalności w różnych ośrodkach leczenia antynarkotykowego i psychiatrycznego w państwach członkowskich na podstawie danych przedstawionych w sprawozdaniach krajowych. Dane dotyczące zaburzeń wynikających z zażywania substancji pochodzące z ośrodków psychiatrycznych nie są tak łatwo dostępne, jak dane na temat zaburzeń psychicznych odnotowane w ośrodkach leczenia uzależnień narkotykowych. Chociaż prezentowane w tym przeglądzie badania nie są porównywalne, informują one w pewnym stopniu o sytuacji panującej w krajach UE. Istnieje znaczna zbieżność, jeśli chodzi o badane populacje, dobór kryteriów diagnozowania, stosowane instrumenty oraz czas diagnozy. Z powodów omówionych powyżej w wielu przypadkach prawdopodobne jest niedodiagnozowanie.

Badanie porównawcze przeprowadzone w Grecji i Francji wykazało, że chociaż ogólny stopień psychopatologii u osób zażywających opium poddanych leczeniu był dosyć zbliżony w obu krajach, obrazy psychopatologiczne różniły się. Rozpowszechnienie zaburzeń emocjonalnych było wyższe u uzależnionych francuskich niż greckich (19% w porównaniu z 7%), podczas gdy antyspołeczne wzorce zachowań były bardziej rozpowszechnione w próbce greckiej (20% wobec 7%). Autorzy przypisywali te różnice mniejszemu rozpowszechnieniu zażywania narkotyków w Grecji: „im bardziej ograniczony jest zakres społecznie nieakceptowanego zachowania, tym bardziej jest prawdopodobnym, że społecznie niedostosowane jednostki będą się takim zachowaniom poddawać" (Kokkevi i Facy, 1995 r.).

Badania przeprowadzone w Norwegii dotyczyły różnic z punktu widzenia płci pomiędzy osobami nadużywającymi wielu substancji (wśród których 85% zażywało heroinę), a osobami, które spożywają tylko alkohol. Próbka składała się w dużej części z osobników z zaburzeniami psychicznymi i osobowościowymi (93%). Ogólnie rzecz biorąc, kobiety wykazywały znacznie większą niż mężczyźni liczbę przypadków głębokich depresji, fobii prostych i osobowości z pogranicza. Współwystępowanie zachowań aspołecznych było wyższe u mężczyzn nadużywających wielu substancji (Landheim et al., 2003 r.).

Rozpowszechnienie – więzienia i leczenie przymusowe

Populacja więzienna zasługuje na specjalną uwagę. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, podobnie jak zażywania narkotyków, jest znacznie większe wśród

([172]) Patrz EMCDDA Bank Oceny Instrumentów (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabela 7: Rozpowszechnienie współzachorowalności w zakładach leczniczych w różnych krajach UE

Kraj	Zakład	Populacja	Wielkość próby *n*	Rozpowszechnienie współzachorowalności (%)	Diagnoza	Źródło
Belgia	Szpitale psychiatryczne i oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych	Osoby przyjęte z powodu problemów narkotykowych (1996–99)	18 920	86	Osobowość schizoidalna, paranoidalna, typu schizoidalnego: 86% Depresja: 50% Zaburzenia osobowości: 43%	Baza minimalnych danych psychiatrycznych (1)
Republika Czeska	Wspólnoty terapeutyczne	Pacjenci stacjonarni (2001–2002 r.)	200	35	Zaburzenia osobowości: 14% Depresja: 7% Zaburzenia neurotyczne: 6% Zaburzenia łaknienia: 5%	Czeskie sprawozdanie krajowe (1)
Niemcy	Ośrodki lecznicze	Narkomani zażywający opium	272	55	Stres i zaburzenia somatyczne: 43% Zaburzenia emocjonalne: 32% Fobie: 32% Napady depresji: 16%	Krausz (1999 r.) (1)
Grecja	Opieka więzienna i lecznicza	Mężczyźni uzależnieni od opium	176	86	Lęki: 32% Zaburzenia emocjonalne: 25% Schizofrenia: 6%	Kokkevi i Stefanis (1995 r.) (1)
Hiszpania	Leczenie metadonem	Osoby uzależnione od opium	150	n.a.	Osobowość z pogranicza: 7% Zachowania aspołeczne: 6% Fobie społeczne: 6% Depresja: 5%	Hiszpańskie sprawozdanie krajowe (1)
Francja	Leczenie metadonem	Osoby uzależnione od opium	3 936	n.a.	Lęki: 4% Depresja: 3% Zaburzenia behawioralne: 3% Zaburzenia jedzenia: 2%	Facy (1999 r.) (1)
Irlandia	Oddziały szpitalne poważnych chorób umysłowych	Pierwsze przyjęcie z rozpoznaniem uzależnienia narkotykowego (2001–2002 r.)	1 874	26	Depresja: 21% Schizofrenia i inne psychozy: 11% Zaburzenia osobowości: 19%	Krajowy System Rejestrowania Hospitalizacji Psychiatrycznej (1)
Włochy	Jednostki leczenia zdrowia psychicznego	Osoby zażywające narkotyki od bardzo długiego czasu	58	poniżej 22	Zaburzenia nastrojów: 22% Lęki: 21% Schizofrenia: 16%	Siliquini et al. (2002 r.) (1)
Luksemburg	Specjalistyczne jednostki leczenia uzależnień narkotykowych	Pacjenci mający uprzednio kontakt z opieką psychiatryczną, z wyjątkiem detoksykacji (1996–2002 r.)	380	32	n.a.	AST/RELIS (2002 r.) (1)
Holandia	Populacja holenderska	Osoby z uzależnieniem narkotykowym w wieku 18–64 lat (1996 r.)	n.a.	n.a.	Depresja: 29% Fobie społeczne: 29% Zaburzenia dwubiegunowe: 24% Dystymia: 22%	Ravelli et al. (1998 r.) (1)
Austria	Różne jednostki lecznicze (przegląd)	Pacjenci zażywający narkotyki	n.a.	41–96	Zaburzenia osobowości, zachowania aspołeczne, osobowość graniczna, narcyzm	Austriackie sprawozdanie krajowe (1)
Portugalia	Ośrodek leczniczy Xabregas CAT	Pacjenci zażywający narkotyki	596	poniżej 73	Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne: 73% Depresja: 72% Somatyzacja: 60% Paranoidalny tok myślenia: 58%	Portugalskie sprawozdanie krajowe (1)
Finlandia	Szpitale	Okresy hospitalizacji w związku z zażywaniem narkotyków (2002 r.)	2 180	29	Paranoidalny tok myślenia: 58% Zaburzenia psychotyczne: 32% Zaburzenia nastrojów: 28% Zaburzenia neurotyczne: 10% Zaburzenia osobowości: 29%	Szpitalny rejestr wypisów pacjentów
Szwecja	Szpital uniwersytecki w Lund	Pacjenci na oddziale detoksykacji (1977–95 r.)	1 052	83	Zachowania aspołeczne: 23% Różne psychozy: 14% Zaburzenia depresyjne: 11%	Fridell (1996 r.) (1)
Wielka Brytania	Jednostki leczenia uzależnień we wspólnocie i stacjonarnych domach opieki	Pacjenci z uzależnieniem narkotykowym, przy czym 90% uzależnionych od opium	1 075	poniżej 33	Psychotyzm Lęki Depresja Paranoja	Marsden et al. (2000 r.) (1)

