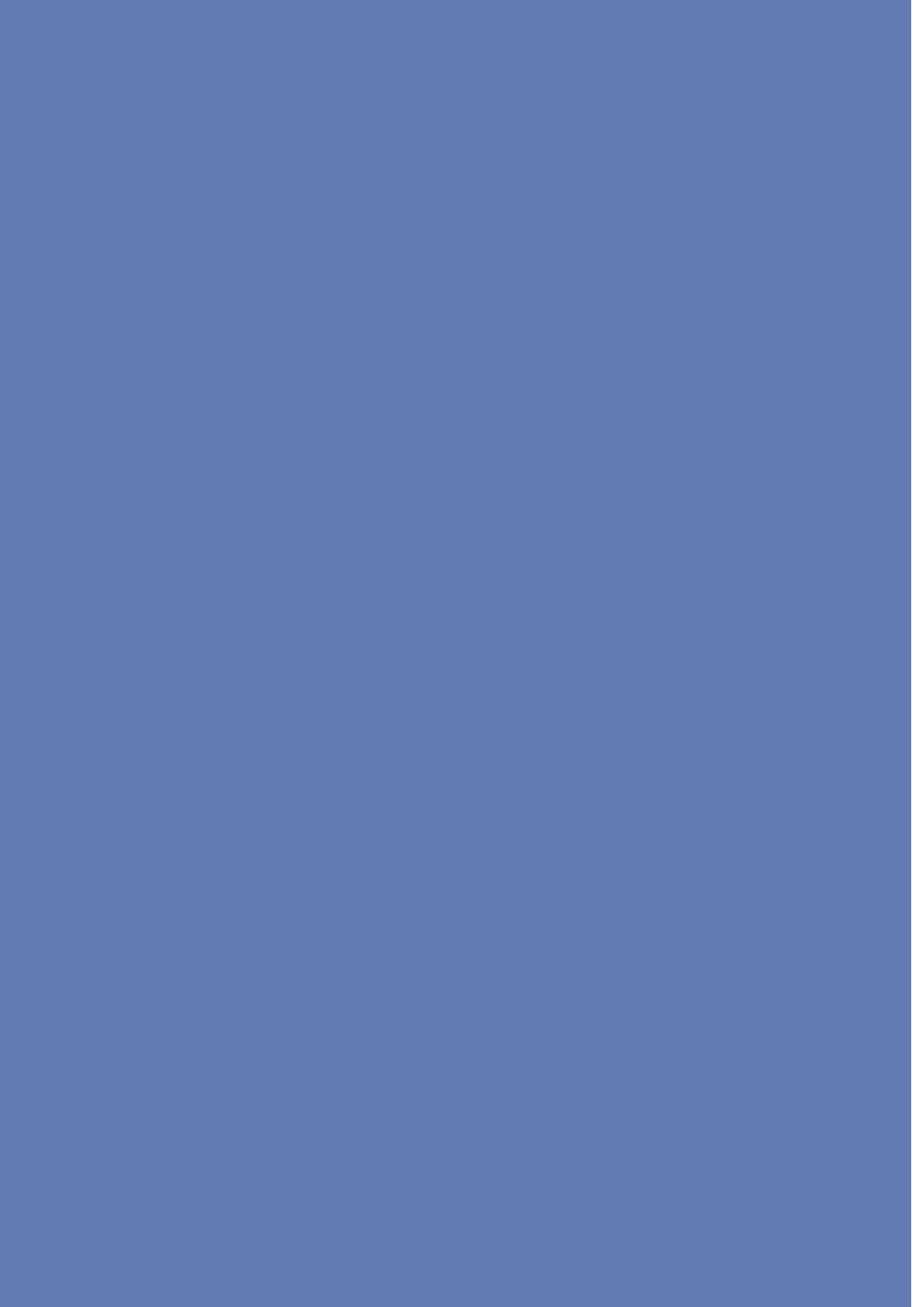




Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2011

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE





Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

SPRAWOZDANIE ROCZNE 2011

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

Nota prawna

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

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

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

Numer bezpłatnej infolinii (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2011

ISBN 978-92-9168-481-6

doi:10.2810/47009

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2011

Powielanie dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Luxembourg

WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIAŁYM BEZ CHLORU



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

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

Spis treści

Wstęp	5
Podziękowania	7
Wprowadzenie	9
Komentarz: Spojrzenie na obecny problem zażywania narkotyków w Europie z szerszej perspektywy	13
Rozdział 1: Polityka i prawo	
Zmiany w polityce unijnej i międzynarodowej • Strategie krajowe • Wydatki publiczne • Przepisy krajowe • Badania naukowe	20
Rozdział 2: Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie	
Profilaktyka • Leczenie • Reintegracja społeczna • Redukcja szkód • Zapewnienie jakości usług • Egzekwowanie prawa antynarkotykowego i przestępstwa związane z narkotykami • Ochrona zdrowia i działania społeczne w więzieniach	29
Rozdział 3: Konopie indyjskie	
Podaż i dostępność • Wskaźniki i wzory używania • Leczenie	45
Rozdział 4: Amfetaminy, ecstazy, substancje halucynogenne, GHB i ketamina	
Podaż i dostępność • Wskaźniki i wzory używania • Interwencje w obiektach rozrywkowych • Leczenie	57
Rozdział 5: Kokaina i crack	
Podaż i dostępność • Wskaźniki i wzory używania • Konsekwencje zdrowotne • Problemowe używanie i zapotrzebowanie na leczenie • Leczenie i redukcja szkód	70
Rozdział 6: Używanie opioidów i używanie narkotyków drogą iniekcji	
Podaż i dostępność • Problemowe używanie opioidów • Używanie narkotyków drogą iniekcji • Leczenie	81
Rozdział 7: Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami	
Choroby zakaźne • Reagowanie na choroby zakaźne • Zgony i umieralność • Ograniczanie liczby zgonów	92
Rozdział 8: Nowe narkotyki i tendencje	
Działania dotyczące nowych narkotyków • Mefedron • Inne substancje • „Dopalacze” • Kontrolowanie sprzedaży nowych narkotyków	105
Bibliografia	112



Wstęp

W tym roku mija 50. rocznica podpisania przez Organizację Narodów Zjednoczonych Jednolitej konwencji o środkach odurzających, która stała się kamieniem węgielnym międzynarodowego systemu kontroli antynarkotykowej. Przedstawiając naszą coroczną ocenę problemu narkotykowego w Europie, trudno oprzeć się wrażeniu, że zjawisko to przeszło w ciągu ostatniego półwiecza istotną ewolucję. Złożona sytuacja, z jaką mamy do czynienia obecnie w Europie, została ukształtowana przez wiele czynników, a jej różne aspekty nie funkcjonują w społecznej lub geograficznej izolacji. Nasze sprawozdanie uwzględnia zarówno ten fakt, jak i konieczność wzięcia pod uwagę szerszych zmian kulturowych i trendów globalnych, ponieważ mają one istotny wpływ na wzorce zażywania narkotyków i związane z nim szkody, w obliczu których stajemy. Trudności ekonomiczne, jakich doświadczają obecnie liczne kraje europejskie, stanowią część tła niniejszego raportu; ich wpływ jest odczuwalny, ponieważ coraz trudniej zdobyć budżet na usługi dla osób uzależnionych od narkotyków. Rozwój technologii informacyjnej doprowadził do zmiany niemal wszystkich aspektów współczesnego życia, a zatem trudno się dziwić, że miał on również wpływ na zjawisko narkomanii. Przejawia się to nie tylko w sposobie, w jaki narkotyki są wprowadzane na rynek i sprzedawane, ale doprowadził on również do pojawienia się nowych możliwości profilaktyki i leczenia. Dzisiejszy ściśle połączony świat coraz częściej jest wykorzystywany przez zorganizowaną przestępczość, dla której narkotyki są tylko jednym spośród nielegalnych towarów. W tym przypadku również niezwykle istotna jest globalna perspektywa, ponieważ konsekwencje zażywania narkotyków w Europie wykraczają poza jej granice. Przykładem tego jest sposób, w jaki zmiany dróg przemytu narkotyków, podkopujące rozwój niestabilnych instytucji demokratycznych i wspierające zachowania korupcyjne, zagrażają wysiłkom podejmowanym na poziomie UE, służącym wspieraniu rozwoju społecznego w krajach sąsiednich.

Należy przyznać, że sprawozdanie to jest efektem wspólnej pracy, i pragniemy niniejszym wyrazić nasze uznanie dla tych, którzy przyczynili się do jego powstania. Jego opracowanie było możliwe dzięki ciężkiej pracy i oddaniu naszych partnerów z sieci Reitox, krajowych punktów centralnych i ekspertów z całej Europy, którzy uczestniczyli w pracach analitycznych. Jesteśmy również wdzięczni innym europejskim i międzynarodowym agencjom za przeprowadzone przez nie analizy. Jednakże nasza praca nie polega jedynie

na porównywaniu informacji otrzymywanych od innych. Naszym zadaniem jest opracowywanie naukowo spójnej i niezależnej analizy problemu narkotykowego w Europie. Dane, które w tym celu interpretujemy, są niejednokrotnie niepełne. Podejście EMCDDA do analizy jest oparte na wielu wskaźnikach, a zarazem ostrożne. Wnioski wyciągane z jednego zestawu danych muszą zostać zweryfikowane w odniesieniu do innych źródeł informacji; przyznajemy się do zachowawczości w interpretacji danych w przypadkach, gdy dostępne informacje były niewystarczające. Należy przy tym podkreślić, że jakość, ilość i porównywalność dostępnych informacji na temat stanu problemu narkotykowego w Europie nieprzerwanie rośnie. Fakt ten sam w sobie stanowi prawdziwe osiągnięcie i jest dowodem wartości współpracy i skoordynowanych działań prowadzonych na tym obszarze w Unii Europejskiej.

Niniejsze sprawozdanie roczne nie powinno być odbierane jako oddzielna publikacja, ale jako część naszego obszernego i wszechstronnego rocznego pakietu sprawozdawczego. Dane, na których opiera się analiza, a także wyczerpujące uwagi metodologiczne można znaleźć w towarzyszącym biuletynie statystycznym. Publikacje powiązane z niniejszym sprawozdaniem, skoncentrowane na poszczególnych zagadnieniach, przedstawiają szczegółowo następujące kwestie: koszty i fundusze na leczenie, wytyczne dotyczące świadczenia opieki, rynek konopi oraz ogólne dane dotyczące śmiertelności w wyniku zażywania narkotyków. Informacje dotyczące sytuacji w poszczególnych krajach są dostępne w formie szczegółowych sprawozdań krajowych i charakterystyk danych krajowych dostępnych w Internecie. Nasze sprawozdanie z założenia ma być przystępne dla przeciętnego czytelnika, skoncentrowane strategicznie, tak aby służyć odbiorcom zajmującym się polityką, a zarazem wystarczająco szczegółowe, by spełnić oczekiwania badaczy, studentów i naukowców. Niezależnie od perspektywy odbiorcy, mamy nadzieję, że nasza praca poprawi zrozumienie obecnego stanu problemu narkotykowego w Europie. Na tym polega nasza misja, ale wierzymy ponadto, że zrozumienie problemu stanowi niezbędny warunek opracowania skutecznej polityki antynarkotykowej i związanych z nią działań.

João Goulão

Przewodniczący zarządu EMCDDA

Wolfgang Götz

Dyrektor EMCDDA



Podziękowania

EMCDDA dziękuje za pomoc w opracowaniu niniejszego sprawozdania:

- szefom krajowych punktów kontaktowych europejskiej sieci informacji o narkotykach i narkomanii Reitox oraz ich pracownikom,
- służbom i ekspertom, którzy zajmowali się gromadzeniem pierwotnych danych do niniejszego sprawozdania we wszystkich państwach członkowskich,
- członkom zarządu i Komitetu Naukowego EMCDDA,
- Parlamentowi Europejskiemu, Radzie Unii Europejskiej – w szczególności Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków – oraz Komisji Europejskiej,
- Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejskiej Agencji Leków (EMA) i Europolowi,
- Grupie Pompidou Rady Europy, Biurze Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności (UNODC), Międzynarodowemu Organowi Kontroli Środków Odurzających, Biurze Regionalnemu Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Interpolowi, Światowej Organizacji Celnej, Dyrekcji Zdrowia Kanady ds. Substancji Kontrolowanych i Tytoniu, Urzędowi Administracji USA ds. Uzależnień i Zdrowia Psychicznego, badaniom nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w wieku szkolnym (HBSC), projektowi ESPAD oraz Szwedzkiej Radzie ds. Informacji o Alkoholu i Innych Używkach (CAN),
- Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej i Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox

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

Dane kontaktowe krajowych punktów kontaktowych zamieszczono na stronie internetowej EMCDDA.



Wprowadzenie

Niniejsze sprawozdanie roczne sporządzono na podstawie informacji udostępnionych EMCDDA przez państwa członkowskie UE, państwa kandydujące – Chorwację i Turcję – oraz Norwegię. Przedstawione dane statystyczne dotyczą 2009 r. (lub ostatniego roku, dla którego dostępne są dane). Informacje graficzne i tabele zawarte w niniejszym sprawozdaniu mogą odnosić się do określonych grup państw UE. Wybór może być dokonany spośród tych państw, które udostępniają informacje za dany okres, lub w celu zwrócenia uwagi na pewne tendencje.

Analiza tendencji jest oparta tylko na tych krajach, które dostarczają danych wystarczających do określenia zmian w danym okresie. Dane dotyczące 2008 r. mogą zastępować brakujące liczby za 2009 r. w analizie kształtowania się tendencji dotyczących rynku narkotykowego; w przypadku analizy pozostałych tendencji można interpolować brakujące dane.

Poniżej przedstawiono informacje ogólne i pewne zastrzeżenia, które należy mieć na uwadze, czytając niniejsze sprawozdanie roczne.

Dane dotyczące podaży i dostępności narkotyków

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

Liczbę konfiskat narkotyków w danym kraju często przyjmuje się jako pośredni wskaźnik wielkości podaży, szlaków handlowych i dostępności narkotyków. Stanowi ona bardziej bezpośredni wskaźnik dotyczący działań w dziedzinie egzekwowania prawa antynarkotykowego (np. priorytetów, zasobów i strategii), jak również odzwierciedla praktyki w zakresie sprawozdawczości oraz podatność handlarzy narkotyków na różne działania. Aby zrozumieć funkcjonowanie detalicznych rynków narkotykowych, można także analizować dane na

Dostęp do sprawozdania rocznego i jego źródeł danych w Internecie

Sprawozdanie roczne w 22 językach można pobrać ze strony internetowej EMCDDA. Wersja elektroniczna zawiera linki do wszystkich źródeł internetowych przytoczonych w sprawozdaniu rocznym.

Następujące źródła są dostępne wyłącznie w Internecie.

Biuletyn statystyczny za 2011 r. zawiera pełny zestaw tabel źródłowych, na których jest oparta analiza statystyczna. Ponadto w wersji elektronicznej zawarto dodatkowe informacje o zastosowanej metodologii oraz około 100 dodatkowych wykresów statystycznych.

Sprawozdania krajowe opracowane przez krajowe punkty kontaktowe w sieci Reitox zawierają szczegółowy opis i analizę problemu narkotyków w poszczególnych krajach.

Charakterystyki danych krajowych przedstawiają graficzne podsumowanie kluczowych aspektów sytuacji w zakresie narkotyków w poszczególnych krajach.

temat czystości lub siły działania oraz cen detalicznych nielegalnych narkotyków. Ceny detaliczne narkotyków zgłoszone do EMCDDA odzwierciedlają ceny płacone przez osobę używającą narkotyków. Tendencje cenowe uwzględniają inflację na poziomie krajowym. Doniesienia na temat czystości lub siły działania narkotyków napływające z większości krajów opierają się na próbkach wszystkich skonfiskowanych narkotyków i na ogół nie jest możliwe powiązanie zgłoszonych danych z konkretnym poziomem rynku narkotykowego. W przypadku czystości lub siły działania oraz cen detalicznych, wszystkie analizy opierają się na zgłoszonych wartościach średnich lub modalnych, a w razie ich braku – na medianie. Dostępność danych dotyczących ceny i czystości może być jednak ograniczona w pewnych krajach i mogą powstawać pytania o ich wiarygodność i porównywalność.

EMCDDA gromadzi dane krajowe na temat konfiskat, czystości i cen detalicznych narkotyków w Europie. Inne dane dotyczące podaży narkotyków pochodzą z analiz i systemów informacyjnych Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), których uzupełnieniem są dodatkowe informacje dostarczane przez Europol. Informacje na temat prekursorów narkotyków uzyskuje się z Komisji Europejskiej, która gromadzi dane na temat konfiskat tych substancji w UE,

oraz z Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (INCB), który zajmuje się inicjatywami międzynarodowymi, mającymi na celu zapobieganie zmianie zastosowania środków chemicznych będących prekursorami i wykorzystywaniu ich do wytwarzania nielegalnych narkotyków.

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

Ocena wskaźników używania narkotyków na podstawie badań ankietowych populacji ogólnej

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

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

Przeprowadzanie badań ankietowych jest kosztowne i niewiele krajów europejskich gromadzi informacje co roku, chociaż wiele z nich gromadzi je w odstępach od dwóch do czterech lat. Dane uwzględnione w niniejszym sprawozdaniu opierają się na wynikach najbardziej aktualnych badań w każdym kraju; w większości oznacza to lata 2006–2009. O ile nie zaznaczono inaczej, dane dotyczące rozpowszechnienia w Zjednoczonym Królestwie odnoszą się do Anglii i Walii, chociaż dostępne są również oddzielne dane dla Szkocji i Irlandii Północnej.

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia narkotyku (użycie narkotyku przynajmniej raz w życiu) dotyczy najdłuższego okresu ze wszystkich trzech standardowych ram czasowych stosowanych do celów raportowania danych uzyskanych w trakcie badań. Wskaźnik ten

nie odzwierciedla aktualnej sytuacji osób dorosłych w zakresie używania narkotyków, ale może być przydatny w zrozumieniu wzorów i częstości używania narkotyków. W przypadku osób dorosłych standardowe przedziały wiekowe EMCDDA to: od 15 do 64 lat (wszyscy dorośli) i od 15 do 34 lat (młode osoby dorosłe). Do krajów stosujących odmienne – wyższe bądź niższe – granice wiekowe należą: Dania (16 lat), Niemcy (18 lat), Węgry (18 lat), Malta (18 lat), Szwecja (16 lat) i Zjednoczone Królestwo (od 16 do 59 lat). Nacisk kładzie się tu na używanie narkotyków w ostatnim roku i w ostatnim miesiącu (używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub ostatnich 30 dni przed przeprowadzeniem badań ankietowych) (więcej informacji – zob. strona internetowa EMCDDA). W przypadku uczniów wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia narkotyku i wskaźnik używania narkotyku w ciągu ostatniego roku często mają podobną wielkość ponieważ używanie nielegalnych narkotyków przez osoby w wieku poniżej 15 lat występuje rzadko.

W ramach europejskiego projektu dotyczącego badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD) stosowane są znormalizowane metody i instrumenty mające na celu pomiar używania narkotyków i spożywania alkoholu w reprezentatywnej próbie uczniów, którzy w ciągu danego roku kalendarzowego kończą 16 lat. W 2007 r. zebrano dane z 35 państw, w tym 25 państw członkowskich UE, Chorwacji i Norwegii. Wyniki piątej tury projektu, przeprowadzonej w 2011 r. z udziałem 23 z 27 państw członkowskich oraz Chorwacji i Norwegii, zostaną opublikowane w 2012 r.

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w wieku szkolnym (HBSC) to zespołowe opracowanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w którym kontroluje się zdrowie i zachowania zdrowotne dzieci i które zawiera pytania na temat używania konopi indyjskich przez 15-letnich uczniów, począwszy od 2001 r. Trzecią turę tych badań z uwzględnieniem pytań dotyczących konopi indyjskich przeprowadzono w latach 2009–2010 z udziałem 23 z 27 państw członkowskich oraz Chorwacji i Norwegii.

Zapotrzebowanie na leczenie

W doniesieniach na temat zapotrzebowania na leczenie termin „nowi pacjenci” odnosi się do osób, które w ciągu danego roku kalendarzowego rozpoczęły leczenie po raz pierwszy w życiu, natomiast termin „wszyscy pacjenci” dotyczy wszystkich osób podejmujących leczenie w ciągu danego roku kalendarzowego. Dane nie uwzględniają pacjentów kontynuujących leczenie na początku danego

roku. Jeżeli liczba zgłoszeń na leczenie z powodu podstawowego narkotyku jest podana, jako proporcja, w mianowniku występuje liczba przypadków, w których znany jest podstawowy narkotyk.

Interwencje

Informacje na temat dostępności i stosowania różnych działań interwencyjnych w Europie są oparte na ogół na ocenach ekspertów krajowych, które zebrano, stosując ustrukturyzowany kwestionariusz. W przypadku niektórych wskaźników dostępne są jednak również dane z monitorowania ilościowego.



Komentarz

Spojrzenie na obecny problem zażywania narkotyków w Europie z szerszej perspektywy

Problem narkotykowy w perspektywie

Tegoroczne sprawozdanie jest pod wieloma względami pełne kontrastów. Z jednej strony, obserwujemy w Europie względnie stabilną sytuację w zakresie zażywania narkotyków. Ogólne poziomy rozpowszechniania pozostają wysokie w porównaniu z tymi odnotowywanymi w przeszłości, ale nie rosną. Na kilku istotnych obszarach, takich jak używanie konopi wśród młodych ludzi, można odnotować pewne pozytywne oznaki. Z drugiej strony, pojawiają się niepokojące sygnały dotyczące rozwoju na rynku narkotyków syntetycznych i, mówiąc ogólniej, rozszerzenie asortymentu substancji, po które sięgają osoby używające narkotyków. Jednoczesne używanie wielu substancji, w tym łączenie nielegalnych narkotyków z alkoholem, a czasami z lekami i substancjami niepodlegającymi kontroli, stało się dominującym wzorem używania narkotyków w Europie. Sytuacja ta stanowi wyzwanie dla europejskiej polityki antynarkotykowej i działań podejmowanych w jej ramach. Większość państw członkowskich nadal nie posiada wszechstronnych ram politycznych w zakresie substancji psychoaktywnych, a ośrodki leczenia uzależnień muszą dostosować swoją działalność do potrzeb pacjentów uzależnionych od wielu różnych substancji. Także ukierunkowanie i ocena oddziaływania środków mających na celu obniżanie podaży narkotyków wymaga namysłu nad ogólną sytuacją na rynku substancji psychoaktywnych. Bez tej szerszej perspektywy, sukcesy odniesione w zakresie jednego narkotyku mogą przyczynić się do zastąpienia go innymi produktami. Niniejsze sprawozdanie przedstawia liczne przykłady dowodzące, że europejski rynek nielegalnych narkotyków jest dynamiczny, innowacyjny i szybko przystosowuje się zarówno do pojawiających się możliwości, jak i nowych środków kontroli.

Przegląd europejskiego modelu

W porównaniu z ogólnymi standardami światowymi, europejskie podejście do walki z nielegalnymi narkotykami jest dobrze rozwinięte, dojrzałe i prawdopodobnie stosunkowo skuteczne. Jego wyrazem na poziomie europejskim jest obowiązująca antynarkotykowa strategia

UE oraz towarzyszący jej plan działania, stanowiące wyjątkowy przykład długoterminowej współpracy i wymiany doświadczeń na poziomie ponadnarodowym. Osiągnięcia ostatniej unijnej strategii antynarkotykowej są obecnie poddawane przeglądowi. Większość państw członkowskich przyjęła stosunkowo spójne i dobrze opracowane strategie antynarkotykowe, które w dużej mierze odzwierciedlają powszechny model. Pomimo pozytywnych zmian i ogólnego wzrostu w zakresie świadczenia usług leczenia uzależnień, nie udało się zatrzeć głębokich różnic pomiędzy poszczególnymi krajami, szczególnie w odniesieniu do działań mających służyć ograniczeniu popytu na narkotyki. Niwelowanie tych rozbieżności będzie stanowiło ważne wyzwanie dla przyszłej polityki UE w tym zakresie.

Europejski model można określić jako pragmatycznie równoważący ograniczanie podaży narkotyków z ograniczeniem popytu, a także gwarantujący poszanowanie praw człowieka i bezpieczeństwo wspólnoty. Podejście to pozwala na prowadzenie skoordynowanych działań i współpracę w zakresie egzekwowania prawa i kontroli granicznych mających na celu ograniczanie podaży narkotyków, o czym świadczą obecne programy służące ograniczeniu importu heroiny z Afganistanu, przemytu kokainy przez Atlantyk i Zachodnią Afrykę oraz produkcji narkotyków syntetycznych. Pozwala to również na opracowanie innowacyjnych rozwiązań w zakresie leczenia i redukcji szkód, czego przykładem jest leczenie wspomagane heroiną, wzbudzające coraz żywsze zainteresowanie w kilku krajach europejskich i będące przedmiotem nowego przeglądu EMCDDA.

Możliwy wzrost lokalnych epidemii HIV wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach

W wyniku spadku ogólnego tempa rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem HIV na terenie Unii Europejskiej, systemy ochrony zdrowia poświęcają mniejszą uwagę programom prewencji zakażeń. Niemniej jednak tegoroczna analiza wskazuje na potencjalny wzrost ryzyka wybuchu nowych, lokalnych epidemii zakażeń HIV. Kryzys

gospodarczy dotyczący wiele krajów europejskich może przyczynić się do większej podatności społeczności, a jednocześnie ograniczyć zdolność państw członkowskich do podejmowania adekwatnych działań. Historyczne dowody jasno wskazują na to, że pewne warunki sprzyjają szybkiemu rozprzestrzenianiu się zarażeń wirusem HIV wśród osób używających narkotyków w szczególnie podatnych środowiskach. Co więcej, osiągnięcia Unii Europejskiej w zakresie redukcji rozprzestrzeniania zakażeń wirusem HIV nie są widoczne w wielu państwach sąsiednich, w których przenoszenie wirusa HIV w drodze używania narkotyków w iniekcjach i stosunków płciowych bez zabezpieczenia pozostaje poważnym problemem zdrowia publicznego. Zachodzące ostatnio zmiany polityczne i ekonomiczne przyczyniły się do wzrostu migracji z tych regionów do krajów Unii Europejskiej, co może dodatkowo obciążać już i tak przepracowane służby leczenia uzależnień.

Szczególnie niepokojące jest zatem to, że w kilku państwach członkowskich UE, w tym w krajach, które do tej pory nie doświadczyły poważnych epidemii zakażeń wirusem HIV związanych z używaniem narkotyków, powstały warunki potencjalnie narażające je na tego rodzaju zagrożenie w przyszłości. W Grecji, która należała do krajów o niskim poziomie rozpowszechnienia, odnotowano w 2011 r. lokalny wybuch epidemii zakażeń HIV pośród osób używających narkotyków w iniekcjach. Niepokojąca jest również sytuacja w kilku wschodnich państwach członkowskich, czego przykładem jest rosnąca liczba zakażeń w Bułgarii. Kilka krajów, w których obserwowano postępy w zakresie zwalczania epidemii HIV/AIDS w środowiskach narkomanów, na przykład Estonia i Litwa, gdzie w ostatnich latach z powodzeniem zapobiegano nowym zakażeniom, wydaje się obecnie coraz bardziej narażonych na odwrócenie tej pozytywnej tendencji, ponieważ w obu wspomnianych krajach odnotowano ostatnio wzrost liczby zakażeń.

Tendencje w zakresie używania opiatów: potrzeba zrozumienia dynamiki rynku

Dostępność i nadużywanie opiatów dostępnych na receptę, w szczególności środków przeciwbólowych, są ostatnio przedmiotem rosnącego zaniepokojenia na całym świecie, a szczególnie w Ameryce Północnej. W oparciu o dostępne dane trudno ocenić zakres, w jakim zjawisko to dotyka kraje europejskie. Co więcej, trudno bezpośrednio porównywać sytuację w Unii Europejskiej z sytuacją w innych regionach świata, w dużej mierze w związku z istotnymi różnicami w zakresie praktyki przepisywania tych substancji przez lekarzy oraz obowiązujących przepisów. Nielegalne używanie syntetycznych opiatów

w Europie przejawia się przede wszystkim zażywaniem leków substytucyjnych stosowanych w leczeniu substytucyjnym. Ponadto niektóre kraje w północnej i środkowej Europie odnotowują zjawisko używania fentanylu, który jest prawdopodobnie produkowany nielegalnie poza terytorium Unii Europejskiej. Pojawienie się tego środka jest szczególnie niepokojące i, biorąc pod uwagę sytuację w innych regionach świata, stanowi dobry argument przemawiający za usprawnieniem stosowanych w Europie narzędzi monitorowania tendencji w zakresie nadużywania produktów psychoaktywnych przeznaczonych wyłącznie do celów terapeutycznych.

Podczas gdy syntetyczne opiaty są stosowane nielegalnie przede wszystkim w zastępstwie heroiny, informacje na temat ich używania mogą pomóc w zrozumieniu ogólnej sytuacji na rynku heroiny. Istotne stało się obecnie znalezienie odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie działania podejmowane w celu ograniczania podaży mają wpływ na dostępność heroiny na ulicach Europy. Prawdopodobieństwo takiej zależności jest poparte sygnałami o niedoborze na rynku heroiny pod koniec 2010 r. w niektórych, choć nie we wszystkich, krajach UE, który dał się odczuć również poza terytorium Unii, m.in. w Rosji i Szwajcarii. Alternatywnym wyjaśnieniem tych niedoborów jest zaraza dotycząca uprawy maku w niektórych częściach Afganistanu. Niemniej jednak po bliższym przyjrzeniu się tej kwestii taki związek wydaje się nieprzekonujący, chociaż inne wydarzenia mające miejsce w Afganistanie i pewne istotne sukcesy wynikające ze współpracy pomiędzy siłami policyjnymi Turcji i UE mogły odegrać tutaj pewną rolę. Wszelkie krótkoterminowe niedobory należy jednak rozpatrywać w dłuższej perspektywie stosunkowo stabilnego rynku heroiny w Europie.

Pomimo wagi informacji na temat dostępności heroiny dla zrozumienia dynamiki europejskiego rynku nielegalnych narkotyków warto zaznaczyć, że trudno jest obecnie wydawać na ten temat zdecydowane sądy. Prowadzi się obecnie bardziej zaawansowane próby mające pomóc w zrozumieniu tego rynku, oparte na analizie danych dotyczących produkcji i konsumpcji. Niemniej jednak kilka technicznych przyczyn przemawia za tym, by zachować wyjątkową ostrożność, wyciągając wnioski na ten delikatny temat. Brakuje na przykład dobrych wskaźników dostępności rynkowej w Europie. Szacunkowe dane dotyczące produkcji opium w Afganistanie są często traktowane dosłownie, pomimo iż tego rodzaju kalkulacje są pod wieloma względami metodologicznie skomplikowane. Poza tym rzadko uwzględnia się produkcję opium w innych krajach azjatyckich. Co więcej, modele przepływu heroiny często uwzględniają

istnienie „zapasów” opium lub heroiny, chociaż brakuje empirycznych dowodów potwierdzających to założenie. Wyjaśnienie związków pomiędzy produkcją opium a dostępnością heroiny dodatkowo komplikuje fakt istnienia różnych dróg przemytu do Unii Europejskiej oraz istniejące na jej obszarze podryunki, a także istotne opóźnienia pomiędzy zbiorami opium w Afganistanie a pojawieniem się heroiny na ulicach Europy.

Czy zgony wskutek przedawkowania to tylko wierzchołek góry lodowej?

Typowa ofiara przedawkowania w Europie to mężczyzna w wieku od 35 do 40 lat, używający opiatów od dłuższego czasu. Korzystanie z programów leczenia, szczególnie z leczenia substytucyjnego, obniża ryzyko przedawkowania. Niemniej jednak, pomimo zdecydowanego wzrostu dostępności leczenia na przełomie ostatnich lat, liczba zgonów w wyniku przedawkowania narkotyków w Europie utrzymuje się na stałym poziomie. Ograniczanie liczby zgonów z powodu przedawkowania stanowi zatem istotne wyzwanie dla służb przeciwdziałania narkomanii w całej Europie. Obecnie opracowuje się i poddaje ocenie kilka innowacyjnych programów w tym zakresie, skoncentrowanych na sytuacjach, które uważa się za szczególnie ryzykowne dla osób uzależnionych od opiatów, takie jak wyjście z więzienia lub porzucenie programu leczenia. O ile działania te są istotne, koncentrują się one tylko na części problemu. Badania sugerują, że przypadki śmierci spowodowanej przedawkowaniem mogą stanowić od jednej trzeciej do dwóch trzecich zgonów wśród osób uzależnionych od narkotyków. Inne powszechne przyczyny śmierci w tej grupie to AIDS, samobójstwa i urazy. Konsekwencje tego zjawiska zostały przedstawione szczegółowo w publikacji towarzyszącej niniejszemu sprawozdaniu; wskazują one zdecydowanie na wysoką liczbę przedwczesnych zgonów w tej grupie oraz na rolę, jaką służby do walki z uzależnieniami mogą odegrać w ograniczaniu śmiertelności spowodowanej długoterminowym uzależnieniem od narkotyków.

Czy pękła bańka kokainowa?

W ciągu ostatniego dziesięciolecia kokaina stała się najpowszechniej stosowanym środkiem stymulującym w Europie, pomimo iż wysoki poziom jej używania ograniczony jest do ściśle określonej grupy krajów. Stwierdzono, że atrakcyjność tego narkotyku w pewnym stopniu wynika z kojarzonego z nią wizerunku: kokainę przedstawia się często jako modny narkotyk i element stylu życia osób zamożnych. Realia są jednak inne.

Pozytywną wizję tego narkotyku coraz częściej podważa rosnąca świadomość problemów wynikających z używania kokainy, uwidaczniających się w coraz większej liczbie przypadków hospitalizacji, zgonów i zapotrzebowania na leczenie związanych z używaniem tej substancji. Wysokie koszty powiązane z regularnym używaniem kokainy mogą przyczynić się do spadku jej atrakcyjności w krajach dotkniętych problemami gospodarczymi. Nowe dane podnoszą kwestię tego, czy popularność tego narkotyku osiągnęła swój szczyt. Niedawno przeprowadzone badania wskazują na spadek spożycia kokainy w krajach o najwyższych poziomach rozpowszechnienia, chociaż w przypadku innych sytuacji nie jest tak oczywista. Również dane dotyczące podaży są niejednoznaczne. Od 2006 r. obserwuje się spadek ilości konfiskowanej kokainy; spadła również cena i czystość tego narkotyku. Tym niemniej, pomimo ograniczenia objętości przejmowanej kokainy, ilość konfiskat nadal rośnie i istnieją dowody na to, że przemytnicy nieustannie przystosowują się do tych działań podejmowanych w ramach walki z handlem narkotykami. Konsekwencją tego jest ryzyko rozprzestrzeniania tego narkotyku na nowe obszary.

Powrót popularności MDMA

W ostatnich latach na europejskim rynku ecstasy malała dostępność tabletek zawierających MDMA. Sprzedawane nielegalnie tabletki ecstasy zawierały zazwyczaj inne substancje odurzające, m.in. piperazynę. W rezultacie kupujący przekonani, że nabywają substancję nielegalną, w istocie kupowali substancję niekontrolowaną. Braki MDMA w tabletkach ecstasy okazują się być związane z niedoborami najważniejszego prekursora PMK, co być może odzwierciedla powodzenie wysiłków podejmowanych w celu wprowadzenia zakazu stosowania tej substancji. Niemniej jednak najnowsze dane wskazują na rosnącą dostępność MDMA, a w części raportów znalazły się informacje o istnieniu tabletek o wysokiej zawartości tej substancji oraz proszków o wysokim poziomie czystości.

Wydaje się, że obecnie stosowane metody produkcji MDMA opierają się na safralu albo, coraz częściej, na importowanych substancjach chemicznych, takich jak PMK-glycidate lub alfa-fenylacetonytrylu, które są strukturalnie zbliżone, choć nie identyczne z kontrolowanymi substancjami używanymi do tej pory. Istnieje tu pewne podobieństwo z rozwojem w zakresie „dopalaczy”, gdzie substancje niekontrolowane zastępują te podlegające kontroli. Te substancje chemiczne wybierane są z uwagi na dwa cele: nowa substancja nie powinna podlegać kontroli, a ponadto powinna łatwo poddawać się przekształceniu

Krótkie zestawienie danych szacunkowych dotyczących używania narkotyków w Europie

Przedstawione poniżej dane szacunkowe odnoszą się do populacji dorosłych (15–64 lat) i oparte są na najnowszych dostępnych danych (badania ankietowe przeprowadzone między rokiem 2001 a latami 2009/2010, głównie w okresie 2004–2008). Kompletny zestaw danych i informacji na temat zastosowanej metodologii zawarto w towarzyszącym biuletynie statystycznym.

Konopie indyjskie

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 78 milionów (23,2% dorosłych Europejczyków).

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 22,5 miliona dorosłych Europejczyków (6,7%) lub jedna na trzy osoby, które użyły narkotyku co najmniej raz.

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: około 12 milionów (3,6%).

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres od 0,4% do 14,3%.

Kokaina

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 14,5 miliona (4,3% dorosłych Europejczyków).

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 4 miliony dorosłych Europejczyków (1,2%), czyli jedna na trzy osoby, które użyły narkotyku co najmniej raz.

Użycie w ciągu ostatniego miesiąca: około 1,5 miliona (0,5%).

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres od 0,0% do 2,7%.

Ecstasy

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 11 milionów (3,2% dorosłych Europejczyków).

Użycie w ciągu ostatniego roku: około 2,5 miliona (0,7%), czyli jedna piąta osób, które użyły narkotyku co najmniej raz.

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres od 0,1% do 1,6%.

Amfetaminy

Przynajmniej jednokrotne użycie: około 12,5 miliona (3,8% dorosłych Europejczyków).

Użycie w ciągu ostatniego roku: 1,5–2 milionów (0,5%) lub aż do jednej szóstej osób, które użyły narkotyku co najmniej raz.

Różnice między krajami pod względem używania narkotyku w ciągu ostatniego roku: ogólny zakres od 0,0% do 1,1%.

Opiaty

Problemowe używanie opiatów: według szacunków od 1,3 do 1,4 miliona Europejczyków.

Około 700 000 osób używających opiatów zostało poddanych leczeniu substytucyjnemu w 2009 r.

Główny narkotyk w ponad 50% wszystkich przypadków zgłoszeń do leczenia.

Zgony spowodowane użyciem narkotyków: około 7600, przy czym obecność opiatów stwierdzono w około trzech czwartych przypadków.

w prekursor niezbędny do syntezy MDMA. Również to stanowi dowód na niezwykłą zdolność przystosowania się producentów narkotyków syntetycznych. Podobne zjawisko zaobserwowano na rynku amfetaminy: chemiczne „maskowanie” prekursorów służy unikaniu istniejących mechanizmów kontroli przygranicznej i kontroli sprzedaży. Producenci wykazują się rosnącą biegłością techniczną i nieustannie poszukują nowych sposobów obchodzenia zakazów i przepisów, a możliwość modyfikowania i przekształcania substancji stanowi kolejne wyzwanie dla obecnego podejścia do kontroli narkotyków.

Nowe substancje psychoaktywne: w poszukiwaniu właściwej odpowiedzi

Pojawienie się wielu nowych, niekontrolowanych substancji psychoaktywnych jest coraz większym wyzwaniem dla istniejących modeli kontroli narkotyków.

W 2010 r. zgłoszono rekordową liczbę 41 substancji do europejskiego mechanizmu wczesnego ostrzegania;

pierwsze dane dotyczące 2011 r. nie wskazują żadnych oznak spadku. Odzwierciedla to zarówno nieprzerwane wprowadzanie nowych substancji i produktów na rynek, jak i coraz częściej podejmowane działania prewencyjne, służące identyfikacji nowych substancji. Ogromne ich ilości sprzedawane są przez Internet, a wstępne wyniki ostatniego badania internetowego EMCDDA (lipiec 2011 r.) wskazują na to, że nieustannie rośnie liczna sklepów sprzedających produkty psychoaktywne w sieci. Również metody sprzedaży wydają się coraz bardziej wyrafinowane: podejmuje się liczne środki ograniczające dostęp do stron sklepów i chroniące tożsamość kupujących i sprzedających. Ponadto pojawiły się raporty dotyczące sprzedaży nielegalnych narkotyków za pośrednictwem stron internetowych o ograniczonym dostępie. Nie wiadomo w jakim stopniu zmiany te mogą stać się w przyszłości źródłem poważnych zagrożeń, ale biorąc pod uwagę tempo zmian zachodzących na tym polu, należy zachować czujność.

Doskonalenie zdolności wykrywania nowych narkotyków

Mechanizm prawny wspierający europejski system wczesnego ostrzegania poddawany jest obecnie przeglądowi. Komisja Europejska przeprowadziła ocenę uwzględniającą zarówno mocne strony istniejącego systemu, jak i potrzebę zwiększenia zdolności Europy w zakresie reagowania na tempo zmian zachodzących na tym obszarze. Choć Europa utrzymuje się na czołowej pozycji, jeśli chodzi o wykrywanie nowych substancji psychoaktywnych, globalny wymiar tego problemu podkreślono podczas dyskusji prowadzonej podczas sympozjum technicznego zorganizowanego przez EMCDDA w 2011 r. Międzynarodowa grupa ekspertów potwierdziła, że produkty zawierające nowe substancje psychoaktywne są obecnie dostępne w wielu regionach świata, w tym w obu Amerykach, na Bliskim Wschodzie, w Oceanii i kilku regionach Azji, oraz że identyfikacja nieustannie rosnącego asortymentu substancji na szybko zmieniającym się rynku stanowi powszechny problem. Konsensus, jaki wypracowali eksperci uczestniczący w spotkaniu, wskazuje na to, że wyzwania związane z pojawianiem się nowych narkotyków będą wymagały bardziej proaktywnego monitoringu rynku oraz dzielenia się informacjami sądowymi, a także poprawy zdolności wykrywania problemów zdrowotnych wynikających z używania tych substancji.

Przewidywanie przyszłości: nowe produkty i wzajemne oddziaływanie rynków

Większość substancji psychoaktywnych zgłaszanych w systemie wczesnego ostrzegania stanowią albo stymulanty, albo syntetyczne kannabinoidy, co w dużej mierze odzwierciedla sytuację na rynku nielegalnych narkotyków w Europie. Istnieje również duże prawdopodobieństwo, że na rynku będą pojawiać się nowe substancje tego typu. Ponadto wydaje się, że producenci poszukują innych substancji o działaniu psychoaktywnym, które mogą być atrakcyjne dla konsumentów. Istnieje wiele przystępnych publikacji naukowych na ten temat, które można wykorzystać w tym celu; istnieją również obawy o wykorzystanie wyników badań farmaceutycznych do tworzenia nowych substancji psychoaktywnych w przyszłości.

Duży nacisk kładzie się na status prawny nowych substancji; niemniej jednak ważne jest również postrzeganie ich w kontekście całego rynku narkotyków. Na przykład, konsumenci podają, że poza sprzedażą w Internecie, mefedron (patrz rozdział 8) był również sprzedawany za pośrednictwem nielegalnych sieci

dostawców – tych samych, które służą sprzedawcom ecstasy i kokainy. Ponadto, jak wspomniano wcześniej, niekontrolowane substancje psychoaktywne mogą być sprzedawane na czarnym rynku w formie tabletek, podobnie jak ecstasy. Z drugiej strony, kontrolowana substancja PMMA została niedawno wykryta w produktach reklamowanych jako „dopalacze”. W ogólnym ujęciu, zachodzące na tym polu zjawiska są niepokojące, ponieważ wskazują na umacnianie się powiązań pomiędzy „dopalaczami” a rynkami substancji nielegalnych.

Konopie indyjskie: dylematy polityczne

Konopie indyjskie pozostają najpopularniejszym nielegalnym narkotykiem w Europie, a zarazem tym, w stosunku do którego opinia publiczna pozostaje najbardziej podzielona. Dowodem tego są wyniki ostatniego Eurobarometru, dotyczące stosunku młodych ludzi do używania narkotyków, które pokazują, że poglądy na temat legalności konopi są bardziej podzielone niż w przypadku innych substancji. Nie można wskazać żadnego konkretnego kierunku rozwoju polityki w zakresie legalności konopi. Interesujące przykłady zmian w polityce pochodzą ze Stanów Zjednoczonych i Niderlandów. W kilku stanach USA zaobserwowano tendencję do liberalizacji dostępności konopi indyjskich do celów leczniczych. W Niderlandach większość polityków zdaje się przyjmować raczej nieprzychylny stosunek wobec produkcji konopi i zasad funkcjonowania „coffe-shopów” i prowadzonej w nich sprzedaży.

Zakres, w jakim zmiany polityki wpływają na konsumpcję konopi indyjskich, jest tematem, któremu poświęca się sporo uwagi. Dane przedstawione w niniejszym sprawozdaniu nie ukazują żadnego bezpośredniego związku pomiędzy wzorami używania tego narkotyku a zmianami mającymi na celu zaostrzenie lub złagodzenie kar za używanie konopi, co sugeruje, że mamy do czynienia z bardziej skomplikowanymi procesami. Ogólne spostrzeżenie, jakiego możemy dokonać, jest takie, że na przełomie ostatniego dziesięciolecia europejska polityka dotycząca konopi indyjskich koncentrowała się raczej na egzekwowaniu przepisów prawnych w przypadku przestępstw związanych z przemytem i sprzedażą konopi niż ich konsumpcji. Jedną z przyczyn takiego podejścia jest obawa przed potencjalnie negatywnymi skutkami narażenia dużej liczby młodych ludzi na kontakt z systemem prawa karnego, szczególnie w przypadkach, gdy używanie konopi wynika raczej z chęci eksperymentowania niż z uzależnienia. Niemniej jednak statystyki wskazują rosnącą liczbę wykroczeń związanych z używaniem konopi w Europie, przy jednoczesnym stabilnym, a nawet spadającym poziomie

rozpowszechnienia. Podkreśla to możliwą rozbieżność pomiędzy celami polityki antynarkotykowej a praktyką. Choć wyjaśnienie tego zjawiska nie jest oczywiste, jedną z możliwości jest przyjęcie, że dane te odzwierciedlają zjawisko rozszerzania sieci, zgodnie z którym przyjęcie większej liczby sankcji administracyjnych za konsumpcję prowadzi do większego prawdopodobieństwa stosowania ich w praktyce.