Uwagi: Dane udostępnione w powyższej tabeli odnoszą się do różnych okresów czasowych (np. rozpoznanie wykonane przynajmniej raz w życiu lub w ciągu minionego roku).
n.a. brak danych.
(1) Więcej szczegółów na temat tego badania można znaleźć w internetowej wersji sprawozdania rocznego w tabeli 12 OL: Tabele współzachorowalności wg kraju.

populacji więziennej niż wśród ogółu populacji. Dane zebrane w Irlandii sugerują, że 48% więźniów płci męskiej oraz 75% więźniów płci żeńskiej jest niezrównoważonych umysłowo, podczas gdy 72% mężczyzn i 83% kobiet przebywających w więzieniach zażyło narkotyki przynajmniej raz w życiu (Hannon et al., 2000 r.). W 1999 roku 23% osób problemowo zażywających narkotyki przebywających w areszcie policji wiedeńskiej miało problemy umysłowe (Dialog, 2000 r.). Ilość przypadków nawrotu choroby u osób zażywających narkotyki, które przebywały w więzieniu, jest bardzo wysoka i panuje coraz większe przekonanie, że uwięzienie może przyczynić się do pogorszenia problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Sytuacja jest nawet bardziej dramatyczna w przypadku osadzenia na karę długoletnią w więzieniach o zaostrzonym rygorze.

W Szwecji od 72% do 84% dorosłych leczonych przymusowo wykazywało problemy umysłowe, nadużywając równocześnie narkotyków (Gerdner, 2004 r.). Z 46 dziewcząt uzależnionych od substancji, będących pod przymusową opieką dla dzieci i młodzieży, dwie trzecie miało objawy zaburzeń psychicznych lub zaburzeń osobowościowych (Jansson i Fridell, 2003 r.).

Przeszkody w leczeniu współzachorowalności

Jedną z głównych przeszkód w diagnozowaniu i leczeniu współzachorowalności jest fakt, że personel psychiatryczny na ogół dysponuje małą wiedzą o leczeniu uzależnień narkotykowych, a personel zajmujący się leczeniem uzależnień małą wiedzą w dziedzinie psychiatrii. Paradygmaty obu specjalności są całkiem różne: pierwsza opiera się na medycynie i wiedzy naukowej, druga na metodach i teoriach psychologii społecznej. Ponadto filozofia jednostek opieki zdrowia psychicznego jest zazwyczaj zasadniczo związana z zapewnieniem bezpieczeństwa jednostce oraz społeczeństwu, podczas gdy ośrodki opieki nad uzależnionymi oczekują od pacjenta pewnego stopnia motywacji do leczenia. Te różne punkty wyjścia często ograniczają globalną, zintegrowaną percepcję.

Jak stwierdzono powyżej, zarówno zespoły psychiatryczne, jak i zespoły zajmujące się osobami zażywającymi różne substancje zwykle nie potrafią zidentyfikować znacznej liczby pacjentów ze współzachorowalnością. Gdy pacjenci z podwójną diagnozą zwracają się o leczenie, ostre symptomy psychiczne, które są u nich obecne, często są mylone z objawami wywołanymi zażyciem substancji lub na odwrót, zjawiska występujące po odstawieniu lub odurzeniu są mylnie interpretowane jako choroba psychiczna. Nazbyt często pracownicy poradni zdrowia psychicznego są skłonni odsyłać osoby ze współzachorowalnością do jednostek opieki nad uzależnionymi, a pracownicy ośrodków opieki nad uzależnionymi natychmiast odsyłają je z powrotem lub *vice versa*. W takich okolicznościach niemożliwe jest zachowanie ciągłości opieki. Nawet jeśli współzachorowalność została zdiagnozowana, często nie jest uwzględniana w następujących po diagnozie interwencjach leczniczych (Krausz et al., 1999 r.). To samo dotyczy pacjentów zdiagnozowanych jako nadużywający substancji w poradni psychiatrycznej, którzy zazwyczaj nie otrzymują żadnego odpowiedniego leczenia związanego z zażywaniem substancji (Weaver et al., 2003 r.). Uogólnienia te oczywiście nie wykluczają faktu, że niektóre poradnie psychiatryczne i ośrodki terapeutyczne uzyskują bardzo dobre wyniki w leczeniu pacjentów ze współzachorowalnością.

Ponadto po zidentyfikowaniu osoby zażywające narkotyki często napotykają na podejrzliwość w zakładach opieki psychiatrycznej i odmawia im się przyjęcia, co może się również przytrafić zażywającym, którzy podczas leczenia zastępczego nie wykazują zaburzeń. Podobnie pacjenci mogą być wykluczani z leczenia antynarkotykowego z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym. W Hiszpanii na przykład większość zakładów psychiatrycznych nie przyjmuje pacjentów z zaburzeniami w wyniku zażywania substancji, a ich personel nie posiada odpowiedniego przeszkolenia. Ankieta przeprowadzona wśród austriackich psychoterapeutów ujawniła, że tylko niektórzy z nich są skłonni przyjąć pacjentów z uzależnieniem narkotykowym (Springer, 2003 r.). We Włoszech nie ma jasnych reguł odnośnie kierowania pacjentów z zakładów leczących uzależnienia do zakładów leczących choroby umysłowe i stwierdzono, że istnieje opór wobec takich skierowań w zakładach zdrowia psychicznego z powodu braku wiedzy. W Norwegii skierowanie z niskoprogowych zakładów leczniczych na leczenie psychiatryczne jest bardzo trudne.