Krajowa produkcja konopi: rosący problem

Europa pozostaje największym na świecie rynkiem żywicy konopnej. W przeszłości to w Maroku produkowano najwięcej żywicy zażywanej w Europie. Ostatnie raporty wskazują jednak na to, że coraz częściej żywicę konopną sprowadza się z innych krajów, w tym z Afganistanu i Libanu. Informacje te potwierdza niedawne badanie terenowe UNODC, które potwierdza produkcję żywicy konopnej na szeroką skalę w Afganistanie. Marihuana importowana do Unii Europejskiej pochodzi przede wszystkim z sąsiadujących z UE krajów bałkańskich, a w mniejszym stopniu również z niektórych państw Afryki i Azji. Większość państw UE zgłasza krajową uprawę konopi i zjawisko to zdaje się nasilać. Odzwierciedla to istnienie tzw. „grow shops”, specjalizujących się w sprzedaży sprzętu do uprawy konopi. Uprawy wewnątrz państw UE najczęściej prowadzone są na niewielką skalę, ale istnieją również wielkie tereny produkcji prowadzone przez zorganizowane grupy przestępcze. Konsekwencją tego jest odnotowany przez niektóre kraje wzrost przemocy i wykroczeń związanych z dużymi terenami uprawy. Nowe zjawiska na europejskim rynku konopi przedstawiono

szczegółowo w nadchodzącej publikacji EMCDDA „Insight”.

Wytyczne, standardy i dzielenie się wiedzą w zakresie skutecznych praktyk

Zważywszy na złożoną i szybko zmieniającą się naturę współczesnych problemów narkotykowych, istotne jest zapewnienie, że z wyników badań i wiedzy zdobytej dzięki pomyślnemu rozwojowi świadczenia usług dla osób używających narkotyków korzysta możliwie najszersze grono odbiorców. W tym celu wprowadzono w życie kilka inicjatyw na skalę europejską, służących identyfikacji i promowaniu dobrych praktyk. W 2011 r., we współpracy z EMCDDA, Komisja Europejska zorganizowała konferencję na temat identyfikowania minimalnych standardów jakości i kryteriów dla programów ograniczania popytu. EMCDDA rozwija również swoje internetowe źródła wiedzy służące rozpowszechnianiu empirycznie sprawdzonych dobrych praktyk. Należy przy tym zaznaczyć, że dostępność dowodów nie gwarantuje ich przełożenia na praktykę. Przykłady tego można znaleźć na polu profilaktyki antynarkotykowej, gdzie pomimo coraz solidniejszych dowodów przemawiających za ich skutecznością, selektywne i środowiskowe strategie są często najrzadziej stosowanymi rodzajami interwencji. Niemniej jednak punktem wyjścia dla przyjęcia dobrych praktyk musi być ustalenie, które podejścia przynoszą największe korzyści. Wraz z kumulacją informacji kierujących wyborami politycznymi i ich dostępnością, coraz trudniej będzie inwestować w działania, których skuteczności nie udowodniono.



Rozdział 1

Polityka i prawo

Wprowadzenie

Ze względu na fakt, że obecna strategia antynarkotykowa UE zakończy się w 2012 r., w niniejszym rozdziale przeanalizowano rozwój polityki antynarkotykowej UE w ciągu ostatnich 20 lat. Strategie przyjęte w ostatnim czasie przez niektóre kraje nienależące do UE są badane pod kątem podobieństw lub rozbieżności z podejściem europejskim. Pokróćce przeanalizowano także najnowsze krajowe strategie antynarkotykowe przyjęte w Europie.

Zaprezentowany w niniejszym rozdziale przegląd badań dotyczących wydatków publicznych w państwach członkowskich UE ma na celu zwrócenie uwagi na różne sposoby podejścia do tego zagadnienia oraz na konieczność lepszego i ujednoliconego gromadzenia danych w tej dziedzinie. W niniejszym rozdziale przeanalizowane są także zmiany w karach za posiadanie narkotyków, które miały miejsce w krajach europejskich w ciągu ostatnich 10 lat, oraz najnowsze postępy w badaniach związanych z narkotykami.

Zmiany w polityce unijnej i międzynarodowej

Droga do nowych inicjatyw w dziedzinie polityki antynarkotykowej UE

Nowe ramy polityki antynarkotykowej opracowywane przez Komisję Europejską będą jednym z pierwszych dokumentów dotyczących tej polityki, jakie zostaną przyjęte na mocy traktatu lizbońskiego (zob. EMCDDA, 2010a). Prace przygotowawcze obejmują końcową ocenę zewnętrzną strategii antynarkotykowej UE na lata 2005–2012. Ocena ta będzie oparta na wywiadach z zainteresowanymi stronami z państw członkowskich, państw trzecich i organizacji międzynarodowych oraz na analizie dokumentów dotyczących polityki i sprawozdań na temat tendencji. Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. Narkotyków przy Komisji Europejskiej przedstawi dokument określający swoje stanowisko w tej kwestii. Ponadto członkowie różnych ugrupowań politycznych Parlamentu Europejskiego zorganizowali spotkania i posiedzenia

w celu przedyskutowania obecnej i przyszłej polityki antynarkotykowej UE. Te różne dyskusje i wnoszony wkład, wraz z oceną, przyczynią się do opracowania szeroko zakrojonej polityki antynarkotykowej UE na okres po 2012 r.

Dwadzieścia lat polityki antynarkotykowej UE

Od początku lat 90. XX w. Unia Europejska przyjęła osiem antynarkotykowych strategii lub planów działania (zob. wykres 1). Zmiany w treści kolejnych dokumentów odzwierciedlają kształtowanie się europejskiego podejścia do narkotyków. W pierwszych dwóch europejskich planach dotyczących narkotyków ujęto działania mające na celu ograniczenie zarówno podaży narkotyków, jak i popytu na nie. Pojęcie zintegrowanego podejścia, łączącego oba te elementy, po raz pierwszy pojawiło się w planie na lata 1995–1999. W strategii przyjętej w 2000 r. określono podejście unijne jako zintegrowane i zrównoważone, przypisujące podobne znaczenie polityczne interwencjom mającym na celu ograniczenie popytu i podaży. Ta zmiana podejścia jest odzwierciedlona w tytułach tych unijnych dokumentów w dziedzinie polityki – po „planach w zakresie walki z narkotykami” nastąpiły bardziej neutralnie nazwane „strategie w zakresie narkotyków” i „plany działania”. Jedną z najbardziej oczywistych zmian pod względem treści, jakie nastąpiły w ciągu ubiegłych dwudziestu lat, jest wprowadzenie celów w dziedzinie redukcji szkód w określonej w tych dokumentach dziedzinie redukcji popytu.

Ocena polityki nie była wspomniana w pierwszych dwóch europejskich planach, ponieważ na początku lat 90. XX w. priorytetem było utworzenie wiarygodnego europejskiego systemu informacji o narkotykach. Ocenę wdrożenia tej polityki wprowadzono w planie z 1995 r., jednak ocena ta stała się integralną częścią unijnego podejścia do narkotyków dopiero w strategii antynarkotykowej na lata 2000–2004. Od tego czasu wszystkie antynarkotykowe strategie i plany działania UE są oceniane, a wyniki oceny są wykorzystywane do opracowywania kolejnych dokumentów o charakterze politycznym. Nowe unijne ramy polityki antynarkotykowej również będą skonstruowane zgodnie z tą zasadą i – po raz pierwszy – będą oparte na zewnętrznej ocenie poprzedniej strategii.

Wykres 1: Harmonogram dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej

Europejski plan w zakresie walki z narkotykami 1990		Europejski plan w zakresie walki z narkotykami 1992			Plan działania UE w zakresie narkotyków 1995–1999					Strategia antynarkotykowa UE 2000–2004					Strategia antynarkotykowa UE 2005–2012							
										Plan działania UE w zakresie narkotyków 2000–2004					Antynarkotykowy plan działania UE 2005–2008		Antynarkotykowy plan działania UE 2009–2012					
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012

Perspektywa międzynarodowa

Poza Unię Europejską opublikowano ostatnio pewne strategie krajowe lub regionalne, w szczególności przez Australię, Rosję, USA i Organizację Państw Amerykańskich (Organization of American States, OAS) (¹). Badanie treści tych dokumentów w dziedzinie polityki ujawnia stopień, w jakim cechy podejścia UE są wspólne z innymi krajami.

Strategia kontroli narkotyków, opublikowana przez Stany Zjednoczone w 2010 r., przedstawiana jest jako nowy kierunek w polityce antynarkotykowej, gdzie używanie narkotyków postrzega się głównie jako problem zdrowia publicznego i gdzie popyt na narkotyki uważany jest za główną przyczynę problemów narkotykowych w kraju. W strategii tej położono nacisk na profilaktykę, leczenie i wychodzenie z uzależnienia oraz wezwano do włączenia leczenia uzależnień w główny nurt medycyny, podobnie jak w przypadku innych schorzeń przewlekłych. Strategia antynarkotykowa OAS dla półkuli zachodniej jest podobna do strategii Stanów Zjednoczonych. Narkomanię określa się w niej jako nawracające schorzenie chroniczne, które należy leczyć jako takie. Pierwsza rosyjska strategia antynarkotykowa (na lata 2010–2020) opiera się na uznaniu skali problemu narkotykowego, charakteryzującego się wzrostem używania nielegalnych narkotyków oraz jego wpływem na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych. W strategiach OAS, Rosji i Stanów Zjednoczonych podkreśla się znaczenie zrównoważonego podejścia. Australijska strategia antynarkotykowa (na lata 2010–2015) ma najszerszy zakres spośród tych czterech dokumentów, ponieważ obejmuje wszystkie substancje psychoaktywne, które mogą prowadzić do uzależnienia i problemów zdrowotnych: alkohol, tytoń, narkotyki nielegalne i inne. Nadrzędnym celem tej strategii jest minimalizowanie szkód.

Strategie OAS, Australii i Stanów Zjednoczonych charakteryzuje oparte na dowodach podejście do ograniczania popytu w połączeniu z oceną wyników. Kraje, które przyjęły strategię antynarkotykową dla półkuli zachodniej, zobowiązane są do poddawania swojej

polityki krajowej i interwencji okresowej, niezależnej ocenie, której wyniki będą stanowiły wskazówkę co do rozdzielania zasobów. 106 pozycji zawartych w strategii Stanów Zjednoczonych podlega corocznemu przeglądowi i uaktualnianiu, co ma na celu osiągnięcie celów tej strategii, które obejmują obniżenie do 2015 r. wskaźnika używania narkotyków wśród osób w wieku od 12 do 17 lat o 15%, a wśród młodych osób dorosłych – o 10%. Wyniki strategii australijskiej będą oceniane zgodnie z trzema następującymi kryteriami: zakłócaniem podaży nielegalnych narkotyków, poziomem używania narkotyków oraz powiązаныmi szkodami. W strategii rosyjskiej położono nacisk na lepsze narzędzia służące monitorowaniu i gromadzeniu danych, ale kategorycznie odrzucono leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów – interwencję, która w strategii unijnej uważana jest za kluczowe podejście oparte na dowodach. Trzeba również zaznaczyć, że elementem strategii Rosji i Stanów Zjednoczonych są kampanie medialne, chociaż istnieje niewiele dowodów na ich skuteczność.

Ogólnie rzecz biorąc, wydaje się, że na poziomie międzynarodowym istnieje pewna zbieżność strategii antynarkotykowych. Podczas gdy w pierwszej rosyjskiej strategii antynarkotykowej zajęto stanowisko ideologiczne, które nie jest podzielane w innych strategiach, chociaż uznano w niej problem i położono nacisk na monitorowanie, strategię USA i OAS wydają się być bardziej zbliżone do modelu unijnego. Chociaż podejście australijskie obejmuje wiele elementów polityki UE, różni się od niego pod względem szerokiego zakresu substancji, jakich dotyczy.

Krajowe strategie antynarkotykowe

Centralnym elementem europejskiego modelu polityki antynarkotykowej jest przyjmowanie krajowych antynarkotykowych strategii i planów działania. Instrumenty takie istnieją obecnie w prawie wszystkich z 30 krajów monitorowanych przez EMCDDA. W większości z tych krajów najstarszy dokument

(¹) OAS jest organizacją regionalną zrzeszającą wszystkie 35 niepodległych państw obu Ameryk i stanowi główne forum współpracy międzyrządowej.

dotyczący polityki antynarkotykowej ma mniej niż trzy lata. W dokumentach tych opisano sytuację narkotykową oraz cele i zamierzenia władz krajowych w tej dziedzinie, wraz z wyszczególnieniem działań i stron, które są odpowiedzialne za ich wdrożenie. Często prezentowane są kryteria pomiaru powodzenia każdego działania i coraz częściej przewidywane jest przeprowadzenie końcowej oceny strategii lub planu działania.

Nowe osiągnięcia

W ostatnim czasie jedenaście krajów przyjęło nowe krajowe antynarkotykowe strategie lub plany działania (tabela 1), których okres obowiązywania wynosi od trzech do dziewięciu lat. Trzy z tych państw (Portugalia, Rumunia, Turcja) posiadają dokumenty dotyczące polityki antynarkotykowej dostosowane do obecnej strategii antynarkotykowej UE (na lata 2005–2012). Chociaż czasami w dokumentach w dziedzinie polityki narkotykowej wspomina się alkohol i tytoń, głównym przedmiotem zainteresowania większości z nich są nielegalne narkotyki, a wiele krajów posiada odrębne krajowe plany działania dotyczące alkoholu i tytoniu. Jeden z niewielu wyjątków stanowi strategia dotycząca łącznie narkotyków i alkoholu, która miała być przyjęta w Irlandii, ale została odłożona z powodu wyborów parlamentarnych na początku 2011 r.

Opóźnienie w przyjęciu nowego dokumentu dotyczącego polityki antynarkotykowej, spowodowane zmianą rządu, zgłosiły także Niemcy⁽²⁾, natomiast nowo wybrany rząd węgierski wspominał o swoim zamiarze zastąpienia strategii antynarkotykowej, którą rok wcześniej przyjął rząd poprzedni. Cztery inne kraje (Niemcy, Estonia, Słowenia,

Szwecja) zgłosiły, że są na etapie opracowywania i przyjmowania nowych dokumentów dotyczących polityki antynarkotykowej, co nastąpi w 2011 r., natomiast Norwegia wydłużyła okres obowiązywania swojego planu działania (na lata 2007–2010) do 2012 r.

Wydatki publiczne

W ciągu ostatnich dziesięciu lat badano wydatki publiczne na wszystkie aspekty związane ze zjawiskiem narkotyków (EMCDDA, 2008c). W niniejszej sekcji przeanalizowano dostępne wyczerpujące oszacowania krajowych wydatków publicznych związanych z narkotykami w Europie. Rozpatrywane są tu dwie kluczowe kwestie dotyczące wydatków publicznych: po pierwsze, jaki odsetek produktu krajowego brutto (PKB) kraje wydają na problem narkotykowy i, po drugie, jak te środki są dzielone między różne dziedziny działań, a zwłaszcza jaki jest podział środków na interwencje w zakresie ograniczania podaży i ograniczania popytu.

Ilość i jakość informacji dostępnych na temat wydatków publicznych związanych z narkotykami znacznie się różnią między poszczególnymi krajami. Dostępne badania obejmują różne lata, opierają się na różnej metodyce oraz odnoszą się do krajów o odmiennej strukturze sektora publicznego. Różnice w metodach księgowania wydatków związanych z narkotykami ogromnie ograniczają zakres porównań między krajami. Pewne środki przeznaczone przez rząd na wydatki na zadania związane z narkotykami są jako takie określone w budżecie krajowym (wydatki „przypisane bezpośrednio”). Często

Tabela 1: Ostatnio przyjęte dokumenty dotyczące krajowej polityki antynarkotykowej

Kraj	Nazwa dokumentu dotyczącego polityki	Okres	Główna tematyka	Uwagi
Republika Czeska	Strategia	2010–2018	Nielegalne narkotyki	Uzupełniona planem działania na lata 2010–2012
Dania	Plan działania	Od 2010	Nielegalne narkotyki	
Włochy	Plan działania	2010–2013	Nielegalne narkotyki	Uzupełniony planem projektów na 2010 r.
Łotwa	Program	2011–2017	Nielegalne narkotyki	
Litwa	Program	2010–2016	Nielegalne narkotyki	Uzupełniony rocznymi planami działania
Luksemburg	Strategia i plan działania	2010–2014	Nielegalne narkotyki	W strategii tej uwzględniono również alkohol, wyroby tytoniowe, leki i zachowania uzależnieniowe
Polska	Program	2011–2016	Nielegalne narkotyki	
Portugalia	Plan działania	2009–2012	Nielegalne narkotyki	Drugi plan działania w ramach planu strategicznego na lata 2005–2012
Rumunia	Plan działania	2010–2012	Nielegalne narkotyki	Drugi plan działania w ramach strategii na lata 2005–2012
Zjednoczone Królestwo	Strategia	Od 2010	Nielegalne narkotyki	Zastępuje strategię na lata 2008–2018 przyjętą przez poprzedni rząd
Turcja	Plan działania	2010–2012	Nielegalne narkotyki, alkohol i wyroby tytoniowe	Drugi plan działania w ramach strategii krajowej na lata 2006–2012

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

⁽²⁾ Nową strategię przedstawiono parlamentowi w 2011 r. w postaci pisma dotyczącego narkotyków.

jednak większość wydatków związanych z narkotykami nie jest określona (wydatki „przypisane pośrednio”) i musi zostać oszacowana przy użyciu metod modelowania.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat co najmniej 12 krajów próbowało ustalić wyczerpujące oszacowania wydatków związanych z narkotykami (tabela 2). Kraje te zgłosiły wydatki publiczne związane z problemem narkotykowym na poziomie 0,04–0,48% PKB.

Podobnie jak w innych dziedzinach polityki społecznej, w miarę jak kraje stają się zamożniejsze, rośnie odsetek PKB przeznaczany przez rząd na działania związane z narkotykami (OECD, 2006; Prieto, 2010). Szacuje się, że w Belgii, Republice Czeskiej, Niemczech, Luksemburgu, Niderlandach, Szwecji i Zjednoczonym Królestwie co najmniej 0,1% PKB przeznaczano na problemy związane z narkotykami; we Francji, na Łotwie (wyłącznie wydatki przypisane bezpośrednio), Węgrzech i Słowacji przeznaczano na ten cel 0,04–0,1% PKB. Biorąc pod uwagę fakt, że stosowano różne metody i że poziom kompletności był zróżnicowany, wartości te nie odbiegają znacząco od szacunków dotyczących USA (0,42%) (Reuter, 2006) i Australii (0,41% PKB) (Moore, 2008).

Rozdział środków na różne rodzaje kwestii związanych z narkotykami próbuje się również oszacować w badaniach nad wydatkami publicznymi. Przy dokonywaniu porównań między krajami należy jednak zachować ostrożność, ponieważ kraje te mogą stosować odmienną klasyfikację wydatków. W 12 krajach, które przedstawiły kompletne oszacowania, wydatki na działania w zakresie ograniczania podaży – „egzekwowanie prawa” lub „porządek i bezpieczeństwo publiczne” – stanowiły 48–92% całości przydzielonych środków. Najczęściej zgłaszanymi pozycjami były wydatki na wymiar sprawiedliwości, policję, organy celne i więzienia.

Sposób, w jaki kraje klasyfikują wydatki na ograniczenie popytu, znacznie się różni w Europie. W przypadku Belgii, Francji i Luksemburga wydatki na leczenie lub zdrowie stanowią ok. 40% lub więcej całości środków. Pięć krajów określiło poziom wydatków na redukcję szkód – wynosi on 0,1–28,8% szacowanych wydatków związanych z narkotykami. Siedem krajów dostarczyło dane dotyczące wydatków związanych z profilaktyką. Szacowane są one na 1–12% całkowitych wydatków na kwestie związane z narkotykami.

Pewna liczba krajów europejskich wykorzystuje już dane dotyczące wydatków publicznych jako narzędzie planowania i oceniania wdrożenia polityki antynarkotykowej, natomiast inne, np. Portugalia i Słowacja, zgłaszają, że planują postępować podobnie.

Zmiany w polityce antynarkotykowej

W ostatnim czasie w Zjednoczonym Królestwie dokonano zbilansowania celów polityki antynarkotykowej w kierunku promowania wyzdrowienia osób uzależnionych. Kolejne dokumenty dotyczące tej polityki skupiały się na rezultatach leczenia i reintegracji społecznej osób używających narkotyków ⁽¹⁾ oraz na uczynieniu wyzdrowienia kluczowym elementem polityki antynarkotykowej ⁽²⁾. Wcześniejsza polityka miała na celu głównie zwiększenie liczby osób korzystających z leczenia uzależnienia od narkotyków, zwłaszcza z substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów, podczas gdy niektóre z nowych kierunków polityki w większym stopniu koncentrują się na jakości usług. Okaże się dopiero, jak te nowe kierunki polityki będą przekładały się na zmiany w usługach w zakresie leczenia uzależnienia do narkotyków i reintegracji społecznej. Istnieje jeszcze kwestia tego, czy wskazuje to na poważniejsze zmiany polityki antynarkotykowej w przyszłości. W wyniku przeglądu bazy dowodów dotyczących wyzdrowienia stwierdzono, że kilka czynników decydujących o osiągnięciu życia wolnego od narkotyków i staniu się aktywnym członkiem społeczeństwa leży poza zakresem polityki antynarkotykowej i jest związanych z cechami indywidualnymi i z szerzej rozumianą polityką społeczną (Best i in., 2010). Zmianie tego stanu rzeczy, zwłaszcza jeśli wymaga to dodatkowych zasobów finansowych, może być trudne dla władz w chwili, gdy obniżają wydatki publiczne.

Obecna polityka antynarkotykowa Portugalii ma ponad dziesięć lat, ale w ostatnich latach zwróciła większe zainteresowanie najpierw analityków zajmujących się polityką antynarkotykową i grup nacisku, a obecnie także władz w całej Europie i poza nią. Głównym elementem polityki portugalskiej jest depenalizacja używania narkotyków i rola „komisji odwodzących od nadużywania narkotyków” (CDT), zarządzanych w ramach Ministerstwa Zdrowia (EMCDDA, 2011b). Organy te oceniają sytuację osób używających narkotyków i mają uprawnienia do zapewnienia wsparcia lub nałożenia sankcji. Chociaż żaden inny kraj nie przyjął jeszcze tego modelu, komitet utworzony przez rząd Norwegii zasugerował niedawno ustanowienie podobnych interdyscyplinarnych trybunałów w tym kraju.

⁽¹⁾ Strategia Zjednoczonego Królestwa na 2008 r.

⁽²⁾ Strategia Szkocji na 2008 r. i strategia Zjednoczonego Królestwa na 2010 r.

Uzyskanie jasnego i kompletnego obrazu krajowych wydatków publicznych związanych z narkotykami w Europie nadal pozostaje jednak wyzwaniem. Obecnie nie ma zgodnej opinii na temat sposobu, w jaki należy szacować określone rodzaje wydatków związanych z narkotykami. W celu zwiększenia dokładności i porównywalności między krajami konieczne będzie tworzenie wyczerpujących map organów publicznych finansujących politykę antynarkotykową, a także ujednolicenie pojęć i definicji.

Tabela 2: Dane szacunkowe dotyczące wydatków publicznych związanych z narkotykami

Kraj	Rok	Przydział wydatków publicznych związanych z narkotykami (w %)		Proporcja PKB (w %) ⁽¹⁾	Poziom władzy
		Ograniczenie popytu	Ograniczenie podaży		
Belgia	2004	43,4	56,2	0,10	Organy federalne, regionalne, prowincji, samorządowe
Republika Czeska ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Organy centralne, regionalne i lokalne oraz ubezpieczenia społecznego
Francja	2005	51,6	48,4	0,07	Organy centralne
Niemcy	2006	35,0	65,0	0,22–0,26	Organy federalne, państwowe, lokalne i ubezpieczenia społecznego
Węgry	2007	25,0	75,0	0,04	Organy centralne
Łotwa ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Organy centralne i jeden program lokalny
Luksemburg	2009	43,0	57,0	0,10	Organy centralne i ubezpieczenia społecznego
Niderlandy	2003	25,0	75,0	0,46	Organy centralne i lokalne
Słowacja	2006	30,0	70,0	0,05	Organy centralne i ubezpieczenia społecznego
Finlandia	2008	45,0	55,0	0,07	Organy centralne i lokalne
Szwecja	2002	25,0	75,0	0,28	Niezidentyfikowane sektory publiczne (zaangażowane tylko agencje)
Zjednoczone Królestwo	2005/06	41,3	58,7	0,48	Organy regionalne i centralne

⁽¹⁾ Ze względu na różnice między krajami w metodyce, jakości i kompletności danych, wartości wydatków publicznych związanych z narkotykami w przeliczeniu na odsetek produktu krajowego brutto (PKB) mają charakter wyłącznie orientacyjny i nie należy ich traktować jako reprezentujących pełny zakres krajowych wydatków publicznych na problem narkotykowy.

⁽²⁾ Wyłącznie wydatki przypisane bezpośrednio.

UWAGA: Pełna lista źródeł – zob. tabela PPP-10 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe sieci Reitox, Eurostat.

Przepisy krajowe

Posiadanie narkotyków na własny użytek: dziesięć lat zmian kar w Europie

W ciągu ostatnich dziesięciu lat 15 krajów europejskich zmieniło wymiar kar za posiadanie niewielkich ilości narkotyków. W art. 3 ust. 2 Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 r. wymaga się od każdego państwa uznania, że posiadanie narkotyków na własny użytek stanowi przestępstwo karne, zgodnie z jego zasadami konstytucyjnymi i podstawowymi koncepcjami jego systemu prawnego. W Europie wymóg ten był realizowany w różny sposób. Posiadanie jakichkolwiek nielegalnych narkotyków na własny użytek może stanowić przestępstwo karne lub przestępstwo pozbawione charakteru karnego, bądź też sankcje pozbawione charakteru karnego mogą dotyczyć konopi indyjskich, natomiast posiadanie innych narkotyków pozostaje przestępstwem karnym.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat można zidentyfikować trzy ogólne rodzaje zmian kar: zmieniające status prawny przestępstwa (karne lub pozbawione charakteru karnego); zmieniające kategorie narkotyków, gdy kategoria decyduje o karze oraz zmieniające maksymalny możliwy wymiar

kary. Większość krajów, które zmieniły kary za posiadanie narkotyków, zastosowała kombinację tych rodzajów zmian, co utrudnia przeprowadzenie jakiegokolwiek zwięzłej analizy.

Zmiana statusu prawnego przestępstwa jest być może najbardziej znaczącym krokiem dla prawodawców. Tego rodzaju zmiany przeprowadzono w Portugalii, Luksemburgu i Belgii. W Portugalii na mocy ustawy z lipca 2001 r. dokonano depenalizacji posiadania wszystkich narkotyków na własny użytek. Maksymalny wymiar kary za posiadanie niewielkich ilości narkotyków z trzech miesięcy pozbawienia wolności obniżono do grzywny administracyjnej wymierzonej przez nowe „komisje odwołujące od nadużywania narkotyków”, które przedkładają rozwiązania w zakresie zdrowia nad sankcje karne ⁽³⁾. W Luksemburgu w maju 2001 r. posiadanie konopi indyjskich na własny użytek zdefiniowano na nowo jako odrębne przestępstwo związane z niższą karą, które przy popełnieniu po raz pierwszy, w przypadku braku okoliczności obciążających, wiąże się jedynie z grzywną. Jednocześnie maksymalny wymiar kary za posiadanie na własny użytek wszelkich narkotyków innych niż konopie indyjskie zmniejszono z trzech lat więzienia do sześciu miesięcy. Podobne zmiany nastąpiły w maju 2003 r. w Belgii. Posiadanie niewielkich ilości konopi indyjskich na użytek własny, w przypadku braku

⁽³⁾ Niedawno opublikowano szczegółową analizę skutków depenalizacji w Portugalii (Hughes i Stevens, 2010).

Recesja: wpływ na interwencje dotyczące narkotyków

Recesja gospodarcza, która uderzyła w Europę w 2008 r., miała poważny wpływ na państwa członkowskie UE. Jej wpływ na rachunki publiczne może być długotrwały i w większości krajów wymaga polityki zmierzającej do ograniczenia deficytu budżetowego i zadłużenia. Komisja Europejska (2011) przewiduje, że w 2011 r., po raz pierwszy od dziesięciu lat, wydatki publiczne (z wyjątkiem płatności z tytułu odsetek) w Unii Europejskiej zmniejszą się w wartościach rzeczywistych.

Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox zbierały dane dotyczące środków budżetowych przydzielonych na interwencje związane z narkotykami, aby zgromadzić wstępne informacje na temat wpływu środków oszczędnościowych na politykę antynarkotykową. Z 19 krajów, które dostarczyły informacje, 15 zgłosiło zmniejszenie od 2008 r. środków dostępnych na pewne obszary polityki antynarkotykowej. Wielkość cięć znacznie się jednak różniła – w zależności od kraju i obszaru polityki zgłoszone redukcje wynosiły od 2% do 44%.

Oszczędność fiskalna wydaje się odmiennie wpływać na różne sektory polityki antynarkotykowej. W przypadku wydatków przypisanych bezpośrednio, dziedzinami, których dotknęły najpoważniejsze cięcia, były badania, profilaktyka, reintegracja społeczna i działania organizacyjne. Wydaje się, że większość krajów uniknęła ograniczania budżetu na leczenie, chociaż niektóre zgłosiły reorganizację lub redukcję usług. Zgłoszono również redukcję środków finansowych przeznaczonych na programy związane z narkotykami w więzieniach lub działania w zakresie egzekwowania prawa. Informacje na temat wydatków przypisanych pośrednio, które stanowią dużą część wydatków publicznych związanych z narkotykami, są niedostępne w przypadku większości krajów. W rezultacie środki oszczędnościowe dotyczące takich sektorów, jak egzekwowanie przepisów, wymiar sprawiedliwości lub pewne dziedziny zapewniania leczenia, mogą być niedoszacowane.

okoliczności obciążających, było wcześniej karane nawet pięcioma latami więzienia, ale obecnie nie jest traktowane priorytetowo pod względem wnoszenia oskarżenia i jest karane grzywną.

Kroki w kierunku depenalizacji poczyniono również w Estonii i Słowenii. Przed wrześniem 2002 r. w Estonii drugie przestępstwo administracyjne polegające na posiadaniu narkotyków, popełnione w ciągu 12 miesięcy od pierwszego, stanowiło przestępstwo karne karane nawet trzema latami pozbawienia wolności. Zapis ten usunięto z nowego kodeksu karnego, więc drugie przestępstwo jest – podobnie jak pierwsze – uważane za wykroczenia karane grzywną lub zatrzymaniem administracyjnym w wymiarze do 30 dni. W Słowenii na mocy ustawy o wykroczeniach ze stycznia 2005 r.

zlikwidowano karę więzienia za wszystkie wykroczenia, z których jednym jest posiadanie narkotyków na własny użytek. W ten sposób maksymalny wymiar kary obniżono z 30 dni więzienia, lub pięciu dni w przypadku niewielkich ilości, do grzywny.

Sześć krajów zmieniło sposób klasyfikowania różnych narkotyków, uzależniając karę od kategorii, ale nie zmieniając statusu prawnego przestępstwa. W Rumunii na mocy ustawy z 2004 r. podzielono substancje na kategorie wysokiego i niższego ryzyka. Karą w odniesieniu do substancji wysokiego ryzyka pozostało dwa do pięciu lat pozbawienia wolności, natomiast substancje należące do kategorii niższego ryzyka podlegają obecnie niższej karze – od sześciu miesięcy do dwóch lat pozbawienia wolności. W Bułgarii w kodeksie karnym z 2006 r. wprowadzono określone kary za przestępstwa niezwiązane z dystrybucją, a mianowicie rok do sześciu lat pozbawienia wolności w przypadku narkotyków wysokiego ryzyka (zmniejszenie wymiaru kar z 10-15 lat) oraz do pięciu lat za narkotyki z grupy niższego ryzyka (zmniejszenie wymiaru kary z 3-6 lat); przewidziano także, że za drobne wykroczenia można karać grzywną. W Republice Czeskiej od stycznia 2010 r. w nowym kodeksie karnym wprowadzono niższy maksymalny wymiar kary w odniesieniu do konopi indyjskich (rok więzienia) niż w przypadku innych narkotyków (niezmieniona kara w wymiarze dwóch lat) przy posiadaniu na własny użytek ilości „większej niż niewielka”. Pod koniec 2006 r. we Włoszech zlikwidowano natomiast przy wymierzaniu kary rozróżnienie między nielegalnymi narkotykami, zwiększając jednocześnie maksymalny czas trwania sankcji administracyjnych, takich jak cofnięcie prawa jazdy, do jednego roku w przypadku każdego nielegalnego narkotyku. W Zjednoczonym Królestwie w 2004 r. zmieniono klasyfikację konopi indyjskich z klasy B na klasę C, obniżając maksymalny wymiar kary za posiadanie na własny użytek z pięciu lat pozbawienia wolności do dwóch. Wydano także krajowe wytyczne dla policji, aby w przypadku braku okoliczności obciążających stosować nieformalne upomnienie zamiast aresztowania. W styczniu 2009 r. zmieniono klasyfikację konopi indyjskich z klasy C na klasę B, ponownie podwyższając maksymalny wymiar kary do pięciu lat pozbawienia wolności. W zmienionych krajowych wytycznych dla policji nadal zalecano nieformalne upomnienie w przypadku pierwszego przestępstwa.

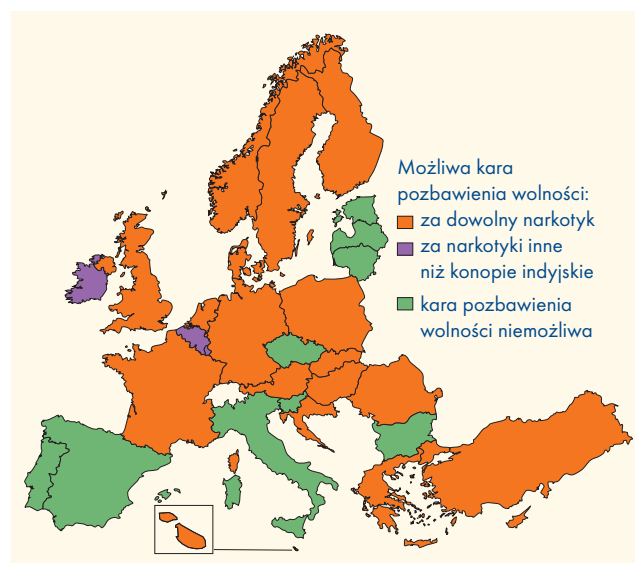
Trzecia grupa krajów zmieniła karę za posiadanie na użytek własny, nie zajmując się przy tym kwestią statusu prawnego czy szkód związanych z narkotykami. W czterech krajach po prostu zmieniono kary za posiadanie na użytek własny wszystkich narkotyków, a faktycznie nastąpiło to także na Słowacji, gdzie zmieniono definicję tego

przestępstwa. W 2001 r. w Finlandii w drodze zmiany kodeksu karnego obniżono maksymalny wymiar kary za drobne przestępstwa związane z narkotykami z dwóch lat więzienia do sześciu miesięcy, umożliwiając prokuratorowi zakończenie większości spraw grzywną. W Grecji w 2003 r. maksymalny wymiar kary za używanie lub posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek przez osobę niezależną zmniejszono z pięciu lat więzienia do roku. To przestępstwo nie zostanie wpisane do rejestru karnego, jeżeli w ciągu pięciu lat nie zostanie popełnione ponownie. W Danii w maju 2004 r. określono w wytycznych dla prokuratorów, że normalną reakcją na drobne przestępstwo związane z posiadaniem narkotyków powinna być grzywna, a nie upomnienie. W 2007 r. zasadę tę wprowadzono do przepisów. We Francji w drodze ustawy z 2007 r. poszerzono zakres możliwych opcji sądowych o „kurs zwiększający wiedzę o narkotykach”, skierowany do osób używających narkotyków sporadycznie i do nieletnich. Przesłanek musi opłacić koszt kursu. W 2005 r. poprzez wprowadzenie zmian w słowackim kodeksie karnym poszerzono definicję „posiadania na własny użytek” z jednej dawki dowolnej nielegalnej substancji do trzech dawek, pozostawiając jednocześnie maksymalny wymiar kary bez zmian. Za te przestępstwa można również nałożyć dwa nowe rodzaje kar: areszt domowy pod nadzorem w wymiarze do jednego roku lub pracę społeczną w wymiarze od 40 do 300 godzin. Zmiany te polegały również na wprowadzeniu nowego przestępstwa – „posiadania większej ilości na własny użytek” – przy czym ilość tę określono jako maksymalnie dziesięć dawek i przewidziano w przypadku tego przestępstwa karę w wymiarze do pięciu lat więzienia. Poprzednio było to przestępstwo związane z handlem, za które kara wynosiła dwa do ośmiu lat więzienia.

Motywy wprowadzania takich zmian są złożone i różnią się w zależności od kraju. Prawo zmieniono na przykład, by zająć się osobami uzależnionymi (Portugalia), uprościć system kar (Belgia, Finlandia, Zjednoczone Królestwo w 2004 r.), ujednoczyć kary za wykroczenia (Estonia, Słowenia) oraz określić poziom szkód (Bułgaria, Republika Czeska, Francja, Włochy, Luksemburg, Rumunia, Zjednoczone Królestwo w 2009 r.).

Pod względem ogólnej europejskiej tendencji w karach za posiadanie narkotyków na własny użytek można stwierdzić, że w pierwszej połowie dekady kary obniżono, ale w drugiej połowie zwiększono. Bardziej jednak znaczące jest to, że chociaż większość krajów zachowała możliwość kary więzienia jako sankcji (wykres 2), w żadnym kraju nie wprowadzono sankcji karnych ani nie wprowadzono wyroków więzienia o wymiarze dłuższym niż dziesięć lat.

Wykres 2: Kary w przepisach: możliwość pozbawienia wolności za posiadanie narkotyków na własny użytek (drobne wykroczenia)



UWAGA: Więcej informacji – zob. Europejska baza aktów prawnych na temat narkotyków (ELDD).

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox i ELDD.

Pod tym względem istnieją oznaki zbieżności przepisów w Europie w kierunku niższych kar za posiadanie narkotyków na własny użytek.

Badania naukowe związane z narkotykami

Wzmacnianie zdolności badawczych UE

W ciągu ostatnich lat wzmocnienie zdolności badawczych w dziedzinie narkotyków było obecne w agendzie europejskiej. W 2010 r. miała miejsce pierwsza roczna wymiana w ramach Rady dotycząca projektów związanych z narkotykami. Komisja Europejska przedstawiła wówczas przegląd finansowanych przez siebie projektów badawczych i zwróciła uwagę na wartość dodaną takich inicjatyw. EMCDDA przedstawiło przegląd mechanizmów i tematów badań naukowych związanych z narkotykami w państwach członkowskich, a jej Komitet Naukowy przedstawił zalecenia dotyczące priorytetów w zakresie przyszłych badań naukowych⁽⁴⁾.

Głównym narzędziem finansowania badań naukowych w Europie jest siódmy program ramowy w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (7. PR), który będzie realizowany do 2013 r. W ramach programu „Współpraca” ujętego w 7. PR istnieją zaproszenia do składania wniosków, które mają szczególny związek z badaniami naukowymi dotyczącymi narkotyków⁽⁵⁾.

⁽⁴⁾ Zob. ramka „Priorytety w zakresie przyszłych badań naukowych: zalecenia Komitetu Naukowego EMCDDA”.

⁽⁵⁾ Zaproszenia są publikowane w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej* w celu zachęcenia badaczy do składania wniosków dotyczących projektów w odniesieniu do określonych obszarów programu ramowego.

Należą do nich zaproszenia do składania wniosków dotyczących „Uzależniających lub kompulsywnych zachowań dzieci i młodzieży”, „Zrozumienia niezamierzonych konsekwencji globalnych środków kontroli nielegalnych narkotyków” i ALICE-RAP ⁽⁶⁾.

Komisja Europejska finansuje również inne badania związane z narkotykami za pośrednictwem programów „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach”, „Zapobieganie i walka z przestępczością”, „Wymiar sprawiedliwości w sprawach karnych” oraz programu w dziedzinie zdrowia publicznego. Takie projekty, jak „Badanie dotyczące rozwoju ram UE w zakresie minimalnych norm jakości i punktów odniesienia w ograniczeniu popytu na narkotyki”, „Nowe narzędzia metodologiczne do celów oceny polityki i programów” oraz „Dalsza analiza rynku nielegalnych narkotyków w UE i reakcji na ten rynek”, doprowadzą do uzyskania ważnej wiedzy na temat różnych wyzwań w tej dziedzinie, przed którymi stoją państwa członkowskie, oraz przyczynią się do realizacji obecnej unijnej strategii i planu działania w zakresie narkotyków.

Jak postanowiono w konkluzjach Rady z 2009 r., EMCDDA, w ścisłej współpracy z Komisją Europejską, rozpowszechnia informacje i główne wyniki tych projektów na swojej stronie internetowej, w dziale poświęconym badaniom.

Informacje o badaniach naukowych przekazane przez państwa członkowskie

Europa obecnie nie posiada żadnego wykazu prowadzonych na poziomie krajowym badań naukowych związanych z narkotykami. Wszystkie państwa członkowskie UE prowadzą badania nad problemem narkotykowym, a część tych badań jest ujmowana i wykorzystywana w sprawozdaniach krajowych sieci Reitox. Chociaż w sprawozdaniach tych przytaczane są jedynie wybrane badania i mogą nie obejmować one wszystkich istotnych publikacji w danym kraju, to możliwe jest zidentyfikowanie pewnych tendencji w liczbie i rodzaju przytoczonych tematów badań naukowych. W latach 2008–2010 roczna liczba badań przytoczonych w sprawozdaniach krajowych sieci Reitox wzrosła z 370 do 750. Badania dotyczące odpowiedzi na zjawisko używania narkotyków stanowiły największą kategorię (34% wszystkich przytoczeń w sprawozdaniach krajowych z lat 2008–2010), a w dalszej kolejności plasowały się badania nad wskaźnikami, rozpowszechnieniem i wzorami używania narkotyków (29%) oraz badania nad konsekwencjami używania narkotyków (23%). Badania dotyczące metodyki oraz mechanizmów działania i skutków narkotyków były wspomniane rzadko.

Priorytety w zakresie przyszłych badań naukowych: zalecenia Komitetu Naukowego EMCDDA

W ramach wnoszenia wkładu w toczącą się dyskusję na temat europejskich priorytetów w zakresie badań naukowych w dziedzinie narkotyków Komitet Naukowy opracował zestaw zaleceń obejmujących pięć kluczowych obszarów.

Interwencje: należy położyć nacisk na efektywność interwencji w zakresie leczenia, wpływ wczesnych interwencji i wpływ interwencji na objętych nimi członków rodziny.

Analiza polityki: potrzeba większej ilości badań naukowych dotyczących sposobu kształtowania, ustalania i wdrażania polityki europejskiej, ale dotyczących również oceny tej polityki, w tym porównania jej wyników w różnych krajach.

Podaż nielegalnych narkotyków: trzeba zwrócić większą uwagę na udoskonalenie wskaźników służących badaniu dynamiki rynku.

Badania epidemiologiczne: zaleca się przeprowadzenie serii obserwacyjnych badań kohortowych w celu uzyskania większej wiedzy na temat długofalowego przebiegu różnych wzorów używania substancji; nadal potrzebne są lepsze metody szacowania wielkości populacji używającej narkotyków.

Podstawowe badania dotyczące etiologii i przebiegu używania narkotyków: badania w tym obszarze mogą posłużyć poprawieniu wyników w zakresie diagnostyki i leczenia.

ALICE-RAP

W ramach siódmego programu ramowego Komisji Europejskiej w zakresie badań, za pośrednictwem jego programu „Współpraca”, finansowana jest ważna inicjatywa badawcza dotycząca uzależnień. W ramach projektu „Uzależnienia i style życia we współczesnej Europie – projekt dotyczący przeformułowania koncepcji uzależnień” (ALICE-RAP) analizowane są wyzwania, przed którymi stoi europejskie społeczeństwo w związku z narkotykami i innymi uzależnieniami. W projekcie tym uczestniczą badacze z 25 krajów. Budżet projektu w wysokości 10 mln EUR zostanie wykorzystany na sfinansowanie badań naukowych nad wszystkimi aspektami uzależnienia, w podziale na następujące pozycje: posiadanie uzależnienia, mierzenie stopnia uzależnienia, czynniki warunkujące uzależnienie, mechanizm handlowy uzależnienia, zarządzanie uzależnieniem oraz uzależnienia wśród młodzieży.

Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej ALICE-RAP.

⁽⁶⁾ Zob. ramka „ALICE-RAP”.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Rozdział 2

Przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie

Wprowadzenie

Niniejszy rozdział stanowi przegląd sposobów reagowania na problemy narkotykowe w Europie. Uwydatnione są w nim tendencje, osiągnięcia i zagadnienia dotyczące jakości. W pierwszej kolejności dokonano przeglądu środków dotyczących profilaktyki, a następnie interwencji w dziedzinie leczenia, reintegracji społecznej i redukcji szkód. Wszystkie te środki stanowią część kompleksowego systemu ograniczania popytu na narkotyki i są coraz lepiej koordynowane i zintegrowane.

Sekcja na temat egzekwowanie prawa antynarkotykowego zawiera przegląd najnowszych danych dotyczących przestępstw związanych z narkotykami oraz analizę roli odgrywanej przez operacje pod przykryciem w zakłócaniu podaży nielegalnych narkotyków. Na końcu rozdziału zamieszczono przegląd dostępnych danych dotyczących osób używających narkotyków w więzieniach i istniejących sposobów reagowania w tym szczególnym środowisku.

Profilaktyka

Profilaktykę antynarkotykową można dzielić na różne poziomy lub strategie – od skierowanych do całości społeczeństwa (profilaktyka środowiskowa) po koncentrujące się na osobach zagrożonych (profilaktyka wskazująca). Główne wyzwania stojące przez polityką profilaktyki to dopasowanie tych różnych poziomów do stopnia narażenia grup docelowych (Derzon, 2007) i dopilnowanie, aby interwencje były oparte na dowodach i miały wystarczający zasięg. Większość działań w zakresie profilaktyki skupia się na używaniu substancji ogólnie; jedynie ograniczona liczba programów dotyczy określonych substancji, na przykład alkoholu, tytoniu lub konopi indyjskich.

Strategie środowiskowe

Strategie profilaktyki środowiskowej mają na celu zmianę środowiska kulturowego, społecznego, fizycznego

i gospodarczego, w którym ludzie dokonują wyborów co do używania narkotyków. Strategie te zazwyczaj obejmują takie środki, jak: zakaz palenia, ustalanie cen alkoholu lub promowanie zdrowia w szkołach. Dowody wskazują na to, że środki profilaktyki środowiskowej na poziomie społecznym i ukierunkowane na klimat społeczny w szkołach i społecznościach mogą skutecznie zmieniać przekonania normatywne i w konsekwencji prowadzić do ograniczenia używania substancji (Fletcher i in., 2008).

Po niedawnym wprowadzeniu w Hiszpanii całkowitego zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych prawie wszystkie kraje europejskie mają wprowadzoną jakąś formę zakazu palenia. Strategie środowiskowe dotyczące alkoholu są w Europie mniej rozpowszechnione, chociaż większość krajów skandynawskich zgłasza wzrost pod względem wdrażania strategii odpowiedzialnego podawania alkoholu ⁽⁷⁾, których skuteczność potwierdziły badania lokalne (Gripenberg i in., 2007).