W Grecji 54% programów leczenia uzależnień narkotykowych nie przyjmuje osób zażywających narkotyki z zaburzeniami umysłowymi (Springer, 2003 r.). W wypadku stacjonarnego leczenia niefarmakologicznego w Słowenii, a także w innych krajach, programy leczenia wymagają od pacjentów abstynencji jako warunku przyjęcia. W przypadku podwójnej diagnozy u pacjentów z problemem narkotykowym stanowi to poważną przeszkodę, ponieważ całkowita abstynencja wymagałaby przerwania innego leczenia, co nie zawsze jest możliwe.

Sposoby leczenia

Międzynarodowa literatura opisuje trzy rodzaje świadczeń w leczeniu współzachorowalności:

1. *Leczenie sekwencyjne lub seryjne.* Zaburzenia psychiczne i wynikające z zażywania substancji są leczone jedno po drugim, a łączność pomiędzy obydwoma zakładami opieki jest niewielka. Pacjenci zazwyczaj są poddawani leczeniu najpierw z najpoważniejszych problemów, a po ukończeniu jednego leczenia są leczeni w związku z innymi problemami. Jednakże model ten może prowadzić także do przekazywania sobie pacjenta pomiędzy zakładami, z których żaden nie będzie w stanie sprostać jego potrzebom w zakresie leczenia.
2. *Leczenie równoległe.* Leczenie dwóch różnych zaburzeń jest podejmowane równocześnie, a zakład opieki psychiatrycznej i zakład walki z uzależnieniami

równolegle świadczą swe usługi. Obydwie kuracje często opierają się na odmiennych podejściach terapeutycznych, w związku z czym model psychiatryczny oparty na medycynie może kolidować z psychospołeczną orientacją zakładów leczących uzależnienia narkotykowe.

3. *Leczenie zintegrowane.* Leczenie jest zapewniane przez zakład opieki psychiatrycznej lub zakład leczący uzależnienia, albo też w ramach specjalnego programu czy jednostki leczenia współzachorowalności. Unika się przekazywania pacjenta innym zakładom. Leczenie obejmuje działania interwencyjne odnoszące się do motywacji i zachowań, zapobieganie nawrotom choroby, farmakoterapię oraz podejście społeczne (Abdulrahim, 2001 r.).

Trudno jest umieścić w tych trzech grupach obecne metody leczenia współzachorowalności stosowane w UE, tak jak opisano je w sprawozdaniach krajowych. Leczenie zintegrowane jest postrzegane jako model doskonały, ale jest to wzór bardzo trudny do osiągnięcia. Właściwe badania pochodzą zazwyczaj spoza Europy. Na podstawie przeglądu literatury wykonanego w ramach Australijskiego Narodowego Projektu ds. Współzachorowalności (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003 r.) stwierdzono, że podejście związane z kontrolą oraz opieką nad pacjentami ze współzachorowalnością nie było systematycznie badane ani też rygorystycznie oceniane, częściowo z powodu trudności w badaniu ludzi ze współistniejącymi chorobami umysłowymi i zaburzeniami wynikającymi z nadużywania substancji, jak również z powodu ich nieregularnego trybu życia. W innym przeglądzie wysuwa się wniosek, że istnieją dowody na to, że zintegrowane leczenie osób z podwójną diagnozą jest korzystne zarówno dla zdrowia umysłowego, jak i wyników walki z uzależnieniem (Drake et al., 1998 r.). Tylko w jednym badaniu porównano podejście zintegrowane z równoległym, ale nie znaleziono żadnych znaczących różnic, natomiast w żadnym badaniu nie porównano metody zintegrowanej z sekwencyjną.

Leczenie sekwencyjne

Niektórzy specjaliści, na przykład duńscy (Andreason, 2002 r.), brytyjscy (Department of Health, 2002a) oraz norwescy (Sosial- og helsedepartementet, 1999 r.) uważają, że ośrodki terapeutyczne, przynajmniej w przypadku osób poważnie chorych umysłowo z problemami uzależnieniowymi, powinny podlegać jednostkom opieki zdrowia psychicznego, ewentualnie angażując zewnętrznych terapeutów uzależnień. W Danii sformalizowano kontakty pomiędzy szpitalami psychiatrycznymi i lokalnymi zakładami leczącymi uzależnienia. W Luksemburgu i Norwegii zakłady psychiatryczne podjęły specjalne kroki w celu dotarcia do jednostek będących we wczesnym stadium schizofrenii, z których wiele ma poważne problemy z uzależnieniem, a jak wskazują badania, wczesne leczenie poprawia rokowania na wyzdrowienie.

W krajowym sprawozdaniu Republiki Czeskiej zasugerowano, że problemami wynikającymi z uzależnienia należy zająć się wcześniej niż problemami umysłowymi, ponieważ trudniej jest leczyć zaburzenia psychiczne, gdy uzależnienie wypacza obraz kliniczny. Jednakże aktualnie 10–20% czeskich pacjentów leczonych z uzależnień przyjmuje leki przepisywane im przez psychiatrów, co byłoby niewyobrażalne kilka lat temu. Również w Grecji leczenie objawów psychicznych jest niezwykle rzadkie u pacjentów z uzależnieniem narkotykowym. Jednakże w greckim systemie wymiaru sprawiedliwości zaburzenia umysłowe uważa się za priorytetowe względem uzależnień i przestępcy z współzachorowalnością są przyjmowani do więziennych lub komunalnych szpitali psychiatrycznych (K. Matsa, komunikacja personalna, 2004 r.). W Hiszpanii osoby zażywające narkotyki są zazwyczaj leczone w jednostkach leczenia uzależnień, a skierowanie na leczenie psychiatryczne ma miejsce jedynie wtedy, gdy zaburzenia są tak poważne, że hospitalizacja jest niezbędna.