W większości krajów europejskich odnotowano wzrost liczby wdrożonych szkolnych inicjatyw w zakresie polityki antynarkotykowej ⁽⁸⁾, a ponad jedna trzecia krajów zgłosiła, że profilaktyka antynarkotykowa została zintegrowana z programami nauczania w szkołach, na przykład poprzez programy „zdrowotne” lub „edukacji obywatelskiej”. Cztery kraje (Luksemburg, Niderlandy, Austria, Zjednoczone Królestwo) zgłosiły wdrożenie „ogólnoszkolnych” programów profilaktyki ⁽⁹⁾, podejścia, które zostało pozytywnie ocenione pod względem ograniczania używania substancji (Fletcher i in., 2008) i które przynosi dodatkowe korzyści, takie jak poprawa atmosfery w szkole i wspomaganie włączenia społecznego.

Profilaktyka uniwersalna

Profilaktyka uniwersalna zajmuje się całymi populacjami, głównie na poziomie szkoły i społeczności. Ma ona na celu powstrzymanie lub opóźnienie rozpoczęcia używania narkotyków oraz pojawienia się problemów

⁽⁷⁾ Strategie odpowiedzialnego podawania alkoholu mają na celu zapobieganie sprzedaży alkoholu osobom nietrzeźwym i nieletnim. Realizowane są jako połączenie szkolenia personelu i interwencji w dziedzinie polityki.

⁽⁸⁾ W ramach szkolnej polityki antynarkotykowej ustanawiane są normy i przepisy dotyczące używania substancji w szkołach, a także określone są wytyczne dotyczące postępowania w przypadku złamania przepisów.

⁽⁹⁾ Podejście ogólnoszkolne ma na celu zapewnienie opiekuńczego środowiska szkolnego i pozytywnej atmosfery w szkole.

związanych z narkotykami, poprzez rozwijanie u młodzieży umiejętności koniecznych do uniknięcia rozpoczęcia używania substancji. Dowody wskazują na to, że przy wdrażaniu podejścia profilaktyki uniwersalnej zwracanie uwagi na kontekst kulturowy, normatywny i społeczny zwiększa szanse, że program zostanie przyjęty i zrealizowany z powodzeniem (Allen i in., 2007).

Oceny ekspertów z całej Europy wskazują na małą zmianę kierunku profilaktyki szkolnej – od rodzajów podejścia, które okazały się być nieskuteczne, np. samo dostarczanie informacji, organizowanie dni informacyjnych i przeprowadzanie testów narkotykowych w szkołach, do bardziej obiecującego podejścia, takiego jak programy rozwijania umiejętności życiowych z zastosowaniem zajęć manualnych oraz interwencje przeznaczone specjalnie dla chłopców. Kraje zgłaszają również, że kilka skuteczniejszych interwencji w zakresie profilaktyki uniwersalnej zapożyczono z jednego kraju do drugiego⁽¹⁰⁾. Jednakże pomimo dostępności pozytywnie ocenionych metod profilaktyki niektóre kraje coraz częściej zgłaszają pewną liczbę interwencji, które nie są poparte dowodami naukowymi, takich jak wizyty ekspertów i policji w szkołach.

Uniwersalna profilaktyka rodzinna ma przede wszystkim formę interwencji prostych i tanich, takich jak spotkania rodziców oraz rozpowszechnianie ulotek lub broszur. Bardziej złożone interwencje, takie jak: grupy przeznaczone dla rodziców (Niemcy, Irlandia), szkolenie w zakresie kompetencji osobistych i społecznych (Grecja, Portugalia) lub programy rodzicielstwa z zastosowaniem zajęć manualnych (Hiszpania, Zjednoczone Królestwo), zgłaszane są rzadko.

Profilaktyka selektywna

Profilaktyka selektywna funkcjonuje w odniesieniu do określonych grup, rodzin i całych środowisk, w przypadku których, z uwagi na luźne więzi społeczne i znikome zasoby, może istnieć większe prawdopodobieństwo rozpoczęcia używania narkotyków lub wejścia w uzależnienie. Kilka państw członkowskich zgłosiło przesunięcie zakresu swoich strategii w kierunku adresowania działań do grup szczególnie zagrożonych, natomiast oceny ekspertów wskazują na ogólny wzrost liczby interwencji zapewnianych takim grupom w latach 2007–2010, z wyjątkiem interwencji dla młodzieży w instytucjach opiekuńczych. Największy wzrost zgłoszono w odniesieniu do uczniów doświadczających problemów szkolnych lub społecznych (zapewnienie działań pełnych lub o szerokim zasięgu w 16 krajach) oraz młodych ludzi popełniających przestępstwa związane z narkotykami (zapewnienie działań pełnych lub o szerokim zasięgu w 12

krajach) (wykres 3). To ostatnie zjawisko może wynikać ze zwracania przez niektóre państwa członkowskie i Unię Europejską większej uwagi na niepowodzenia szkolne i przedwczesne kończenie nauki szkolnej, z którymi to problemami związane są takie same czynniki ryzyka, co w przypadku problemowego używania narkotyków (King i in., 2006). Wzrost liczby interwencji adresowanych do młodych przestępców można częściowo wytłumaczyć wdrożeniem programu FRED, wielosesyjnego programu psychospołecznego (EMCDDA, 2010a), w większej liczbie państw, a także nowymi interwencjami dla osób popełniających przestępstwo po raz pierwszy w Grecji, Irlandii i Luksemburgu.

Zgłoszono także wzrost liczby interwencji kierowanych do rodzin szczególnie zagrożonych, głównie takich, w których występuje problemowe używanie substancji (działania pełne lub o szerokim zakresie w 14 krajach), a także rodzin znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej (działania pełne lub o szerokim zakresie w siedmiu krajach) (wykres 3). W tym kontekście można odnotować rosnącą popularność programu na rzecz umocnienia rodziny (Strengthening Families) (Kumpfer i in., 2008) w Europie. Program ten niedawno wdrożono w trzech nowych krajach (Niemcy, Polska, Portugalia) oraz w dodatkowych lokalizacjach w Zjednoczonym Królestwie.

Profilaktykę selektywną można prowadzić poprzez pracę środowiskową lub rozwiązania urzędowe. Działania profilaktyczne w grupach etnicznych i wśród bywalców imprez/festiwali to jedyne dziedziny, w których zgłoszono wyższy poziom pracy środowiskowej, natomiast zgłaszana jest redukcja służb zajmujących się pracą środowiskową z bezdomną młodzieżą. Ogółem większość kontaktów służb z grupami wykluczonymi społecznie, takimi jak: osoby przedwcześnie kończące naukę szkolną, imigranci i bezdomna młodzież, nadal prowadzona jest w oparciu o rozwiązania urzędowe.

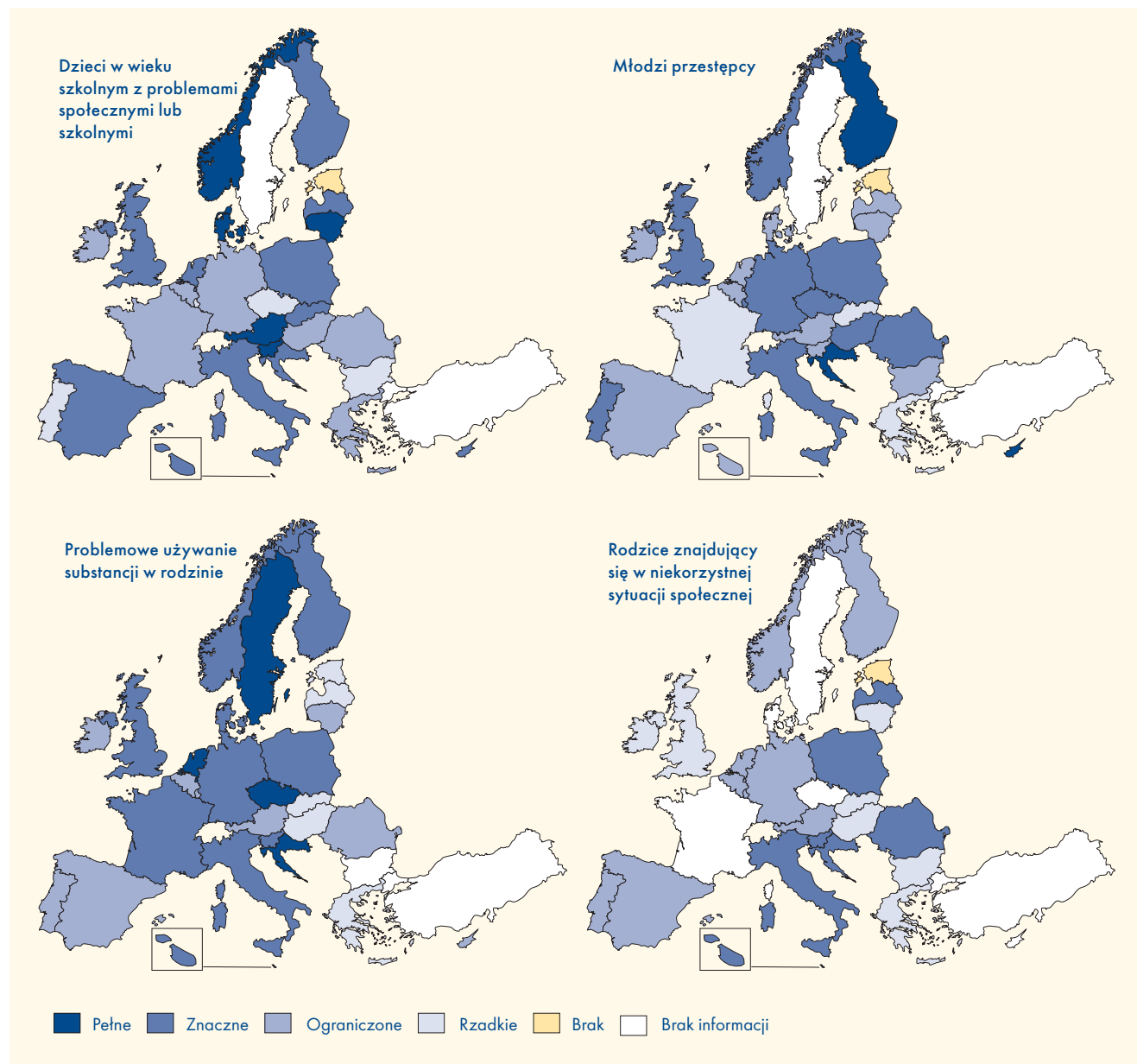
Ponadto stosunkowo niewiele wiadomo o zawartości wielu programów profilaktyki selektywnej⁽¹¹⁾. Ogólnie rzecz biorąc, dostępne dane wskazują na to, że w Europie najbardziej powszechne są te interwencje, które kładą nacisk na informację, poszerzanie wiedzy i poradnictwo, mimo że rośnie liczba dowodów przemawiających za efektywnością takich podejść, jak: określanie norm, działania motywacyjne, rozwijanie umiejętności i podejmowanie decyzji.

Profilaktyka wskazująca

Profilaktyka wskazująca ma doprowadzić do wskazania jednostek z zaburzeniami zachowania lub problemami

⁽¹⁰⁾ Zob. SFP, FRED, Preventure, EU-DAP i GBG na portalu najlepszych praktyk.

⁽¹¹⁾ Pewne przykłady są jednak dostępne na stronie internetowej dotyczącej działania w zakresie wymiany informacji dotyczących ograniczenia popytu.

Wykres 3: Zapewnianie interwencji z zakresu profilaktyki selektywnej w ocenie ekspertów krajowych

UWAGA: Zapewnianie interwencji odnosi się do ogólnej i geograficznej dystrybucji interwencji i jest oceniane jako: pełne, zapewniane w pobliżu niemal wszystkich istotnych lokalizacji (obszarów, w których populacja docelowa jest wystarczająca do wdrożenia interwencji); znaczne, zapewniane w większości, ale nie we wszystkich istotnych lokalizacjach; ograniczone, zapewniane w więcej niż kilku istotnych lokalizacjach, ale nie w większości; rzadkie, zapewniane w zaledwie kilku istotnych lokalizacjach; brak, interwencja niedostępna. Informacje zebrano za pomocą kwestionariusza ustrukturyzowanego.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

psychicznymi, w przypadku których można podejrzewać, iż w późniejszym okresie życia będą używać substancji, oraz ma umożliwić objęcie właśnie tych osób specjalnymi interwencjami. Kilka programów profilaktyki wskazującej zostało pozytywnie ocenionych (EMCDDA, 2009c).

Jedynie połowa państw członkowskich UE oraz Norwegia zgłosiły obecność działań w zakresie profilaktyki wskazującej, a bardzo niewiele krajów zgłosiło stosowanie interwencji ustrukturyzowanych

i opartych na podręcznikach. Coraz większa liczba krajów zgłasza, że szkoły są wykorzystywane do identyfikowania zagrożonych uczniów, w szczególności tych z problemami behawioralnymi, często związanymi z późniejszym używaniem narkotyków. Belgia, Republika Czeska, Portugalia i Norwegia zgłosiły wykorzystywanie nowych narzędzi do badania przesiewowego i wczesnego wykrywania zarówno w warunkach szkolnych, jak i w środowiskach lokalnych.

Wczesne interwencje i poradnictwo dla osób używających narkotyków są najczęściej zgłaszanymi strategiami profilaktyki wskazującej; istnieje niewiele doniesień dotyczących interwencji ukierunkowanych na wczesne występowanie problemów behawioralnych. Sugeruje to, że potencjał profilaktyki wskazującej w redukcji wpływu problemów neurobehawioralnych w czasie dzieciństwa, takich jak agresja i impulsywność, na późniejsze zachowania związane z używaniem substancji (EMCDDA, 2009c) nie jest w pełni wykorzystywany w Europie. Profilaktyka wskazująca może funkcjonować jako pomost między profilaktyką w środowiskach społecznych a leczeniem specjalistycznym oferowanym w placówkach opieki zdrowotnej, szczególnie przy zapewnieniu wczesnych interwencji skierowanych do określonych grup, takich jak zagrożone osoby używające konopi indyjskich i alkoholu.

Leczenie

Interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów i detoksykacja są najczęściej stosowanymi metodami leczenia problemów narkotykowych w Europie. Na względne znaczenie różnych metod leczenia w każdym z krajów wpływa kilka czynników, w tym organizacja krajowego systemu opieki zdrowotnej. Leczenie uzależnienia od narkotyków można zapewnić w różnorodnych warunkach: poprzez specjalistyczne jednostki lecznicze, w tym placówki leczenia zamkniętego i ambulatoryjnego, kliniki i szpitale zdrowia psychicznego, jednostki w więzieniach, jednostki niskoprogowe i lekarzy pierwszego kontaktu prowadzących samodzielną praktykę.

Nie istnieje żaden zbiór danych, który umożliwiłby opisanie pełnej populacji używających narkotyków osób leczonych obecnie w Europie. Jednakże informacje o ważnej podgrupie tej populacji są gromadzone poprzez wskaźnik zgłaszalności do leczenia EMCDDA, w ramach którego gromadzone są dane o osobach, które rozpoczynają korzystanie ze specjalistycznych usług leczenia uzależnienia od narkotyków w ciągu danego roku kalendarzowego, co umożliwia wgląd w ich charakterystyki i profile używania narkotyków⁽¹²⁾. W 2009 r. dzięki wskaźnikowi odnotowano około 460 000 osób rozpoczynających leczenie, z których 38% (175 000) rozpoczęło leczenie uzależnienia od narkotyków po raz pierwszy w życiu.

Na podstawie wielu różnych źródeł, w tym wskaźnika zgłaszalności do leczenia, można oszacować, że w 2009 r. w Unii Europejskiej, Chorwacji, Turcji i Norwegii

1,1 mln osób poddało się leczeniu z powodu używania nielegalnych narkotyków⁽¹³⁾. Chociaż ponad połowa tych pacjentów otrzymywała leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów, to znaczna liczba była objęta innymi formami leczenia problemów związanych z opioidami, środkami pobudzającymi, konopiami indyjskimi i innymi nielegalnymi narkotykami⁽¹⁴⁾. Te szacunkowe dane dotyczące leczenia uzależnienia od narkotyków w Unii Europejskiej, mimo że nadal wymagają uściślenia, wskazują na znaczny poziom dostępu do leczenia, przynajmniej w odniesieniu do osób używających opioidów. Jest to skutek przede wszystkim dużej ekspansji wyspecjalizowanych usług ambulatoryjnych, do jakiej doszło w trakcie ostatnich dwóch dekad, przy znaczącym zaangażowaniu podstawowej opieki zdrowotnej, grup samopomocy, placówek podstawowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego oraz placówek niskoprogowych i prowadzących prace środowiskowe.

Szczególnie w zachodniej Europie wydaje się dochodzić do stopniowego odchodzenia od postrzegania leczenia uzależnienia od narkotyków jako obowiązku kilku specjalistycznych dziedzin zapewniających intensywne, krótkotrwałe interwencje, a przyjmowane jest podejście multidyscyplinarne, zintegrowane i długoterminowe. Częściowo jest to reakcja na rosnące uznawanie uzależnienia od narkotyków za schorzenie przewlekłe, ze względu na występujące u wielu pacjentów cykle remisji, nawrotu, powtarzanego leczenia i niepełnosprawności (Dennis i Scott, 2007). Jest to punkt widzenia poparty danymi zgromadzonymi przez EMCDDA, które wykazują, że ponad połowa osób rozpoczynających leczenie była już wcześniej leczona. Innym czynnikiem jest fakt, że kraje zachodnioeuropejskie doświadczają znaczącego starzenia się ich populacji leczonych osób używających narkotyków, głównie osób długotrwałe i problemowo używających narkotyków po wcześniejszych okresach leczenia oraz zgłaszających liczne problemy zdrowotne i społeczne (EMCDDA, 2010f).

W odpowiedzi niektóre krajowe i lokalne strategie antynarkotykowe odwołują się do podejścia polegającego na opiece stałej, uwydatniającej koordynację i zintegrowanie interwencji pomiędzy różnymi podmiotami prowadzącymi leczenie uzależnienia od narkotyków (np. zwolnienie z placówki zamkniętej do placówki ambulatoryjnej) i pomiędzy leczeniem a szerszym zakresem usług zdrowotnych i społecznych. Stała opieka opiera się na regularnym monitorowaniu stanu pacjenta, wczesnym

⁽¹²⁾ Na potrzeby wskaźnika zgłaszalności do leczenia otrzymano dane ze specjalistycznych placówek leczenia uzależnienia od narkotyków z 29 krajów. Większość krajów dostarczyła dane dotyczące ponad 60% placówek, chociaż w przypadku niektórych krajów odsetek uwzględnionych placówek jest nieznaną (zob. tabela TDI-7 w biuletynie statystycznym za 2011 r.).

⁽¹³⁾ Zob. tabela HSR-10 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹⁴⁾ Więcej szczegółowych informacji na temat określonych rodzajów leczenia w odniesieniu do różnych substancji, a także ich skuteczności, jakości i dowodów można znaleźć w odpowiednich rozdziałach.

wykrywaniu potencjalnych problemów, praktykach w zakresie kierowania przez służby opieki zdrowotnej i opieki społecznej, a także na ciągłym wspieraniu pacjenta bez ustalonych granic czasowych. Lekarze rodzinni nadal mogą pełnić ważną funkcję w tym obszarze. Najnowsze francuskie badanie ankietowe przeprowadzone wśród usługodawców potwierdziło rolę lekarzy rodzinnych w ułatwianiu dostępu osobom używającym opioidów do opieki specjalistycznej, zarówno pod względem kierowania do szpitala, aby rozpoczęli leczenie metadonem, jak i kontynuowania leczenia po wypisaniu. W innym przykładzie rząd niderlandzki i władze lokalne czterech największych miast Niderlandów przyjęły zintegrowane podejście do leczenia w ramach szerszej strategii wsparcia społecznego, angażujące wiele jednostek.

Ciągła opieka i zintegrowane leczenie mogą być wspomagane opracowaniem protokołów w zakresie opieki, wytycznych i strategii zarządzania przez usługodawców (Haggerty i in., 2003). Badanie ankietowe przeprowadzone w 2010 r. wśród krajowych punktów kontaktowych wykazało, że 16 krajów posiada umowy partnerskie między jednostkami ds. leczenia uzależnienia od narkotyków a służbami opieki społecznej. W sześciu krajach (Francja, Niderlandy, Portugalia, Rumunia, Zjednoczone Królestwo, Chorwacja) ustrukturyzowane protokoły są najpowszechniej używanymi mechanizmami koordynacji międzyagencyjnej, podczas gdy w innych krajach partnerstwa opierają się przede wszystkim na sieciach kontaktów nieformalnych.

Leczenie ambulatoryjne

W Europie leczenie uzależnienia od narkotyków prowadzi się przeważnie w systemie ambulatoryjnym. Dostępne

„Wybrane zagadnienia” dotyczące finansowania i kosztu leczenia uzależnienia od narkotyków

W obecnym okresie oszczędności budżetowych większą uwagę zwraca się na wszystkie aspekty związane z wydatkami państwa, w tym koszty leczenia. „Wybrane zagadnienia” opublikowane w tym roku przez EMCDDA tworzą mapę głównych źródeł finansowania leczenia uzależnienia od narkotyków w pewnej liczbie krajów europejskich. W publikacji tej podsumowano dostępne dane dotyczące tego, jak wiele wydaje się na usługi w zakresie leczenia uzależnienia od narkotyków i ile kosztuje leczenie.

Publikacja jest dostępna w wersji drukowanej i na stronie internetowej EMCDDA wyłącznie w języku angielskim.

są informacje o około 400 000 osób używających narkotyków, które w 2009 r. rozpoczęły w Europie specjalistyczne leczenie ambulatoryjne. Połowa osób rozpoczynających leczenie (51%) zgłosiła opioidy, głównie heroinę, jako swój narkotyk podstawowy, podczas gdy 24% zgłosiło konopie indyjskie, 18% kokainę, a 4% substancje pobudzające inne niż kokaina. Najczęstszym sposobem kierowania na leczenie jest zgłoszenie z własnej woli (37%), a w dalszej kolejności przez jednostki antynarkotykowe, opieki społecznej i opieki zdrowotnej (28%) oraz skierowanie przez system wymiaru sprawiedliwości (20%). Pozostali pacjenci kierowani są przez rodzinę, przyjaciół i sieci nieformalne ⁽¹⁵⁾.

Rozpoczynający leczenie ambulatoryjne stanowią największą grupę osób używających narkotyków, w odniesieniu do których możliwe jest opisanie cech osobistych i społecznych oraz profilów używania narkotyków. Są to przede wszystkim młodzi mężczyźni, ze średnią wiekiem wynoszącą 32 lat. Przewaga liczebna mężczyzn nad kobietami wynosi niemal cztery do jednego, co po części odzwierciedla przewagę mężczyzn wśród osób problemowo używających narkotyków. Wśród pacjentów rozpoczynających leczenie osoby używające konopi indyjskich jako narkotyku podstawowego są o prawie dziesięć lat młodsze (25 lat) niż osoby używające jako narkotyku podstawowego kokainy (33 lata) i opioidów (34 lata). Przeciętnie najmłodszych pacjentów leczonych z uzależnienia od narkotyków (25–26 lat) zgłosiły Polska, Węgry i Słowacja – państwa, które przystąpiły do UE po 2004 r. – a najstarszych Hiszpania, Włochy i Niderlandy (34 lata). Liczba mężczyzn przypadających na jedną kobietę jest wysoka w przypadku wszystkich substancji, ale różni się w zależności od narkotyku i kraju. Wskaźniki dotyczące płci są zasadniczo wyższe w krajach południowej Europy, a niższe w krajach na północy ⁽¹⁶⁾.