Niektórzy specjaliści już od dawna uważają, że powinno się unikać wszelkiej farmakoterapii w stosunku do osób uzależnionych z powodu ryzyka podwójnego uzależnienia, np. od heroiny i benzodiazepin, ale pogląd ten zaczyna ulegać zmianie (np. Popov, 2003 r.). W niektórych przypadkach istnieje tendencja do masowego przepisywania leków psychofarmakologicznych osobom zażywającym narkotyki, częściowo z powodu braku czasu na przeprowadzenie niezbędnego rozeznania. Austriackie sprawozdanie krajowe wskazuje, że niska podatność narkomanów sprawia, że farmakologiczne leczenie psychiatryczne jest trudne, a ponadto połączone zażywanie substancji odurzających oraz leków może, jeśli nie będzie właściwie nadzorowane, prowadzić do interakcji pomiędzy nielegalnymi i przepisywanymi lekami lub do neutralizacji działania leków przepisanych.

Leczenie równoległe

Wspólna odpowiedzialność za jednego pacjenta wiążąca zakład zdrowia umysłowego i ośrodek opieki nad uzależnionymi, przedstawiona w modelu leczenia równoległego, wydaje się być bardzo rzadka w praktyce. Jednakże lokalne grupy robocze obejmujące przedstawicieli zarówno jednostek leczenia uzależnień, jak i zakładów psychiatrycznych są często ważnym miejscem wymiany, współpracy i kontaktów. We Francji, Włoszech i Holandii oficjalne przepisy lub procedury zobowiązują zakłady opieki nad uzależnionymi do utrzymywania ścisłych kontaktów, a najlepiej do sporządzania formalnych umów regionalnych z zakładami psychiatrycznymi odnośnie procedur kierowania na leczenie i wymiany informacji klinicznej (Olin i Plaisait, 2003 r.). Jednakże więcej niż połowa holenderskich pacjentów z podwójna diagnozą uważa, że takie umowy nie skutkują lepszą opieką (Van Rooijen, 2001 r.).

W Luksemburgu i Austrii personel zajmujący się leczeniem uzależnień może śledzić losy swoich pacjentów, którzy zostali skierowani do szpitali psychiatrycznych. Wytyczne w Wielkiej Brytanii podkreślają, że specjaliści zarówno

Tabela 8: Jednostki oferujące leczenie zintegrowane w różnych krajach europejskich

Kraj	Jednostki oferujące leczenie zintegrowane
Belgia	Opracowanie zintegrowanych usług jest w fazie badania wykonalności
Niemcy	Pierwsze inicjatywy pochodzą sprzed 20 lat. Dostępność zintegrowanych usług jest wciąż niewystarczająca.
Grecja	Jeden program zintegrowanego leczenia wystartował w roku 1995 i gwarantuje on dwie opcje leczenia odpowiednio do stopnia zaburzenia psychicznego. Wyniki są pozytywne.
Hiszpania	185 ośrodków opiekowało się 4 803 pacjentami ze współzachorowalnością. Jedna wyspecjalizowana jednostka leczenia zintegrowanego w Katalonii oraz jedna wspólnota terapeutyczna w Kantabrii dla pacjentów ze współzachorowalnością wymagających leczenia stacjonarnego.
Holandia	Dwa specjalistyczne oddziały zintegrowanego leczenia szpitalnego. Trwa proces oceny w celu wypracowania najlepszej praktyki.
Austria	Współpraca pomiędzy jednostką leczenia uzależnień narkotykowych i pobliskim szpitalem psychiatrycznym; niektórzy z psychologów szpitalnych pracują w zakładzie leczenia odwykowego. Pacjenci podlegają leczeniu w ośrodku odwykowym i są kierowani do szpitala tylko wtedy, gdy objawy psychiczne zbytnio się nasilają.
Wielka Brytania	Kilka jednostek zintegrowanego leczenia w różnych zakładach komunalnych. Mianowano kilku lekarzy ogólnych specjalizujących się w podwójnych diagnozach, pracujących w ośrodkach leczenia uzależnień lub w zespołach zdrowia psychicznego.
Norwegia	Jeden projekt zintegrowanego leczenia przy ośrodku psychiatrycznym w Oslo. Obserwacja pacjentów i ocena przez co najmniej dwa lata, ze skupieniem się na potrzebach podstawowych, takich jak mieszkanie, praca, zasiłki socjalne i relacje społeczne.

leczenia uzależnień, jak i opieki psychiatrycznej, powinni włączać się w planowanie leczenia pacjentów z podwójną diagnozą w celu ustalenia priorytetów leczenia (Department Health, 2002a).

Leczenie zintegrowane

W modelu tym jeden zespół zajmuje się leczeniem obu zaburzeń. Zaletą tego systemu jest to, że pacjent nie otrzymuje sprzecznych informacji. W niektórych krajach oddzielne systemy administracyjne (np. Hiszpania) lub różne systemy finansowania (np. Niemcy) komplikują taką integrację.

W większości krajów działa niewiele wyspecjalizowanych programów lub jednostek na podstawieie modelu leczenia zintegrowanego, zajmujących się pacjentami ze współzachorowalnością, i nie są one w stanie sprostać zapotrzebowaniu, co przedstawia tabela 8, zawierająca udostępnione dane.

Najbardziej powszechnie wdrażanym modelem leczenia zintegrowanego jest zatrudnianie psychiatrów w zakładach leczenia uzależnień i/lub pracowników leczących uzależnienia w zakładach psychiatrycznych. Taka forma działania może okazać się najbardziej praktycznym rozwiązaniem w małych regionach, gdzie wyspecjalizowane, zintegrowane kliniki nie są realnym rozwiązaniem. W Hiszpanii od roku 2002 lekarze ogólni pracujący przy leczeniu uzależnień mogą ubiegać się o tytuł „specjalisty chorób umysłowych" po zaliczeniu egzaminu i udokumentowaniu doświadczenia w pracy z pacjentami z zaburzeniami umysłowymi. W Portugalii ośrodki lecznicze, ubiegające się o akredytację i certyfikację, mają obowiązek posiadania w składzie personelu co najmniej jednego psychiatry. Jednakże nie wszyscy psychiatrzy pracujący przy leczeniu uzależnień posiadają wiedzę specjalistyczną oraz niezbędne przeszkolenie w zakresie leczenia osób zażywających narkotyki, w związku z czym odbycie szkoleń uzupełniających może okazać się niezbędne.

Zarządzanie przypadkami chorobowymi

Zarządzanie przypadkami chorobowym jako metoda koordynacji leczenia pacjentów w celu zapewnienia zindywidualizowanego leczenia sekwencyjnego lub równoległego, jak również w celu pomocy pacjentom w zorientowaniu się w systemie lecznictwa, wydaje się być rzadkie w UE. Francja informuje, że zakłady opieki psychiatrycznej i zakłady leczenia uzależnień podjęły współpracę w celu przeprowadzania łącznych przyjęć i lepszego zarządzania przypadkami pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami. Jednakże taka współpraca jest często ograniczona do pojedynczych przypadków. W Luksemburgu, jak również w Holandii, specjaliści przyznali, że zarządzanie przypadkami jest najbardziej efektywną metodą postępowania z pacjentami z podwójną diagnozą, lecz jest kosztowne i czasochłonne oraz wymaga specyficznych umiejętności zawodowych. Jednakże w niektórych krajach wprowadza się rodzaj zarządzania przypadkami chorobowymi znany jako „asertywne leczenie we wspólnocie" (patrz poniżej).

Metody leczenia i najlepsza praktyka

Leczenie pacjentów ze współzachorowalnością charakteryzuje się wieloma problemami, stanowi wyzwanie dla personelu i bywa często niewdzięczne. Pacjenci są często trudni do prowadzenia z powodu ich destrukcyjnego i agresywnego zachowania, zwłaszcza pacjenci, którzy cierpią na bardziej „dramatyczne" rodzaje zaburzeń osobowościowych, czy inną formę niezrównoważenia emocjonalnego. Opór lub niezdolność do poddania się zasadom i wymogom leczenia, takim jak na przykład przychodzenie na umówione wizyty oraz przyjmowanie leków, jest powszechne i rozczarowania, jakie z tego powodu się pojawiają, pogłębiają się z powodu złych relacji osobistych. Liczba pomyślnie odbytych kuracji jest na ogół niewielka, a ilość przerwanych kuracji wysoka, co

sprawia, że leczenie jest czasochłonne i kosztowne, jak również frustrujące dla personelu, który, czemu nie należy się dziwić, często doświadcza objawów niecierpliwości, tłumionej agresji i symptomów wypalenia. Brak procedur obserwacji chorego po opuszczeniu leczenia oraz późniejszej opieki prowadzi do częstych nawrotów choroby i zarówno zaburzenia umysłowe, jak i zaburzenia wynikające z nadużywania substancji stają się chroniczne. Z drugiej strony pacjenci mają wiele negatywnych doświadczeń z zakładami pomocy i dlatego mogą niechętnie poddawać się leczeniu.

Pomimo tej trudnej sytuacji, specjaliści ustawicznie poszukują oraz opracowują bardziej skuteczne metody. Regularne interdyscyplinarne omawianie przypadków oraz intensywna współpraca mogłyby naprawić brak wzajemnego zrozumienia wśród personelu. Podjęcie takich wysiłków dostarczy każdej osobie zainteresowanej więcej szczegółowych informacji o pacjencie i ułatwi opracowanie najlepszych praktyk czy strategii opieki. Wysoka jakość leczenia jest najważniejszym czynnikiem dla osiągnięcia pozytywnych rezultatów.

Tak jak w wielu dziedzinach dotyczących narkotyków, dokumentacja, ocena i badania w dziedzinie leczenia współzachorowalności są godne ubolewania. Dowody na to, jaki rodzaj leczenia jest najbardziej skuteczny, są dalekie od przejrzystości. Organizacja Współpraca Cochrane dokonała przeglądu programów leczenia o charakterze psychospołecznym (Ley et al., 2003 r.). Przejrzany materiał był ograniczony: sześć badań, z których cztery były przeprowadzone na mała skalę, o ogólnie niskiej jakości pod względem konstrukcji i sposobu podania informacji. Głównym stwierdzeniem było to, że „nie ma wyraźnych dowodów na poparcie zalet jakiegokolwiek programu leczenia nadużywania substancji u osób z poważnymi chorobami umysłowymi w porównaniu do opieki standardowej". Wniosek był taki, że „wdrożenie nowych specjalistycznych metod leczenia nadużywania substancji dla osób z poważnymi chorobami umysłowymi powinno odbywać się w kontekście prostych, dobrze przemyślanych, kontrolowanych prób klinicznych".

W bogatym przeglądzie międzynarodowych badań na temat leczenia uzależnień alkoholowych i narkotykowych odnotowano jedynie osiem badań z zastosowaniem randomizacji na temat leczenia narkomanów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (Jansson i Fridell, 2003 r.). Liczba przypadków odrzucenia leczenia była bardzo wysoka jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Krótkoterminowe obserwacja po wypisaniu z leczenia ujawniła, że leczenie stacjonarne, zwłaszcza we wspólnotach terapeutycznych, dało lepsze rezultaty pod względem warunków mieszkaniowych i zażywania substancji, ale nie pod względem objawów psychicznych.

Niektóre charakterystyki odnoszą się do wszystkich rodzajów leczenia. Zalecenia przedstawione poniżej pochodzące z przeglądów i meta-analiz opublikowanych na całym świecie badań kontrolowanych z randomizacją dotyczących leczenia uzależnień narkotykowych (Berglund et al., 2003 r.) mówią, że:

1. Należy stale śledzić zmiany w nawykach narkotykowych.
2. Interwencje powinny być bardzo dobrze przygotowane.
3. Interwencje powinny trwać dostatecznie długo, aby odniosły skutek.
4. Interwencje powinny trwać co najmniej trzy miesiące, a w najlepszym wypadku być jeszcze dłuższe.

W Wielkiej Brytanii w oparciu o wytyczne Departamentu Zdrowia (Department of Health, 2002b), projekty badawcze oraz przeglądy literatury (np. Crawford, 2001 r.), podwójną diagnozę umieszczono na wyższym szczeblu planu działań. Jednakże badania pochodzą głównie z Ameryki Północnej, przy czym mniej niż 10% wyciągów z przejrzanych przez Crawford'a tekstów pochodzi z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii.