Dwie najczęściej stosowane metody w leczeniu ambulatoryjnym w Europie to interwencje psychospołeczne i leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów. Interwencje psychospołeczne obejmują poradnictwo, rozmowy motywacyjne, terapię poznawczo-behawioralną, zarządzanie przypadkiem, terapię grupową i rodzinną, a także zapobieganie nawrotowi uzależnienia. Przede wszystkim są one zapewniane, w zależności od kraju, przez instytucje publiczne lub organizacje pozarządowe. Interwencje psychospołeczne zapewniają wsparcie osobom używającym narkotyków, które podjęły próbę przezwyciężenia problemów narkotykowych, i są podstawową formą leczenia osób używających narkotyków pobudzających, takich jak

⁽¹⁵⁾ Zob. tabele TDI-16 i TDI-19 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹⁶⁾ Zob. tabele TDI-9 (część iv), TDI-21 i TDI-103 w biuletynie statystycznym za 2011 r. Informacje na temat osób leczonych w podziale na substancje podstawową można znaleźć w odpowiednich rozdziałach.

kokaina i amfetaminy. Są również stosowane wobec osób używających opioidów, często w połączeniu z leczeniem substytucyjnym. Według badania ankietowego ekspertów krajowych z 2008 r. większość krajów europejskich zgłosiła dostępność psychospołecznego leczenia ambulatoryjnego dla tych, którzy go poszukują. Większość krajów zgłosiła, że średni czas oczekiwania wynosi mniej niż miesiąc, chociaż sytuacja pod tym względem jest w Europie znacznie zróżnicowana.

Leczenie substytucyjne stanowi w Europie dominującą metodę leczenia osób używających opioidów. Zasadniczo jest ono zapewniane w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych, chociaż w niektórych krajach dostępne jest także w placówkach zamkniętych i w coraz większym stopniu dostępne w więzieniach⁽¹⁷⁾. Również lekarze pierwszego kontaktu prowadzący samodzielną praktykę, często w ramach zawartych z placówkami specjalistycznymi ustaleń dotyczących wspólnej opieki, odgrywają coraz większą rolę. Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów dostępne jest we wszystkich państwach członkowskich UE, a także w Chorwacji i Norwegii. W Turcji leczenie substytucyjne w postaci połączenia buprenorfiny i naloksonu wprowadzono w 2010 r. Ogółem szacuje się, że w 2009 r. w Europie występowało około 700 000 przypadków leczenia substytucyjnego (zob. rozdział 6)⁽¹⁸⁾.

Leczenie w placówkach lecznictwa zamkniętego

Dostępne są dane o około 44 000 osób używających narkotyków, które w 2009 r. rozpoczęły leczenie uzależnienia od narkotyków w placówkach lecznictwa zamkniętego w Europie⁽¹⁹⁾. Połowa tych pacjentów zgłosiła opioidy jako podstawowy narkotyk (53%), a w dalszej kolejności plasowały się konopie indyjskie (16%), kokaina (8%) i środki pobudzające inne niż kokaina (12%). Pacjenci leczeni w placówkach lecznictwa zamkniętego to głównie młodzi mężczyźni, których średnia wieku to 31 lat, przy czym na każdą kobietę przypada około trzech mężczyzn⁽²⁰⁾.

Leczenie w ośrodkach zamkniętych wymaga od pacjenta pozostania tam na okres od kilku tygodni do kilku miesięcy. W wielu przypadkach programy te zasadniczo skupiają się na umożliwieniu pacjentom powstrzymania się od używania narkotyków i nie zezwalają na leczenie substytucyjne. Detoksykacja jest krótką, nadzorowaną medycznie interwencją, mającą na celu zlikwidowanie objawów głodu narkotycznego związanych z zaprzestaniem nałogowego

używania narkotyków, i jest czasami warunkiem wstępnym rozpoczęcia długoterminowego, opartego na abstynencji leczenia w placówkach lecznictwa zamkniętego. Zazwyczaj detoksykacja jest interwencją opartą na lecznictwie zamkniętym, przeprowadzaną w szpitalach, specjalistycznych placówkach leczniczych lub placówkach stacjonarnych wyposażonych w oddział medyczny lub psychiatryczny.

W warunkach lecznictwa zamkniętego pacjenci otrzymują zakwaterowanie i indywidualnie zorganizowaną terapię psychospołeczną, a także biorą udział w działaniach mających na celu reintegrację ze społeczeństwem. W tym kontekście stosowane jest często podejście związane ze wspólnotą terapeutyczną. Leczenie uzależnienia od narkotyków w placówkach lecznictwa zamkniętego jest także prowadzone w szpitalach psychiatrycznych, zwłaszcza w przypadku pacjentów, u których stwierdzono współwystępowanie zaburzeń psychicznych.

Według badania ankietowego ekspertów krajowych z 2008 r. większość krajów europejskich zgłosiła dostępność psychospołecznego leczenia w placówkach lecznictwa zamkniętego i usług detoksykacji dla tych, którzy ich poszukują. Przekazane przez ekspertów z 16 krajów szacowane terminy oczekiwania na dostęp do psychospołecznego leczenia w placówkach lecznictwa zamkniętego w Europie są zróżnicowane. Średni czas oczekiwania wynoszący mniej niż miesiąc zgłoszono w 14 krajach, na Węgrzech kilka miesięcy, a w Norwegii 25 tygodni.

Reintegracja społeczna

Poziom wykluczenia społecznego wśród pacjentów leczonych z uzależnienia od narkotyków jest zazwyczaj wysoki, potencjalnie uniemożliwiając tym osobom pełne wyleczenie i podważając korzyści płynące z leczenia. Dane o pacjentach, którzy w 2009 r. rozpoczęli leczenie uzależnienia od narkotyków, wykazują, że większość z nich była bezrobotna (59%), a niemal jedna osoba na dziesięć nie posiadała stałego miejsca zamieszkania (9%). Pacjenci leczeni z uzależnienia często mają niski poziom wykształcenia, przy czym 37% posiada wyłącznie wykształcenie podstawowe, a 4% nie osiągnęło nawet tego poziomu⁽²¹⁾. Rośnie świadomość, że rozwój usług w zakresie zwalczania marginalizacji i stygmatyzacji poprawi szanse pacjentów na udaną reintegrację społeczną i poprawi jakość ich życia (Lloyd, 2010).

⁽¹⁷⁾ Zob. „Pomoc dla osób używających narkotyków w więzieniach”, s. 42.

⁽¹⁸⁾ Zob. tabele HSR-1, HSR-2 i HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹⁹⁾ Dane te należy interpretować z rozwagą, ponieważ nie obejmują one wszystkich osób, które tymczasowo znajdują się w placówkach lecznictwa zamkniętego w ramach bardziej złożonego procesu leczenia.

⁽²⁰⁾ Zob. tabele TDI-7, TDI-10, TDI-19 i TDI-21 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽²¹⁾ Zob. tabele TDI-12, TDI-13 i TDI-15 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Reintegracja społeczna osób używających narkotyków z ich społecznościami lokalnymi uznawana jest za kluczowy element spójnych strategii antynarkotykowych, skupiających się na doskonaleniu umiejętności społecznych, promowaniu edukacji, wspieraniu zdolności do zatrudnienia oraz zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych. Uwzględnianie potrzeb społecznych pacjentów leczonych z uzależnienia od narkotyków może odgrywać kluczową rolę w ograniczaniu używania przez nich narkotyków i utrzymaniu długotrwałej abstynencji (Laudet i in., 2009).

Dwadzieścia jeden krajów europejskich zgłosiło, że ich krajowe strategie antynarkotykowe zawierają określone działy dotyczące reintegracji społecznej⁽²²⁾, skupione głównie na potrzebach mieszkaniowych, edukacyjnych i zatrudnieniu osób używających narkotyków. Usługi w zakresie reintegracji społecznej są świadczone albo jednocześnie z leczeniem uzależnienia od narkotyków, albo po zakończeniu leczenia, w zależności od współpracy pomiędzy specjalistycznymi jednostkami lecznictwa a instytucjami opieki zdrowotnej lub społecznej.

Ogólnie rzecz biorąc, chociaż większość krajów zgłasza istnienie interwencji w zakresie mieszkalnictwa, edukacji i udziału w rynku pracy, to dostępne dane wskazują na to, że poziomy świadczenia usług w tym zakresie nie zaspokajają potrzeb populacji objętej leczeniem uzależnienia od narkotyków.

Warunki mieszkaniowe

Zapewnienie dostępu do stałego miejsca zamieszkania i jego utrzymanie ma kluczowe znaczenie dla procesu reintegracji, pomagając pacjentom w kontynuowaniu leczenia i wspomagając zapobieganie nawrotowi uzależnienia (Milby i in., 2005).

Ogółem w Europie poziom świadczenia usług w zakresie potrzeb mieszkaniowych pacjentów leczących uzależnienie od narkotyków jest niski. Spośród 29 krajów biorących udział w najnowszym badaniu ankietowym mniej niż jedna trzecia zgłosiła, że większość pacjentów ma dostęp do zakwaterowania w nagłych wypadkach (dziewięć), mieszkania tymczasowego (osiem) i zakwaterowania wraz z usługami wsparcia (pięć).

Pomimo sygnalizowanego przez kraje europejskie niskiego poziomu dostępności, większość zgłasza dostępność lokali socjalnych dla grup w trudnej sytuacji, które to lokale są w różnym stopniu dostępne dla osób objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków. Zazwyczaj takie zakwaterowanie zapewniają organy lokalne lub organizacje pozarządowe. Czas trwania pobytu może być różny, a dostęp do zakwaterowania może być obwarowany warunkami (np. niestosowanie narkotyków; nadzór personelu

placówki lecznictwa). Ponadto kilka krajów dostosowało warunki mieszkaniowe do osób objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków; na przykład 18 krajów zgłosiło zapewnianie zakwaterowania w nagłych wypadkach (np. noclegownie, zakwaterowanie ze śniadaniem), a 20 krajów zapewnia w pewnym stopniu zakwaterowanie tymczasowe, takie jak ośrodki resocjalizacji. Niezależne mieszkanie można stanowić ważny krok na drodze do reintegracji w społeczeństwie. W 12 krajach pacjenci objęci leczeniem mają pewien dostęp do domów opieki oferujących wsparcie, natomiast 15 krajów zgłosiło programy, które ułatwiają dostęp do niezależnego zamieszkania w ramach ogólnego rynku mieszkaniowego. We Francji specjalistyczne placówki lecznicze oferują tzw. „ruchomy” najem. Ośrodki płacą za wynajem lokalu mieszkalnego i podnajmują go pacjentowi, który płaci małą część czynszu. Pacjent otrzymuje wsparcie w zakresie wynajmu wraz z zadaniami administracyjnymi (np. płacenie rachunków) i zarządzaniem budżetem, a po „okresie próbnym” zostaje oficjalnym wynajmującym.

Szkolenie i kształcenie

Potrzeby osób używających narkotyków związane z kształceniem w trakcie leczenia można zaspokajać na kilka sposobów. Chociaż główny nurt systemu edukacji może być pierwszą opcją, to bariery indywidualne i systemowe, takie jak: niski poziom oczekiwania, stygmatyzacja i obawa przed niepowodzeniem, mogą zniechęcać pacjentów do udziału (Lawless i Cox, 2000). Jedenaście krajów zgłosiło dostępność programów wsparcia, których celem jest ułatwienie pacjentom leczonym z uzależnienia od narkotyków dostępu do ogólnego systemu edukacji. Oprócz tego 15 krajów zgłosiło, że pacjenci leczeni z uzależnienia od narkotyków mogą korzystać z programów adresowanych do grup w trudnej sytuacji społecznej.

Szkolenie zawodowe lub techniczne pomaga ludziom w uzyskaniu praktycznych umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia w określonym zawodzie lub branży i zazwyczaj prowadzi do uzyskania kwalifikacji zawodowych. W większości krajów (20) pacjenci otrzymują szkolenie zawodowe poprzez interwencje ukierunkowane na grupy w trudnej sytuacji społecznej. W 16 krajach istnieją także interwencje w zakresie szkolenia zawodowego przeznaczone specjalnie dla populacji objętej leczeniem uzależnienia od narkotyków.

Zatrudnienie

Zdolność do zatrudnienia jest kluczowym pojęciem w reintegracji społecznej. Pewna liczba krajów europejskich w swoich krajowych strategiach dotyczących zatrudnienia uwzględnia potrzeby osób

⁽²²⁾ W chwili przeprowadzania badania Litwa i Austria nie posiadały krajowej strategii antynarkotykowej.

używających narkotyków. Działania zwiększające zdolność do zatrudnienia mogą dotyczyć dziedziny psychologii (np. rozwoju osobistego, samodzielności, poczucia własnej wartości, umiejętności radzenia sobie) i mogą zapewnić osobom wychodzącym z uzależnienia od narkotyków alternatywną grupę kontaktów i nowe umiejętności pomagające w udanej reintegracji z szerzej pojmowaną społecznością. W 15 krajach zdolność do zatrudnienia osób objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków zgłoszono jako regularny, standardowy cel indywidualnych planów w zakresie opieki.

Dowody wskazują na to, że zatrudnienie i zwiększanie zdolności do zatrudnienia poprawia wyniki leczenia uzależnienia od narkotyków (Kaskutas i in., 2004) i ma pozytywny wpływ na zdrowie i jakość życia oraz ogranicza występowanie zachowań przestępczych (Gregoire i Snively, 2001). Systemy wsparcia, takie jak pośrednictwo na rynku pracy, które zapewnia płatne zatrudnienie na specjalnie utworzonych tymczasowych miejscach pracy, może pomóc w zasypaniu przepaści między długotrwałym bezrobociem a zatrudnieniem na otwartym rynku pracy. Systemy te są zasadniczo ukierunkowane na osoby znajdujące się w niekorzystnej sytuacji (np. poprzez przedsiębiorstwa założone w celu tworzenia miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych lub wykluczonych społecznie) i mogą obejmować pracę zawodową lub wolontariat.

Dwadzieścia krajów zgłosiło interwencje w ramach pośrednictwa na rynku pracy dostępne dla grup w trudnej sytuacji społecznej, dostępne także dla osób objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków; w 11 krajach takie interwencje są dostępne w szczególności dla osób objętych leczeniem uzależnienia. Na przykład w Irlandii w ramach programu „Ready for work” („Gotowy do pracy”) oferowane jest wsparcie osobom bezdomnym, w tym używającym narkotyków, w zakresie podjęcia szkolenia lub zatrudnienia poprzez zapewnienie im szkoleń przygotowujących do podjęcia pracy, umożliwienie zdobycia doświadczenia w ramach pracy nieodpłatnej i uzyskanie późniejszego wsparcia. Pacjenci leczenia z uzależnienia od narkotyków mogą brać udział w innych inicjatywach, takich jak wspierane zatrudnienie, którego celem jest pomaganie osobom niepełnosprawnym lub innym grupom w niekorzystnej sytuacji w zdobyciu i utrzymaniu płatnego zatrudnienia. Chociaż 17 krajów zgłosiło, że interwencje w zakresie wspieranego zatrudnienia są dostępne dla pacjentów objętych leczeniem uzależnienia od narkotyków, to zaledwie cztery zgłosiły wystarczający poziom dostępności.

Redukcja szkód

Profilaktyka i redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków to cel w zakresie zdrowia publicznego uwzględniony w strategiach antynarkotykowych wszystkich państw członkowskich UE i strategii antynarkotykowej UE ⁽²³⁾. Przeglądy dowodów naukowych dotyczących interwencji mających na celu redukcję szkód, a także badania wykazujące łączny wpływ tych interwencji są obecnie dostępne także w odniesieniu do planowania usług (EMCDDA, 2010b) ⁽²⁴⁾.

Główne interwencje w tej dziedzinie to leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów oraz programy wymiany igieł i strzykawek; działania te są ukierunkowane na zapobieganie zgonom spowodowanym przedawkowaniem i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Wszystkie kraje zgłosiły dostępność leczenia substytucyjnego, a programy wymiany igieł i strzykawek istnieją we wszystkich krajach z wyjątkiem Turcji. W ciągu ostatnich dwudziestu lat w Europie można było dostrzec rozszerzanie i wzmacnianie środków w zakresie redukcji szkód oraz ich integrację z szeregiem innych usług w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej. Redukcja szkód początkowo koncentrowała się na epidemii HIV/AIDS pod koniec lat 80. XX w., lecz później rozszerzyła się na zdrowie i potrzeby społeczne osób problemowo używających narkotyków, a zwłaszcza społecznie wykluczonych.

W 2009 r. w większości krajów zwiększyła się liczba pacjentów mających dostęp do leczenia substytucyjnego ⁽²⁵⁾. Ponadto wzrost korzystania z usług niskoprogowych placówek redukcji szkód zgłoszono w Bułgarii, Republice Czeskiej, Grecji, na Węgrzech, Łotwie, Litwie, w Luksemburgu, Polsce, Rumunii i Chorwacji; na Węgrzech zwiększył się także geograficzny zasięg programów wymiany igieł i strzykawek.

Większość krajów europejskich zapewnia różne inne usługi z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej, w tym indywidualną ocenę ryzyka i poradnictwo indywidualne, ukierunkowane działania informacyjne i szkolenia w zakresie bezpieczniejszego używania narkotyków. W ostatnich latach wzrósł poziom stosowania takich interwencji, jak: rozprowadzanie sprzętu do iniekcji innego niż igły i strzykawki, promowanie stosowania prezerwatyw wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji, wykonywanie badań na obecność chorób zakaźnych i poradnictwo w tym zakresie, leczenie antyretrowirusowe oraz szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby. Modelowe prognozy wskazują na to, że działania interwencyjne o największym potencjalnym wpływie (programy wymiany

⁽²³⁾ COM(2007) 199 wersja ostateczna.

⁽²⁴⁾ Zob. również portal najlepszych praktyk.

⁽²⁵⁾ Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2011 r. oraz rozdział 6.

igieł i strzykawek, leczenie substytucyjne i leczenie antyretrowirusowe), docierające do znaczącego odsetka populacji docelowej i przez dłuższy czas, ograniczając przenoszenie HIV pomiędzy osobami przyjmującymi narkotyki drogą iniekcji; dowodzą również, że najlepsze efekty osiąga się, gdy poziomy zakażeń nadal są niskie (Degenhardt i in., 2010).

W 2010 r. francuski Państwowy Instytut ds. Zdrowia i Badań Medycznych (Inserm) przeprowadził multidyscyplinarne badanie bazy dowodów dotyczących interwencji w zakresie redukcji szkód zmniejszających ryzyko zakażeń wśród osób używających narkotyków. W ramach badania dokonano przeglądu literatury naukowej obejmującej aspekty medyczne, epidemiologiczne, społeczne, gospodarcze i dotyczące zdrowia publicznego związane z redukcją szkód, obejmowało ono także organizację seminarium ekspertów i debaty publicznej. „Wspólny raport ekspertów” zawierał zalecenia, zgodnie z którymi politykę redukcji szkód należy traktować jako nieodłączny element szerszej strategii ograniczania nierówności pod względem zdrowia. Ponadto usługi muszą być zintegrowane z innymi działaniami antynarkotykowymi jako część całości opieki. Chociaż priorytetem pozostaje zapobieganie zarówno używaniu narkotyków, jak i przechodzeniu na ich przyjmowanie drogą iniekcji, osobom przyjmującym narkotyki drogą iniekcji należy umożliwić zmniejszenie zagrożeń związanych z iniekcją. W raporcie zaleca się, aby środki redukcji szkód, podobnie jak interwencje w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej, stanowiły część planów pomocy dostosowanych do potrzeb indywidualnych.

Zapewnienie jakości usług

Większość krajów europejskich podejmuje szereg działań mających na celu zapewnienie jakości interwencji i usług związanych z narkotykami. Działania te obejmują opracowywanie wytycznych dotyczących leczenia, porównywanie usług, szkolenie personelu oraz procedury uzyskiwania certyfikatów jakości i akredytacji.

Normy jakości w Europie

Celem zleconego przez Komisję Europejską badania EQUUS jest osiągnięcie porozumienia między ekspertami europejskimi i zainteresowanymi stronami w sprawie istniejących norm jakości dotyczących interwencji w zakresie ograniczania popytu. Obejmuje to opracowanie jaśniejszej definicji minimalnych norm, które były stosowane w celu uwzględnienia zarówno zaleceń opartych na dowodach, jak i procedur organizacyjnych. W badaniu EQUUS uwzględnia się te niepewności i dokonuje rozróżnienia pomiędzy trzema rodzajami norm. Są one zdefiniowane

Zaangażowanie osób używających narkotyków

W polityce zdrowotnej koncepcja usług angażujących osoby używające narkotyków nabrała rozmachu po określeniu w Karcie Ottawskiej Światowej Organizacji Zdrowia z 1986 r. nowej agendy dotyczącej zdrowia publicznego i świadczenia usług opieki zdrowotnej. Aktywne zaangażowanie osób używających narkotyków w kształtowanie działań antynarkotykowych można jednak przesłedzić wstecz aż do Niderlandów w latach 70. XX w.

W mniej odległej przeszłości, jako krok w stronę ułatwienia zaangażowania organizacji osób używających narkotyków na poziomie krajowym i europejskim, Europejska Sieć ds. Ograniczania Szkód rozpoczęła opracowywanie wykazu takich organizacji w Europie.

Zaangażowanie osób używających narkotyków różni się pod względem formy i obejmuje szereg różnych celów (Bröring i Schatz, 2008). Działania mogą obejmować badania ankietowe dotyczące dostępności i jakości usług; poszukiwanie rady ze strony tych osób w sprawie rekrutacji personelu; przeprowadzanie zogniskowanych wywiadów grupowych w celu opracowania nowych obszarów działań; a także włączenie organizacji osób używających narkotyków w popieranie zdrowia i kształtowanie polityki antynarkotykowej. Organizacje osób używających narkotyków często zaangażowane są we wzajemne wspieranie i kształcenie w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym, a także w opracowywanie materiałów informacyjnych, które wspomagają tworzenie sieci kontaktów i pomagają w poszerzaniu wiedzy społeczeństwa o podstawowych problemach osób używających narkotyków (Hunt i in., 2010). Zaangażowanie tych osób może być praktycznym i etycznym sposobem zapewnienia jakości usług i aprobaty dla nich. Aby jednak zachęcić osoby używające narkotyków do zaangażowania się w działania i zagwarantować, że to zaangażowanie zakończy się powodzeniem, konieczne jest odpowiednie wsparcie.

Zob. także strona internetowa Europejskiej Sieci ds. Ograniczania Szkód.

jako normy strukturalne (np. otoczenie fizyczne, dostępność, skład i kwalifikacje personelu), normy proceduralne (np. indywidualne planowanie, współpraca z innymi agencjami, przechowywanie dokumentacji pacjentów) i normy dotyczące rezultatów (zadowolenie pacjentów i personelu, określenie i pomiar celów leczenia). Wyniki badania powinny być dostępne pod koniec 2011 r. i zostaną wykorzystane przez Komisję Europejską do opracowania stanowiska UE, które zostanie przedstawione Radzie do 2013 r. ⁽²⁶⁾.