Według duńskiego przeglądu badań międzynarodowych, potencjalnie skutecznym modelem zarządzania przypadkami chorobowymi jest asertywne leczenie we wspólnocie, które obejmuje aspekty strukturalne (ciężar przypadku, praca grupowa, współpraca z innymi specjalistami opieki zdrowotnej), organizacyjne (jasno określone kryteria przyjęcia na leczenie, ograniczone przyjmowanie nowych pacjentów, całodobowa interwencja kryzysowa) oraz merytoryczne (pomoc i opieka udzielana przez dzienne ośrodki wsparcia i pomocy, aktywne podejście, częste kontakty) (Wolf et al., 2002 r.). W Birmingham (Wielka Brytania), zespoły asertywnego leczenia we wspólnocie poddawane są szkoleniu, opierając się na podręczniku opisującym leczenie zintegrowane z użyciem technik poznawczo-behawioralnych. Zespołom oferuje się ciągłą pomoc podczas interwencji i są one oceniane zarówno pod względem metod, jak i wyników (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). W Norwegii prace kilku zespołów leczenia zintegrowanego, opierających się na metodzie asertywnego leczenia we wspólnocie, są obecnie poddawane testom.

Poniższy przegląd zawiera dowody najlepszych praktyk, o których donoszą krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox:

- Badanie monitorujące 219 osób uzależnionych od opium leczonych w zakładach leczenia uzależnień w Hamburgu wykazało zmniejszenie zażywania heroiny i kokainy w ciągu dwóch lat. Czterdzieści siedem procent badanych wykazało pozytywne zmiany, jeśli chodzi o zaburzenia psychiczne (Krausz et al., 1999 r.).
- Badanie włoskie wykazało, że wyniki zachowawczego leczenia metadonem nie różniły się znacząco u pacjentów z poważnymi lub łagodnym objawami psychicznymi pod względem czy to powrotu na leczenie, czy zażywania heroiny. Jednakże wydaje się, że pacjenci z poważniejszymi zaburzeniami psychicznymi potrzebowali większych średnich dawek metadonu (Pani et al., 2003 r.).
- Dialektyczne leczenie behawioralne ([173]) jest rodzajem leczenia, które wydaje się szczególnie nadawać dla

([173]) Dialektyczne leczenie behawioralne (DBT) obejmuje zastosowanie szerokiej gamy strategii leczniczych o charakterze poznawczo-zachowawczym w odniesieniu do problemów wynikających z osobowości granicznej (BPD), w tym zachowań samobójczych.

kobiet nadużywających substancji z ostro rozwiniętą osobowością z pogranicza i/lub skłonnościami samobójczymi. Jednakże dowody ograniczają się do kilku badań. Holenderskie badanie kontrolowane dialektycznej terapii behawioralnej wykazało, że zarówno grupa eksperymentalna, jak i grupa leczona tak jak zwykle skorzystały pod względem zmniejszonego przejawiania zachowań samodestrukcyjnych. Grupa eksperymentalna wykazała znaczne zmniejszenie zażywaniu alkoholu, ale nie stwierdzono żadnych różnic odnośnie do zażywania narkotyków (Van den Bosch et al., 2001 r.).

- W badaniu szwedzkim wielokrotne stosowanie kwestionariusza ASI (wskaźnik stopnia uzależnienia) w ciągu całego okresu leczenia przy użyciu jednolitego modelu zarządzania jakością ujawniło, że w okresie dwóch lat obserwacji po wypisaniu 46% pacjentów pozostało abstynentami. Pacjenci z podwójna diagnozą charakteryzowali się większym zaawansowaniem problemu w odniesieniu do wskaźnika stopnia uzależnienia niż pacjenci bez psychozy. Na ogół zauważalne były małe zmiany w profilu osobowościowym i objawach, ale dla wielu pacjentów jakość życia była wyższa, a sytuacja życiowa bardziej stabilna w okresie po leczeniu (Jonsson, 2001 r.).
- W Wielkiej Brytanii Barrowclough et al., (2001 r.) stwierdzili, że połączenie rozmów motywacyjnych, terapii behawioralno-poznawczej oraz interwencji rodzinnych skutkowało polepszeniem u pacjentów z zaburzeniami schizofrenicznymi i zaburzeniami spowodowanymi nadużywaniem substancji.
- W wyniku przeglądu norweskich badań na temat leczenia pacjentów ze współzachorowalnością stwierdzono, że zachowanie agresywne i impulsywne najlepiej jest leczyć za pomocą ustrukturalizowanej grupowej terapii konfrontacyjnej połączonej z terapią rodzinną. Pacjenci z depresją lub lękami skorzystali bardziej na indywidualnej psychoterapii oraz wspomagającej terapii grupowej (Vaglum, 1996 r.).

Badania

Niedawno rozpoczęto projekt badawczy dotyczący podwójnej diagnozy w ramach Piątego Ramowego Programu Badawczo-Rozwojowego Komisji Europejskiej. To oczekiwane wielowymiarowe badanie, obejmujące Danię, Francję, Polskę, Szkocję, Anglię oraz Finlandię, ma na celu opisanie świadczeń skierowanych do pacjentów z podwójna diagnozą w siedmiu europejskich zakładach psychiatrycznych oraz porównanie w okresie 12 miesięcy zachorowalności oraz korzystania z opieki pomiędzy pacjentami z diagnozą podwójną i pacjentami, u których nie wykryto współzachorowalności. Badane dane będą obejmować stopień uzależnienia, objawy psychiatryczne, adekwatność leczenia, funkcjonowanie psychospołeczne, sieć kontaktów, nawroty choroby i śmiertelność. Wyniki spodziewane są w roku 2005 ([174]).

Szkolenia

W większości krajów lekarze i pielęgniarki otrzymują podczas szkoleń bardzo mało informacji w zakresie uzależnień narkotykowych, a jeszcze mniej w kwestii współzachorowalności. We Włoszech łączone szkolenia dla personelu jednostek zdrowia psychicznego i ośrodków leczenia uzależnień są coraz częstsze. W Holandii Instytut Trimbos organizuje kursy szkoleniowe zarówno dla specjalistów leczenia uzależnień i opieki psychiatrycznej, zajmujących się leczeniem pacjentów z podwójną diagnozą. Inne kraje informują o szkoleniach i kursach wewnętrznych, ale wdrażanie ich jest przypadkowe i niejednolite.

W Wielkiej Brytanii Królewskie Kolegium Lekarzy Psychiatrów podjęło się analizy potrzeb szkoleniowych (Mears et al., 2001 r.) wraz z różnorodnymi grupami zawodowymi zarówno z zakładów opieki psychiatrycznej, jak i zakładów leczenia uzależnień. Pięćdziesiąt pięć procent pytanych stwierdziło, że czują się nieodpowiednio przygotowani do pracy z pacjentami ze współzachorowalnością i wyraziło potrzebę dalszego szkolenia.

([174]) Patrz http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Bibliografia

Abdulrahim, D. (2001 r.), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service: Londyn.

Andreasen, J. (2002 r.), Ansvaret for de psykotivke stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for lager*, 51.

AST/RELIS (2002 r.), Point Focal OEDT Luksemburg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN: Luksemburg.

Bakken, K., Landheim, S. i Vaglum, P. (2003 r.), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38: 54–9.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., et al. (2001 r.), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, str. 1706–13.

Baudis, R. (2004 r.), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Mediolan, 5–7 lutego 2004 r.

Beck, F. (2003 r.), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (draft report), Paryż: ESCAPAD, OFDT.

Beck, F. i Legleye, S. (2003 r.), Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes ESCAPAD 2002, Paryż: OFDT.

Benschop, A., Rabes, M. i Korf, D. (2002 r.), *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Berglund, M. et al. (ed.) (2003 r.), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: Londyn.

Berthel, T. (2003 r.), Psychiatrische Komorbidität. In: Beubler, E., Haltmayer, H. i Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Wiedeń.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2000 r.), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 4, str. 4–20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2001 r.), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, str. 4–18.

Beutel, M. (1999 r.), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, str. 313–19.

Bird, S. i Rotily, M. (2002 r.), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. i Hogewind, W. I. M. (2002 r.), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.*

Bronisch, T. i Wittchen, H.-U. (1998 r.), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, str. 22–6.

Chinman, M., Imm, P. i Wandersmann, A. (2004 r.), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation: Santa Monica.

CND (2004 r.), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, United Nations, Economic and Social Council: Wiedeń.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003 r.), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Commonwealth of Australia: Canberra.

Crawford, V. (2001 r.), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: Londyn.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., et al. (2004 r.), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, No.4, Genewa: WHO Europe.

Deehan, A. i Saville, E. (2003 r.), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office Online Report 43/03.

Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health: Londyn.

Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health: Londyn.

Dialog (2000 r.), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Wiedeń.

Dolan, K. (1997–98 r.), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, str. 32–8.

Dolan, K., Rutter, S. i Wodak, A. D. (2003 r.), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, str. 153–8.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., et al. (1998 r.), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, str. 589–608.

DrugScope (2004 r.), *Druglink* 19 (1) Jan/Feb 2004.

Dusenbury, L. i Falco, M. (1995 r.), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, str. 420–5.

Eland, A. i Van de Glint, G. (2001 r.), *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*, Trimbos Instituut: Utrecht.

EMCDDA (2001 r.), Cocaine and crack (special issue). In *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

EMCDDA (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

EMCDDA (2003b), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

EMCDDA (2003c), *Drugs in focus no. 11: Hepatitis C: a hidden epidemic*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

EMCDDA (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organisations*, Lizbona, 24 czerwca 2003 r. (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

EMCDDA (2004a), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

EMCDDA (2004b), *Drugs in focus no. 13: Deaths*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

EMCDDA (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

EMCDDA (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lizbona.

Emmanuelli, J. (2003 r.), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. In: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., et al. (eds) *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, pp. 263–7. OFDT: Paryż.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D., et al. (2001 r.), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, str. 573–80.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004 r.), HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.

European Commission (1999 r.), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Luksemburg: Office for the Official Publication of the European Communities.

European Commission (2003 r.), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services*, Luksemburg: Office for the Official Publication of the European Communities.

Europol (2002 r.), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: Haga.

Europol (2003 r.), *European Union organised crime report*, Europol: Haga.

Facy, F. (1999 r.), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: Paryż.

Farrell, M. (2002 r.), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service: Dublin.

FATF (2003a), *Annual report 2002–2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: Paryż.

Flay, B. (2000 r.), Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, str. 861–6.

Fridell, M. (1991 r.), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), Sztokholm.

Fridell, M. (1996 r.), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14, Socialstyrelsen: Sztokholm.

Gerdner, A. (2004 r.), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier*. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet: Sztokholm.

GFATM Secretariat (2004 r.), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. i Suligoi, B. (2004 r.), Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), str. 79–84.

Gore, S. M. (1999 r.), Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. *Lancet* 354, str. 1265–6.

Hall, W., Degenhardt, L. i Lynskey, M. (2001 r.), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series no. 44, 2nd edn, Commonwealth of Australia: Canberra.

Hannon F., Keleher C., i Friel, S. (2000 r.). *General healthcare study of the Irish prison population*. Stationery Office: Dublin.

Hansen, W. (1992 r.), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, str. 403–30.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., et al., (2000 r.), *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe, Pompidou Group.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L., et al. (2004 r.), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. *Eurosurveillance Weekly* 8(4): 22 stycznia 2004 r. (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, United Nations, INCB: Nowy Jork.

INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations, INCB: Nowy Jork (http://www.incb.org).

Interpol (2002 r.), *Activities report*, Interpol: Lyon.

Jansson, I. i Fridell, M. (2003 r.), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse: Sztokholm.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003 r.), Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 1–2 maja 2003 r.

Jonsson, S. (2001 r.) Långstorps vård- och behandllingshem – En ufallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Vol. III:20, Institutionen för psykologi: Lund.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., et al. (2001 r.), Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatrica Fennica* 32, str. 62–79.

Kokkevi, A. i Facy, F. (1995 r.), Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* 1, str. 194–8.