Szkolenie i kształcenie personelu

Szkolenie i ciągłe kształcenie personelu związane z używaniem narkotyków to kluczowe działania pod

⁽²⁶⁾ Dalsze informacje – zob. portal najlepszych praktyk.

względem zapewniania jakości usług. Wyniki ostatniego gromadzenia danych *ad hoc* wykazują, że specjalne programy szkoleniowe w obszarze narkomanii istnieją w 27 krajach objętych sprawozdaniem i ukierunkowane są przede wszystkim do pracowników służby zdrowia, psychologów i pracowników socjalnych. Podczas gdy niektóre kraje opracowały specjalistyczne kursy uniwersyteckie, inne zapewniają kursy podyplomowe lub w ramach ustawicznego kształcenia. Najbardziej zorganizowane i rozwinięte działania szkoleniowe i edukacyjne można znaleźć w dziedzinie medycyny. Trzy kraje zgłosiły posiadanie opracowanej specjalizacji medycznej w zakresie uzależnień. Republika Czeska w 1980 r. wprowadziła specjalizację w dziedzinie medycyny uzależnień, a w 2008 r. pozamedyczny zawód „specjalisty ds. uzależnień”; dwuletni moduł specjalizacji w zakresie medycyny uzależnień wprowadzono w 2007 r. w Niderlandach; Niemcy posiadają podyplomowe szkolenia w dziedzinie używania substancji i poradnictwa w sprawach uzależnień, a także moduł dotyczący leczenia wspomaganego heroiną. Dowody na efektywność takiego podejścia, jak „ustawiczne kształcenie medyczne”, pozostają ograniczone i nieprzekonujące. Niedawno zaproponowano bardziej interaktywne podejście znane jako „ustawiczny rozwój zawodowy” (Horsley i in., 2010), które obejmuje szkolenie lekarzy w szerszym zakresie umiejętności, w tym w dziedzinie komunikacji, zarządzania i promowania zdrowia, ale musi ono zostać jeszcze przetestowane.

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego i przestępstwa związane z narkotykami

Egzekwowanie prawa antynarkotykowego jest ważnym składnikiem polityki antynarkotykowej na poziomie krajowym i w UE. Obejmuje wiele różnych interwencji, które są wdrażane głównie przez policję i instytucje pokrewne (np. organy celne). Jedną z grup takich interwencji, operacje pod przykryciem, pokrótce opisano poniżej. Dane dotyczące działań związanych z egzekwowaniem prawa antynarkotykowego są często mniej szczegółowe i rzadziej dostępne niż informacje dotyczące pozostałych obszarów polityki antynarkotykowej. Znaczący wyjątek od tej zasady stanowią dane o przestępstwach związanych z narkotykami, które to dane omówiono na końcu niniejszej sekcji.

Operacje pod przykryciem

Udane zaskarżanie poważnych przestępców naruszających prawo antynarkotykowe i likwidowanie zorganizowanych sieci podaży narkotyków to

najważniejsze priorytety ograniczenia podaży w ramach aktualnego planu działania UE w zakresie narkotyków. Stanowi to wyzwanie dla organów ścigania, jako że większość przestępstw związanych z narkotykami można wykryć jedynie poprzez czynne operacje organów ścigania (EMCDDA, 2009a). Ma to miejsce szczególnie w przypadku poważnych przestępstw związanych z pośrednictwem i hurtową podażą narkotyków, które to przestępstwa zwykle popełniane są przez bardzo dobrze ukrywające się osoby i organizacje przestępcze.

W reakcji na poważne przestępstwa związane z narkotykami europejskie instytucje organów ścigania w coraz większym stopniu wykorzystują techniki wywiadowcze, w tym zarówno technologie, np. podsłuchy telefoniczne i nadzór elektroniczny, jak i operacje pod przykryciem z udziałem ludzi. W operacjach tych mogą uczestniczyć funkcjonariusze policji (tajni agenci) oraz osoby prywatne pod nadzorem policji (informatorzy). Ich udział jest prawnie dopuszczalny we wszystkich 27 państwach członkowskich UE.

Operacje pod przykryciem wymierzone w sieci handlu narkotykami są wykorzystywane do gromadzenia wiarygodnych informacji o tożsamości i funkcjach członków sieci, wykrywania szlaków przemytu, miejsc docelowych i obiektów magazynowania, a także ustalania czasu i miejsca dostaw narkotyków. Agenci lub informatorzy często muszą przenikać do sieci przestępczych, które na ogół charakteryzują się skrytością względem osób z zewnątrz i rozdzielaniem informacji. Gromadzenie danych wywiadowczych przede wszystkim skoncentrowane jest na funkcjonowaniu sieci narkotykowych i funkcjach ich członków.

Z operacjami pod przykryciem wiążą się wyzwania prawne, szczególnie pod względem prowokacji. W wyroku z 1998 r. (*Teixeira de Castro przeciwko Portugalii*) (Europejski Trybunał Praw Człowieka, 1998) Europejski Trybunał Praw Człowieka określił podstawowe zasady wykorzystywania prowokatorów. W wyroku tym stwierdza się, że wykorzystywanie technik pod przykryciem z udziałem ludzi nie powinno naruszać prawa do sprawiedliwego procesu i dlatego organy ścigania nie powinny oddziaływać na podmiot w sposób zachęcający do popełnienia przestępstwa, które w innym przypadku nie zostałyby popełnione. Dlatego też organy ścigania muszą posiadać „obiektywne podejrzenia” w stosunku do określonych osób, zanim zastosują wobec nich techniki wywiadowcze. W większości państw członkowskich zachęcanie stron trzecich do popełnienia przestępstwa jest zakazane.

Kwestia operacji pod przykryciem jest regulowana w krajowych przepisach prawnych i administracyjnych,

a celem jest zapewnienie zarówno zgodności z praworządnością, jak i chronienie agentów działających pod przykryciem. Przepisy krajowe i towarzyszące rozporządzenia różnią się, ale na ogół zapewniają ogólne ramy, które są określone bardziej szczegółowo w towarzyszących rozporządzeniach rzadko podawanych do wiadomości publicznej. Inne informacje, takie jak liczba operacji przeprowadzona każdego roku, również rzadko są udostępniane opinii publicznej. Badania wykazały jednak, że w 2004 r. w Niderlandach przeprowadzono 34 operacje pod przykryciem, a efektem 12 były śledztwa lub procesy (Kruisbergen i in., 2011).

W większości państw członkowskich UE przed rozpoczęciem operacji pod przykryciem konieczne jest jej zatwierdzenie przez organ sądowy. Większość operacji wymaga monitorowania przez organ nadrzędny, zazwyczaj prokuraturę lub sąd. Trzynastcie państw członkowskich posiada określone zasady proporcjonalności i pomocniczości, zgodnie z którymi interwencja musi być proporcjonalna do objętego śledztwem przestępstwa związanego z narkotykami, które musi być wystarczająco poważne, aby uzasadnić stosowanie tajnych środków. Ponadto przed przeprowadzeniem operacji pod przykryciem trzeba jasno stwierdzić, że inne, mniej inwazyjne środki egzekwowania prawa, nie byłyby tak skuteczne.

Stosowanie operacji pod przykryciem, w tym fałszywych dokumentów tożsamości i „przykrywek” – tworzonych w celu zapewnienia tajnym agentom prawdopodobnego zajęcia i dochodów – jest prawnie dopuszczalne w większości państw członkowskich.

W operacjach pod przykryciem stosuje się różnorodne techniki. Na przykład potajemny zakup narkotyków jest wykorzystywany głównie w celu aresztowania osób w trakcie sprzedaży nielegalnych narkotyków. Kontrolowane dostawy to technika, która pozwala na transport nielegalnych przesyłek – za wiedzą i pod nadzorem właściwych organów – przez granice krajowe i w ich obrębie. Przesyłki mogą zawierać narkotyki lub prekursory, broń, papierosy, pieniądze pochodzące z nielegalnych działań, a nawet ludzi. Większość kontrolowanych przesyłek w Europie to przesyłki narkotyków (Rada Unii Europejskiej, 2009) i, w zależności od prawa krajowego, mogą one być eskortowane przez tajnych agentów lub informatorów, lub pod nadzorem elektronicznym⁽²⁷⁾.

Przestępstwa związane z narkotykami

Wstępne raporty na temat przestępstw przeciwko krajowym przepisom antynarkotykowym, głównie sporządzane przez policję, są jedynymi danymi dotyczącymi przestępstw

Szkolenie policji europejskiej

Europejskie Kolegium Policyjne (Cepol) jest agencją Unii Europejskiej działającą jako sieć krajowych akademii i wyższych uczelni policyjnych. Jednym z jej głównych zadań jest organizowanie około 100 działań szkoleniowych rocznie, przeznaczonych przede wszystkim dla starszych stopniem funkcjonariuszy policji, na tematy istotne dla europejskich sił policyjnych. Ogólnym celem jest promowanie wspólnego europejskiego podejścia do kwestii ochrony porządku publicznego.

W celu wspierania własnych działań szkoleniowych oraz tych, które prowadzą państwa członkowskie UE, Cepol opracował wspólne programy dla różnych grup docelowych, w tym dla starszych stopniem funkcjonariuszy, śledczych i zarządzających sprawą, ale też dla przedstawicieli władz krajowych i akademii policyjnych. Wspólny program dotyczący handlu narkotykami zawiera przegląd międzynarodowej sytuacji narkotykowej, prawodawstwa antynarkotykowego, podstawowych informacji o nielegalnych substancjach, współpracy międzynarodowej, istniejących strategiach pracy policji, wariantów taktycznych dostosowanych do określonych przestępstw, takich jak niejawne działania operacyjne, jak również wyzwiań, w tym przestępstw związanych z narkotykami, ale w zakresie profilaktyki antynarkotykowej i ograniczania popytu.

związanych z narkotykami rutynowo dostępnymi w Europie⁽²⁸⁾. Dane te dotyczą zazwyczaj przestępstw związanych z używaniem narkotyków (używanie i posiadanie na własny użytek) lub z podażą narkotyków (produkcją, handel i sprzedaż uliczna), chociaż w niektórych krajach mogą być zgłaszane także inne rodzaje przestępstw (np. dotyczące prekursorów narkotyków).

Dane dotyczące przestępstw związanych z narkotykami są bezpośrednim wskaźnikiem działań w zakresie egzekwowania prawa, ponieważ odnoszą się do przestępstw dokonanych za obopólną zgodą, które zazwyczaj nie są zgłaszane przez potencjalne ofiary. Często są one postrzegane jako pośrednie wskaźniki używania narkotyków i handlu nimi, chociaż obejmują one tylko te działania, które zwróciły uwagę organów ścigania. Ponadto prawdopodobnie odzwierciedlają różnice w krajowych przepisach, priorytetach i zasobach. Co więcej, krajowe systemy informowania w całej Europie są różne, zwłaszcza w odniesieniu do praktyk rejestrowania i sprawozdawczości. Z tych powodów wiarygodne porównywanie sytuacji w różnych krajach jest utrudnione, a bardziej właściwe jest podejście polegające na porównywaniu tendencji, a nie bezwzględnych danych liczbowych.

Ogólnie wzrost liczby zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami, obserwowany w ubiegłych

⁽²⁷⁾ Przegląd aspektów prawnych kontrolowanych dostaw w Europie – zob. Europejska baza aktów prawnych dotyczących narkotyków.

⁽²⁸⁾ Dyskusja na temat związku między narkotykami i przestępczością a definicją „przestępstwa związanego z narkotykami” – zob. EMCDDA (2007b).

latach, w 2009 r. zwolnił. Indeks UE oparty na danych dostarczonych przez 21 państw członkowskich, które reprezentują 95% ludności Unii Europejskiej w wieku od 15 do 64 lat, wskazuje na to, że w latach 2004–2009 nastąpił wzrost liczby zgłoszonych przestępstw, który szacuje się na 21%. Jeżeli wziąć pod uwagę wszystkie kraje przedstawiające sprawozdanie, to dane wskazują w tym okresie tendencje wzrostowe w 18 krajach oraz stabilizację lub ogólny spadek w 11 krajach ⁽²⁹⁾.

Przestępstwa związane z używaniem i podażą

W porównaniu do danych z poprzednich lat nie doszło do większych zmian w proporcji przestępstw związanych z narkotykami w odniesieniu do używania i podaży. W większości (22) krajów europejskich przestępstwa związane z używaniem i posiadaniem narkotyków na własny użytek wciąż stanowiły w 2009 r. większość przestępstw związanych z narkotykami, przy czym najwyższe odsetki zgłosiły Estonia, Hiszpania, Francja, Węgry, Austria i Szwecja (od 81% do 94%) ⁽³⁰⁾.

Wzrost liczby zgłoszonych przestępstw związanych z używaniem w poprzednich latach narkotyków w 2009 r. zwolnił. W latach 2004–2009 liczba przestępstw związanych z używaniem narkotyków wzrosła w 15 krajach przedstawiających sprawozdanie, przy czym tylko Bułgaria, Niemcy, Estonia, Malta, Austria i Norwegia zgłosiły spadek w tym okresie. W sumie w latach 2004–2009 liczba przestępstw związanych z używaniem narkotyków wzrosła w Unii Europejskiej średnio o 29%.

Liczba przestępstw związanych z podażą narkotyków pozostawała stabilna od 2007 r., chociaż wskazuje na wzrost w latach 2004–2009 o około 7% w skali Unii Europejskiej. W tym okresie 15 krajów zgłosiło wzrost liczby przestępstw związanych z podażą, podczas gdy trzy państwa zgłosiły ogólny spadek ⁽³¹⁾.

Tendencje dotyczące poszczególnych narkotyków

Konopie indyjskie nadal są nielegalnym narkotykiem najczęściej wymienianym w odniesieniu do zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w Europie ⁽³²⁾. W większości państw europejskich przestępstwa związane z konopiami indyjskimi stanowiły od 50% do 75% zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w 2009 r. Przestępstwa związane z innymi narkotykami

przewyższyły liczebnie te związane z konopiami indyjskimi jedynie w trzech krajach: w Republice Czeskiej i na Łotwie w odniesieniu do metamfetaminy (55% i 27%) oraz na Malcie w odniesieniu do kokainy (36%).

W latach 2004–2009 liczba przestępstw związanych z konopiami indyjskimi wzrosła w 11 krajach przedstawiających sprawozdanie, dając w efekcie szacunkowy wzrost o 20% na poziomie Unii Europejskiej (wykres 4). Tendencje spadkowe zgłosiły Francja, Włochy, Cypr, Malta i Niderlandy ⁽³³⁾.

Liczba przestępstw związanych z kokainą wzrosła w latach 2004–2009 w 11 krajach przedstawiających sprawozdanie, natomiast Bułgaria, Niemcy, Włochy, Austria i Chorwacja zgłosiły tendencje spadkowe. W Unii Europejskiej ogólna liczba przestępstw związanych z kokainą wzrosła w tym samym czasie o około 39%, ale w ciągu ostatnich dwóch lat można było zauważyć stabilizowanie się tendencji ⁽³⁴⁾.

Liczba przestępstw związanych z heroiną w 2009 r. nieznacznie spadła. Dane UE dla tego rodzaju przestępstw wskazują na wzrost o 22% w latach 2004–2009. Liczba przestępstw związanych z heroiną wzrosła w 11 krajach przedstawiających sprawozdanie, podczas gdy w Bułgarii, Niemczech, na Malcie, w Niderlandach i Austrii w tym samym okresie odnotowano spadek ⁽³⁵⁾.

Liczba przestępstw związanych z amfetaminami zgłaszanych w Unii Europejskiej nieznacznie zmalała w 2009 r., chociaż ogólna tendencja od 2004 r. wskazuje na ogólny szacowany wzrost o 16%. Liczba przestępstw związanych z ekstazy natomiast zmniejszyła się tym samym czasie o połowę (spadek o 54%).

Ochrona zdrowia i działania społeczne dla osób używających narkotyków w więzieniach

W Unii Europejskiej odsetek więźniów skazanych za przestępstwa związane z narkotykami wynosi od 3% do 53%, przy czym połowa krajów zgłasza odsetek wynoszący od 9% do 25% ⁽³⁶⁾. Dane te nie obejmują osób skazanych za przestępstwa przeciwko mieniu, których celem było zdobycie środków na narkotyki, lub za inne przestępstwa związane z narkotykami.

⁽²⁹⁾ Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽³⁰⁾ Zob. tabela DLO-2 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽³¹⁾ Zob. wykres DLO-1 i tabela DLO-5 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽³²⁾ Zob. tabela DLO-3 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

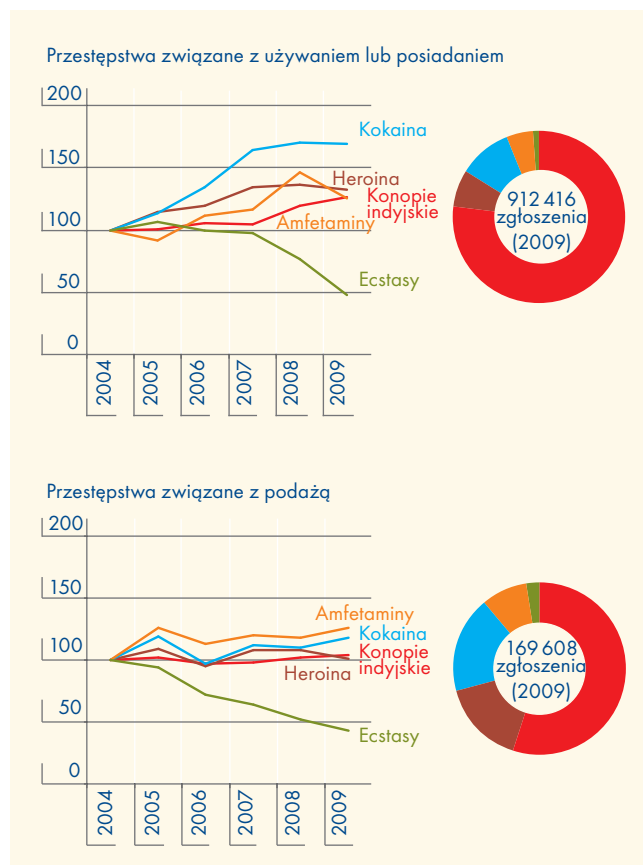
⁽³³⁾ Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-6 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽³⁴⁾ Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-8 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽³⁵⁾ Zob. wykres DLO-3 i tabela DLO-7 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽³⁶⁾ W dniu 1 września 2009 r. w zakładach karnych w Unii Europejskiej znajdowało się ponad 640 000 osób. Dane dotyczące statystyki karnej w Europie dostępne są na stronie internetowej Rady Europy.

Wykres 4: Sprawozdania dotyczące przestępstw związanych z użytkowaniem lub posiadaniem narkotyków na własny użytek oraz z podażą narkotyków w państwach członkowskich UE: zindeksowane tendencje w latach 2004–2009 i podział według narkotyku ze zgłoszeń za 2009 r.



UWAGA: Tendencje oparte są na dostępnych informacjach o liczbie zgłoszeń przestępstw związanych z narkotykami (sprawy karne i pozostałe) zgłoszonych w państwach członkowskich UE. Wszystkie serie są zindeksowane – za podstawę (100) przyjmuje się rok 2004 – i ważone według liczby ludności krajów w celu uzyskania ogólnej tendencji europejskiej; podział według narkotyku odnosi się do ogólnej liczby zgłoszeń za 2009 r. Więcej informacji – zob. wykresy DLO-4 i DLO-5 w biuletynie statystycznym za 2010 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Używanie narkotyków w populacji więźniów

Nadal brakuje standaryzacji metodyki stosowanej w badaniach nad używaniem narkotyków w populacji więźniów (Carpentier i in., 2011). Niemniej jednak badania wykazują, że używanie narkotyków nadal występuje częściej wśród więźniów niż w populacji ogólnej. Dane pochodzące z kilku badań, które przeprowadzono od 2006 r., wykazują, że wśród więźniów istnieje znaczące zróżnicowanie wskaźników używania narkotyków: na przykład jednokrotne użycie nielegalnego narkotyku przed uwięzieniem zgłosiło zaledwie 8% respondentów w niektórych krajach, a w innych aż 65%. Badania wskazują również, że wśród więźniów częściej mogą występować najbardziej szkodliwe

Opracowywanie wskaźników dotyczących rynków narkotyków, przestępstw i ograniczenia podaży w Europie

Rozszerzenie monitorowania podaży nielegalnych narkotyków w Europie jest priorytetem aktualnej strategii antynarkotykowej i planu działania UE w zakresie narkotyków. Po opublikowaniu w październiku 2010 r. przez Komisję Europejską dokumentu roboczego w sprawie usprawnienia gromadzenia danych o podaży narkotyków ⁽¹⁾ odbyła się pierwsza europejska konferencja w sprawie wskaźników dotyczących podaży narkotyków. Była ona zorganizowana wspólnie przez Komisję Europejską i EMCDDA i rozpoczęła proces opracowywania wskaźników na potrzeby monitorowania podaży narkotyków w Europie ⁽²⁾.

Ogólne ramy koncepcyjne monitorowania podaży nielegalnych narkotyków w Europie będą obejmować trzy elementy: rynki narkotyków, przestępstwa związane z narkotykami i ograniczenie podaży. Trzy grupy robocze wspierane przez EMCDDA opracują w 2011 r. plan działania dotyczący tych obszarów, skupiając się na krótko-, średnio- i długookresowych celach monitorowania. Położony zostanie nacisk na możliwość standaryzacji, rozszerzenia i ulepszenia istniejących systemów gromadzenia danych w każdym z tych obszarów, a także przeprowadzone zostaną ukierunkowane badania.

W dziedzinie rynków narkotykowych przyszłe działania skupią się na udoskonaleniu zestawów danych o cenach i czystości narkotyków, a także na potencjale danych forensycznych. Opracowanie europejskiego standardowego instrumentu monitorowania przestępstw związanych z narkotykami oraz wskaźników dotyczących wewnątrz europejskiej produkcji narkotyków, wraz ze zdefiniowaniem priorytetów badań, będzie miało kluczowe znaczenie dla obszaru przestępstw związanych z narkotykami. Organy ścigania i sądownictwa karne będą odgrywać główną rolę w monitorowaniu ograniczenia podaży narkotyków. Prace w tej dziedzinie, nieobjętej dotąd badaniami w wystarczającym stopniu, rozpoczną się od działań związanych z tworzeniem mapy, aby zapewnić przegląd działań związanych z ograniczeniem podaży w Europie. Obecność, rola i praktyki wyspecjalizowanych antynarkotykowych jednostek organów ścigania będą tu stanowiły punkt wyjścia, przy czym w 2011 r. EMCDDA rozpocznie badania sondażowe.

⁽¹⁾ SEC(2010) 1216 wersja ostateczna (dostępne na stronie internetowej Rady Europy).

⁽²⁾ Wnioski z konferencji dostępne są na stronie internetowej.

formy używania narkotyków, ponieważ od 5% do 31% osób objętych badaniem zgłosiło przynajmniej jednokrotne użycie narkotyków drogą iniekcji ⁽³⁷⁾.

Po osadzeniu większość więźniów używających narkotyków zmniejsza ilość używanych narkotyków lub

⁽³⁷⁾ Zob. tabele DUP-1, DUP-2 i DUP-105 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

zaprzestaje używania, głównie ze względu na trudności ze zdobyciem substancji. Przyznaje się jednak, że nielegalne narkotyki przenikają do większości więzień pomimo wszelkich środków podejmowanych w celu ograniczenia ich podaży. W badaniach przeprowadzonych od 2006 r. szacuje się, że od 1% do 56% więźniów używa narkotyków w zakładach karnych. Najczęściej używanymi narkotykami w więzieniach są konopie indyjskie, a w dalszej kolejności zwykle kokaina i heroina⁽³⁸⁾. Więzienia mogą stanowić środowisko dla rozpoczęcia używania narkotyków lub stosowania bardziej szkodliwych form używania. Na przykład belgijskie badanie przeprowadzone w 2008 r. wskazuje na to, że ponad jedna trzecia więźniów używających narkotyków rozpoczęła używanie nowego narkotyku w trakcie osadzenia, przy czym najczęściej wymienianym narkotykiem była heroina (Tods i in., 2009). W więzieniu osoby używające narkotyków drogą iniekcji wydają się częściej współdzielić sprzęt do iniekcji niż osoby używające narkotyków poza więzieniem, co budzi obawy co do potencjalnego rozprzestrzeniania chorób zakaźnych w populacji więźniów.