Kokkevi, A. i Stefanis, C. (1995 r.), Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, str. 329–37.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., et al. (2003 r.), Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (sprawozdanie).

Krausz, M. (1996 r.), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, str. 1–2.

Krausz, M. (1999 r.), Editorial. Addiction and mental health. *European Addiction Research 5*, str. 53–4.

Krausz, M. (1999 r.), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. In: Bellebaum, C. Jellinek, C. and Westermann, B. (eds) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, str. 100–14. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. i Degkwitz, P. (1999 r.), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research 5*, str. 55–62.

Landheim, A. S., Bakken, K. i Vaglum, P. (2003 r.), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, str. 8–17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. i Arner, O. (1997 r.), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, str. 43–63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. i Siegfried, N. (2003 r.), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 4, Wiley: Chichester, Wielka Brytania.

Liappas, J. (2001 r.), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, str. 9–22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. i Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O. i Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. i Begley, C. (2004 r.), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, w druku.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. (2000 r.), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, str. 285–9.

McIntosh, C. i Ritson, B. (2001 r.), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment 7*, str. 357–64.

McVeigh, J., Beynon, C. i Bellis, M. A. (2003 r.), New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 14, str. 399–405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., et al. (2001 r.), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: Londyn.

Migliori, G. B. i Centis, R. (2002 r.), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases 57*, str. 285–90.

Morel, A. (1999 r.), Troubles psychiatriques associés ŕ la toxicomanie. *Interventions 72*, str. 35–40.

Moyle, P. (2003 r.), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project: Strasburg.

Murphy-Lawless, J. (2002 r.), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. i Johnson, S. (2003 r.), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? In: Murray, R., Jones, P., Susser, E., et al. (eds), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Cambridge.

Neale, J. i Robertson, M. (2004 r.), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), str. 79–90.

Nestler, E. J. (2001 r.), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2):119–28.

Öjehagen, A. i Schaar, I. (2003 r.) Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities. In: Carrà, G. and Clerici, M. (eds) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: Paryż.

Olin, N. i Plasait, B. (2003 r.), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites.* Sénat: Paryż.

Origer, A. i Delucci, H. (2002 r.), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999–2000)*, Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé: Luksemburg.

Paglia, A. i Room, R. (1999 r.), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1), str. 3–50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G., et al. (2003 r.), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems 5*, str. 23–36.

Pedersen, M. U. (2001 r.), Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Ĺrhus.

Popov, P. (2003 r.), Alkohol. In: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praga: Úřad vlády ČR – NMC.

Ravelli, A., Bijl, R. V. i Van Zessen, G. (1998 r.), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, str. 531–44.

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003 r.), Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, str. 303–29.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. i Garretsen, H. F. L. (2004 r.) When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today* , Vol 4 (w druku).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., et al. (1999 r.), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168: 36–41.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2001 r.), *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002 r.), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., et al. (2003 r.), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, str. 519–24.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., et al. (2000 r.), Cocaine misuse treatment in England. International *Journal of Drug Policy* 11, str. 203–15.

Siliquini, R., Zeppegno, P. i Faggiano, F. (2002 r.), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso–controllo. In: Faggiano, F. (ed.) *OED Piemonte – Rapporto 2002*, Turyn: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze.

Sosial- og helsedepartementet (1999 r.), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar*.

Sprawozdania krajowych punktów kontaktowych sieci Reitox (2003 r.) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment.* Treatment monitoring conference, EMCDDA, Lizbona.

Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte. In: Beubler, E., Haltmayer, H. and Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Wiedeń.

Stothard, B., and Ashton, M. (2000 r.), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, str. 4–7, 16–20.

Stöver, H. (2001 r.), Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRO).

Stöver, H. i Nelles, J. (2003 r.), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, str. 437–44.

Ter Bogt, T. i Engels, R. C. M. E. (2004 r.). Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse.* W druku.

Tobler, N. (2001 r.), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, str. 25–7.

Tobler, N. i Stratton H.H. (1997 r.), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), str. 71–128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. i Ochshorn, P. (2000 r.), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: str. 275–336.

Uchtenhagen, U. i Zeiglgänsberger, W (2000 r.), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag: Monachium.

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 and Government of Morocco (2003 r.), *Morocco cannabis survey 2003*. United Nations Office on Drugs and Crime: Wiedeń.

UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000 r.), *Demand reduction: a glossary of terms*, United Nations: Nowy Jork.

Vaglum, P. (1996 r.) Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies. *Psychiatric Fennica* 27: 55–67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. i Van den Brink, W. (2001 r.), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, str. 416–24.

Van Rooijen, M. (2001 r.), Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek. *Psy 5*, str. 24–8.

Verheul, R. (2001 r.), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, str. 274–82.

WCO (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (available on the WCO web site: http://www.wcoomd.org).

WCO (2003b), *An integrated international response to drug smuggling.* WCO: Bruksela.

WCO (2003c), *World money laundering report*, Volume 4, Issue 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., et al. (2003 r.), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, str. 304–12.

WHO (1995 r.), *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO: Genewa.

Wiessing, L. i Kretzschmar, M. (2003 r.), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, str. 99–102.

Williams, H., O'Connor, J. J. i Kinsella, A. (1990 r.), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine 7*, str. 45–6.

Wolf, J., Mensink, C., i Van der Lubbe, P. (2002 r.), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect.* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid: Utrecht.

Zuckerman, J. (2003 r.), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, str. 1779–84.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. i Verthein, U. (2001 r.), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten.* Lambertus: Freiburg.

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2004

Sprawozdanie roczne 2004:
Stan problemu narkotykowego w Unii Europejskiej i Norwegii

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich
2004 – 113 str. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-212-8

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.eu.int/
- Bądź wysłać faksem zamówienie pod numer (352) 2929-42758,
  aby otrzymać jej wersję papierową.

16 17 5 TD-AC-04-001-PL-C

Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Ustanowione w 1993 roku i mające swoją siedzibę w Lizbonie Centrum 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 oparty 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 oraz odbiorcy masowego.

Sprawozdanie roczne przedstawia roczny przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE oraz Norwegii przeprowadzony przez EMCDDA i jest istotną publikacją źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.

Urząd Publikacji
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-212-8
9 789291 682126