HIV oraz wirusowe zapalenie wątroby wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji w więzieniach

Dane dotyczące zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji w więzieniach w Europie są skąpe. W szczególności są one niedostępne w odniesieniu do krajów zgłaszających najwyższą częstość występowania zakażeń związanych z używaniem narkotyków drogą iniekcji. Zasadniczo w ośmiu krajach przekazujących dane od 2004 r. (Bułgaria, Republika Czeska, Hiszpania, Węgry, Malta, Finlandia, Szwecja, Chorwacja)⁽³⁹⁾ nie można zauważyć znacznych różnic w częstości występowania HIV między osobami używającymi narkotyków drogą iniekcji w więzieniach, a tymi, którzy przyjmują je w innych warunkach w kraju, chociaż może to wynikać częściowo z ograniczonych danych. Częstość występowania HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w więzieniach była na ogół niska (0–7,7%) w siedmiu krajach, natomiast w Hiszpanii zgłoszono częstość występowania na poziomie 39,7%. Dane o częstości występowania wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w więzieniach podało osiem krajów, w których częstość ta wynosiła od 11,5% (Węgry) do 90,7% (Luksemburg). W Republice Czeskiej, Luksemburgu i na Malcie HCV wydaje się bardziej rozpowszechnione wśród przebadanych

w więzieniach osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji niż wśród osób badanych w innych warunkach. Dane dotyczące zakażeń HBV (antygen powierzchniowy wirusowego zapalenia wątroby typu B) wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji w więzieniach dostępne są dla czterech krajów: Bułgarii (11,6% w 2006 r.), Republiki Czeskiej (15,1% w 2010 r.), Węgier (0% w 2009 r.) i Chorwacji (0,5% w 2007 r.).

Ochrona zdrowia więźniów w Europie

Więźniowie, zwłaszcza ci, którym zdarzyło się używać narkotyków drogą iniekcji, często mają liczne i złożone potrzeby zdrowotne, co wymaga multidyscyplinarnego podejścia i specjalistycznej opieki medycznej. Więźniowie mają prawo dostępu do dostępnych w kraju usług opieki zdrowotnej bez dyskryminacji ze względu na ich sytuację prawną⁽⁴⁰⁾, a więzienna służba zdrowia powinna zapewnić leczenie problemów związanych z używaniem narkotyków w warunkach porównywalnych do tych oferowanych poza więzieniami (CPT, 2006). Chociaż ta ogólna zasada równoważności obowiązuje w Unii Europejskiej na mocy zalecenia Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków⁽⁴¹⁾, zaś obecny plan działania UE w zakresie narkotyków (na lata 2009–2012) nawołuje do jej wdrożenia, to często usługi świadczone w więzieniach odbiegają od tych zapewnianych poza więzieniami.

Pomoc dla osób używających narkotyków w więzieniach

Wiele usług związanych z używaniem narkotyków i powiązanych problemami może być świadczonych w europejskich więzieniach. Obejmują one udzielanie informacji o narkotykach i zdrowiu, opiekę zdrowotną w przypadku chorób zakaźnych, detoksykację, leczenie uzależnienia od narkotyków w połączeniu z pomocą psychospołeczną, środki redukcji szkód i przygotowanie do zwolnienia z więzienia⁽⁴²⁾.

W większości krajów istnieją partnerstwa międzyagencyjne między więzienną służbą zdrowia a usługodawcami poza więzieniami, w tym organizacjami pozarządowymi, mające na celu zapewnienie edukacji zdrowotnej i leczenie w więzieniu oraz zagwarantowanie ciągłości opieki po jego opuszczeniu. Kilka europejskich krajów poszło o krok dalej i przekazało odpowiedzialność za opiekę zdrowotną

⁽³⁸⁾ Zob. tabele DUP-3 i DUP-105 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽³⁹⁾ Zob. tabela INF-117 w biuletynie statystycznym za 2011 r. oraz sprawozdania krajowych punktów kontaktowych sieci Reitox z Malty (2005) i Republiki Czeskiej (2010).

⁽⁴⁰⁾ Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, rezolucja A/RES/45/111, Podstawowe zasady traktowania więźniów (dostępne w Internecie).

⁽⁴¹⁾ Dz.U. L 165 z 3.7.2003, s. 31.

⁽⁴²⁾ Zob. tabela HSR-7 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

w więzieniach ministerstwom zdrowia lub zorganizowało świadczenie usług opieki zdrowotnej przez publiczne służby zdrowia, co ma na celu zredukowanie nierówności w dziedzinie zdrowia. Pionierami w tej dziedzinie były Norwegia i Francja, a następnie Szwecja, Włochy, Anglia, Walia i Słowenia. W Szkocji i Hiszpanii reforma ta właśnie jest przeprowadzana.

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów jest coraz powszechniej stosowane, ale jego przyjmowanie w warunkach więziennych następowało wolno, a dostęp do niego jest bardzo zróżnicowany⁽⁴³⁾. W 2009 r. osoby używające narkotyków, które otrzymywały leczenie substytucyjne w sześciu krajach UE (w Estonii, Grecji, na Cyprze, Łotwie, Litwie, Słowacji), nie mogły kontynuować tego leczenia po aresztowaniu. Ciągłość i spójność

leczenia uzależnienia od narkotyków w więzieniu i poza nim jest szczególnie ważna, biorąc pod uwagę dużą liczbę zgonów wskutek przedawkowania narkotyków po zwolnieniu z więzienia (Merrall i in., 2010).

Wirusowe zapalenie wątroby typu C w populacji więźniów jest coraz większym problemem zdrowia publicznego w Europie. Specjalne programy badań przesiewowych zgłosiły Belgia, Bułgaria, Francja, niektóre niemieckie kraje związkowe, Litwa, Luksemburg, Węgry i Finlandia. Pomimo wagi wykrywania tych zakażeń po osadzeniu w więzieniu (Sutton i in., 2006) i udokumentowanej opłacalności zapewnienia leczenia HCV w warunkach więziennych (Tan i in., 2008), wielu więźniów pozostaje niezbadanych i nieobjętych leczeniem.

⁽⁴³⁾ Zob. tabela HSR-9 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Rozdział 3

Konopie indyjskie

Wprowadzenie

Konopie indyjskie są najpowszechniej dostępnym nielegalnym narkotykiem w Europie. Pochodzą zarówno z importu, jak i z produkcji krajowej. W większości krajów europejskich używanie konopi indyjskich wzrosło w latach 90. XX w. i na początku XXI w. Europa przypuszczalnie wkracza teraz w nową fazę, ponieważ dane z badań ankietowych przeprowadzonych wśród populacji ogólnej i w szkołach wskazują na ustabilizowanie sytuacji, czy wręcz na tendencję spadkową w używaniu konopi indyjskich w wielu krajach. Niemniej jednak wskaźniki używania pozostają wysokie w porównaniu ze standardami historycznymi. W ciągu ostatnich kilku lat wzrastała również świadomość implikacji dla zdrowia publicznego wynikających z długotrwałego i szeroko rozpowszechnionego używania tego narkotyku oraz nastąpił wzrost zgłaszanego zapotrzebowania na leczenie związane z problemami powodowanymi przez konopie indyjskie. Z tego względu ustalenie skutecznego sposobu reagowania na używanie konopi indyjskich to nadal kluczowa kwestia europejskiej debaty na temat narkotyków.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Konopie indyjskie można uprawiać w bardzo rozmaitych środowiskach, w wielu częściach świata to roślina dziko rosnąca. Szacuje się, że jest uprawiana na obszarze 172 krajów i terytoriów (UNODC, 2009). Trudności w ustaleniu dokładnych wartości globalnej produkcji konopi indyjskich są uwzględnione w najnowszych szacunkach UNODC, w których globalna produkcja w 2008 r. oceniana jest na 13 300 ton do 66 100 ton marihuany oraz 2200 ton do 9900 ton haszyszu.

Uprawa konopi indyjskich w Europie jest szeroko rozpowszechniona i wydaje się rosnąć. Wszystkie 29 państw europejskich przedstawiających sprawozdania EMCDDA wspomniało o krajowej uprawie konopi indyjskich, jednak skala i charakter tego zjawiska wydają się być bardzo zróżnicowane. Niemniej jednak prawdopodobnie znaczna część konopi indyjskich używanych w Europie pochodzi z handlu

Tabela 3: Konfiskaty, cena i siła działania marihuany i haszyszu

	Haszysz	Marihuana	Rośliny konopi indyjskich ⁽¹⁾
Globalna skonfiskowana ilość	1261 ton	6022 tony	n.d.
Skonfiskowana ilość UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	584 tony (594 tony)	57 ton (99 ton)	1,4 mln roślin i 42 tony (1,4 mln roślin i 42 tony) ⁽²⁾
Liczba konfiskat UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Średnia cena detaliczna (w EUR za gram)			
Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽³⁾	3–19 (6,8–10,2)	2–70 (6,3–10,9)	n.d. n.d.
Średnia siła działania (zawartość THC w %)			
Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽³⁾	3–17 (4,3–11,5)	1–15 (4,4–8,9)	n.d. n.d.

⁽¹⁾ Kraje zgłaszają skonfiskowane ilości jako liczbę skonfiskowanych roślin lub wagę; w tabeli podane są sumy obu ilości.

⁽²⁾ Ogólna liczba roślin konopi indyjskich skonfiskowanych w 2009 r. prawdopodobnie jest oszacowana zbyt nisko, w dużej mierze z uwagi na brak najnowszych danych dotyczących Niderlandów – kraju, który do 2007 r. zgłaszał stosunkowo duże konfiskaty. Ze względu na brak danych za 2008 i 2009 r. wartości dotyczących Niderlandów nie można uwzględnić w europejskich wartościach szacunkowych za 2009 r.

⁽³⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.

UWAGA: Wszystkie dane dotyczą 2009 r.; n.d. – nie dotyczy.

Źródło: Wartości globalne – UNODC (2011), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

wewnątrzregionalnego. Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (2011b) wymienia Albanie, Bułgarię, Byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii, Mołdawię, Czarnogórę, Serbię i Ukrainę jako źródła konopi indyjskich używanych w środkowej i wschodniej Europie.

Marihuana w Europie pochodzi także z importu – głównie z Afryki (np. z Ghany, Republiki Południowej Afryki, Egiptu), rzadziej z obu Ameryk (szczególnie z Karaibów) oraz z Bliskiego Wschodu (Liban) i Azji (Tajlandia).

Najnowsze badania ankietowe wskazują na to, że Afganistan wyparł Maroko z pozycji największego producenta haszyszu. Wielkość produkcji haszyszu w Afganistanie szacuje się na 1200–3700 ton rocznie (UNODC, 2011). Mimo że część haszyszu produkowanego w Afganistanie jest sprzedawana w Europie, prawdopodobnie Maroko pozostaje głównym dostawcą tego narkotyku na rynek europejski. Haszysz z Maroka jest zwykle przemywany do Europy głównie przez Półwysep Iberyjski, przy czym Niemcy i Belgia odgrywają rolę wtórnych ośrodków dystrybucji i przechowywania (Europol, 2011).

Konfiskaty

Szacuje się, że w 2009 r. na całym świecie skonfiskowano 6022 tony marihuany i 1261 ton haszyszu (tabela 3), tj. ok. 11% mniej w stosunku do roku poprzedniego. Ponownie największą ilość marihuany (70%) skonfiskowano w Ameryce Północnej, podczas gdy w zachodniej i środkowej Europie na najwyższym poziomie pozostawała ilość skonfiskowanego haszyszu (48%) (UNODC, 2011).

Szacuje się, że w Europie w 2009 r. miało miejsce 354 000 przypadków konfiskaty marihuany, co odpowiada ok. 99 tonom narkotyku, przy czym ponad jedna trzecia z tej liczby konfiskat nastąpiła w Turcji, gdzie skonfiskowano rekordową ilość narkotyku (42 tony); ponadto rekordowe wielkości konfiskat odnotowano w Grecji (7 ton) i Portugalii (5 ton) ⁽⁴⁴⁾. W okresie między 2004 a 2009 r. ogólna liczba konfiskat podwoiła się, wzrosła także ilość skonfiskowanej marihuany. Od 2005 r. około połowa wszystkich przypadków konfiskat miała miejsce w Zjednoczonym Królestwie – w ich efekcie przechwytywano rocznie co najmniej 20 ton tego narkotyku.

Konfiskaty haszyszu w Europie nadal przewyższały konfiskaty marihuany zarówno pod względem liczby przypadków, jak i ilości narkotyku, chociaż różnica ta maleje ⁽⁴⁵⁾. W 2009 r. dokonano około 405 000 konfiskat haszyszu, przechwytyjąc 594 tony narkotyku, czyli

sześciokrotnie więcej niż marihuany. W latach 2004–2009 liczba konfiskat haszyszu stale rosła, natomiast całkowita przechwycona ilość malała od szczytowego poziomu 1080 ton w 2004 r. W 2009 r., podobnie jak w poprzednich latach, Hiszpania zgłosiła około połowy wszystkich przypadków konfiskaty haszyszu i około trzech czwartych całkowitej skonfiskowanej ilości narkotyku.

Od 2004 r. liczba konfiskat roślin konopi indyjskich rosła, osiągając w 2009 r. w przybliżeniu 25 100 przypadków. Skonfiskowane ilości są zgłaszane jako szacunkowa liczba roślin lub szacunkowa waga. Konfiskaty wyrażone w liczbie roślin wzrosły w Europie z 1,7 mln w 2004 r. do ok. 2,5 mln w latach 2005–2007 ⁽⁴⁶⁾. Dostępne dane mogą wskazywać na spadek na poziomie europejskim w 2008 r., ale ze względu na brak najnowszych danych z Niemiec – kraju, który w przeszłości zgłaszał znaczne konfiskaty – nie można nakreślić obecnych tendencji w zgłoszonej liczbie skonfiskowanych roślin konopi indyjskich. Od 2004 r. konfiskaty zgłaszane jako waga roślin zwiększyły się ponadtrzykrotnie, osiągając w 2009 r. 42 tony, z czego większość po raz kolejny skonfiskowano w Hiszpanii (29 ton) i Bułgarii (10 ton).

Siła działania i cena

Siła działania produktów otrzymanych z konopi indyjskich określana jest na podstawie zawartości delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), czyli głównego składnika czynnego. Siła działania konopi indyjskich różni się znacznie zarówno w poszczególnych krajach, jak i pomiędzy krajami, a także w zależności od rodzaju produktów otrzymanych z konopi indyjskich i od odmiany genetycznej. Informacje na temat siły działania konopi indyjskich są oparte głównie na analizach forensycznych wybranych próbek skonfiskowanych konopi. Stopień, w jakim analizowane próbki stanowią odzwierciedlenie całego rynku, jest niejasny, więc dane na temat siły działania należy interpretować z pewną ostrożnością.

W 2009 r. zgłoszona średnia zawartość THC w próbkach haszyszu wahała się od 3% do 17%. Średnia siła działania marihuany (w tym sinsemilli – postaci marihuany o największej sile działania) wynosiła od 1% do 15%. Średnią siłą działania sinsemilli podały tylko trzy kraje: Rumunia – 2%, Niemcy – 11% i Niemcy – 15%. W latach 2004–2009 średnia siła działania haszyszu była różna w 15 krajach, które przekazały wystarczające dane. Siła działania marihuany pozostawała na stosunkowo stałym lub malejącym poziomie w dziesięciu krajach

⁽⁴⁴⁾ Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabelach SZR-1 do SZR-6 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁴⁵⁾ Ze względu na różnice w rozmiarze transportu, przebytej odległości, a także konieczności przejścia przez granice międzynarodowe, w przypadku haszyszu może istnieć większe ryzyko skonfiskowania niż w przypadku marihuany produkcji krajowej.

⁽⁴⁶⁾ Analiza ta nie obejmuje zgłoszonych przez Turcję konfiskat 20,4 mln roślin konopi indyjskich w 2004 r., ponieważ dane dotyczące skonfiskowanych ilości za kolejne lata są niedostępne.

przedstawiających sprawozdania, a wzrosła w Republice Czeskiej, Estonii, Niderlandach i na Słowacji. Dane dotyczące tendencji w sile działania lokalnie produkowanej marihuany są dostępne wyłącznie w odniesieniu do Niderlandów, gdzie odnotowano spadek średniej siły działania „nederwiet”: z najwyższej notowanej wielkości 20% w 2004 r. do 15% w 2009 r. ⁽⁴⁷⁾.

W 2009 r. średnia cena detaliczna haszyszu wahała się od 3 EUR do 19 EUR za gram w 18 krajach, które przekazały informacje, przy czym 12 krajów podało ceny rzędu 7 EUR do 10 EUR. Średnia cena detaliczna marihuany wahała się od 2 EUR do 70 EUR za gram w 20 krajach, które dostarczyły dane, przy czym 12 z nich podało ceny w granicach od 5 EUR do 10 EUR. W latach 2004–2009 średnia cena detaliczna zarówno haszyszu, jak i marihuany pozostawała stabilna lub wzrosła w większości z 18 krajów, które przekazały dane, przy czym wyjątek stanowiły Łotwa, Węgry i Polska, gdzie cena haszyszu spadła.

Wskaźniki i wzory używania

Używanie konopi indyjskich w populacji ogólnej

Według ostrożnych szacunków około 78 mln Europejczyków przynajmniej jeden raz użyło konopi indyjskich (wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia narkotyku), czyli średnio więcej niż co piąta osoba w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat (zestawienie danych – zob. tabela 4). Istnieją znaczne różnice między krajami – wskaźniki krajowe wahają się od 1,5% do 32,5%. W większości krajów szacowany wskaźnik używania tego narkotyku wynosi od 10% do 30% w grupie wszystkich osób dorosłych.

Szacuje się, że 22,5 mln Europejczyków używało konopi indyjskich w ostatnim roku, co stanowi średnio 6,7% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat. Szacunkowe dane dotyczące wskaźnika używania tego narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca uwzględniają osoby używające tego narkotyku częściej, choć niekoniecznie codziennie czy intensywnie. Szacuje się, że około 12 mln Europejczyków użyło tego narkotyku w ostatnim miesiącu, co stanowi średnio około 3,6% wszystkich osób w przedziale wiekowym od 15 do 64 lat.

Używanie konopi indyjskich wśród młodych osób dorosłych

Używanie konopi indyjskich dotyczy głównie grupy osób młodych (od 15 do 34 lat), przy czym najwyższy wskaźnik

używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku zgłaszany jest na ogół w przedziale wiekowym od 15 do 24 lat. Ma to miejsce we wszystkich krajach przedstawiających sprawozdanie, z wyjątkiem Cypru i Portugalii ⁽⁴⁸⁾.

Dane z badań ankietowych populacji wskazują na to, że przeciętnie 32% młodych osób dorosłych w Europie (w wieku od 15 do 34 lat) użyło konopi indyjskich przynajmniej jeden raz, podczas gdy 12,1% użyło tego narkotyku w ciągu ostatniego roku, a 6,6% – w ciągu ostatniego miesiąca. Szacuje się, że nawet wyższy odsetek Europejczyków w grupie wiekowej od 15 do 24 lat użył konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku (15,2%) lub w ciągu ostatniego miesiąca (8,0%). Krajowe szacunki wskaźników używania konopi indyjskich różnią się znacznie pod każdym względem w zależności od kraju. Na przykład w odniesieniu do szacowanych wskaźników używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku w grupie młodych osób dorosłych, kraje znajdujące się w górnych granicach skali zgłaszały wielkość ponaddwudziestokrotnie przewyższającą dane z krajów o najniższych wskaźnikach używania tego narkotyku.

Używanie konopi indyjskich jest na ogół bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn, np. wśród młodych osób dorosłych zgłaszających używanie tego narkotyku w ciągu ostatniego roku stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosił od nieco ponad 6:1 w Portugalii do niespełna 1:1 w Norwegii ⁽⁴⁹⁾.

Porównania międzynarodowe

Wszystkie dane z Australii, Kanady i Stanów Zjednoczonych dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich i używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku przekraczają średnie europejskie, które wynoszą odpowiednio 32% i 12,1%. Na przykład w Kanadzie (2009) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w grupie młodych osób dorosłych wynosił 48,4%, a wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku – 21,6%. W Stanach Zjednoczonych w badaniach SAMHSA (2010) oszacowano wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich na 51,6% (w grupie osób w wieku od 16 do 34 lat, przeliczone przez EMCDDA), a wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku – na 24,1%, natomiast w Australii (2007) wskaźniki te wynoszą 46,7% i 16,2% wśród osób w wieku od 14 do 39 lat. W przypadku uczniów w wieku od 15 do 16 lat mała liczba krajów europejskich (Republika Czeska, Hiszpania, Francja i Słowacja) zgłasza wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich na

⁽⁴⁷⁾ Dane dotyczące siły działania i cen – zob. tabele PPP-1 i PPP-5 w biuletynie statystycznym za 2011 r. Definicje produktów otrzymanych z konopi indyjskich – zob. glosariusz internetowy.

⁽⁴⁸⁾ Zob. wykres GPS-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁴⁹⁾ Zob. tabela GPS-5 (część iii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Tabela 4: Rozpowszechnienie używania konopi indyjskich w populacji ogólnej – zestawienie danych			
Grupa wiekowa	Okres używania		
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok	Ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	78 mln	22,5 mln	12 mln
Średnia europejska	23,2%	6,7%	3,6%
Przedział	1,5–32,5%	0,4–14,3%	0,1–7,6%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (1,5%) Malta (3,5%) Bułgaria (7,3%) Węgry (8,5%)	Rumunia (0,4%) Malta (0,8%) Grecja (1,7%) Węgry (2,3%)	Rumunia (0,1%) Malta (0,5%) Grecja, Polska (0,9%) Szwecja (1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Dania (32,5%) Hiszpania (32,1%) Włochy (32%) Francja, Zjednoczone Królestwo (30,6%)	Włochy (14,3%) Republika Czeska (11,1%) Hiszpania (10,6%) Francja (8,6%)	Hiszpania (7,6%) Włochy (6,9%) Francja (4,8%) Republika Czeska (4,1%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	42 mln	16 mln	9 mln
Średnia europejska	32%	12,1%	6,6%
Przedział	2,9–45,5%	0,9–21,6%	0,3–14,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (2,9%) Malta (4,8%) Grecja (10,8%) Bułgaria (14,3%)	Rumunia (0,9%) Malta (1,9%) Grecja (3,2%) Polska (5,3%)	Rumunia (0,3%) Grecja (1,5%) Polska (1,9%) Szwecja, Norwegia (2,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (45,5%) Dania (44,5%) Francja (43,6%) Hiszpania (42,4%)	Republika Czeska (21,6%) Włochy (20,3%) Hiszpania (19,4%) Francja (16,7%)	Hiszpania (14,1%) Włochy (9,9%) Francja (9,8%) Republika Czeska (8,6%)
15–24 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	19 mln	9,5 mln	5 mln
Średnia europejska	30%	15,2%	8%
Przedział	3,7–53,8%	1,5–29,5%	0,5–17,2%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (3,7%) Malta (4,9%) Grecja (9%) Cypr (14,4%)	Rumunia (1,5%) Grecja (3,6%) Portugalia (6,6%) Słowenia, Szwecja (7,3%)	Rumunia (0,5%) Grecja (1,2%) Szwecja (2,2%) Norwegia (2,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Republika Czeska (53,8%) Francja (42%) Hiszpania (39,1%) Dania (38%)	Republika Czeska (29,5%) Hiszpania (23,9%) Włochy (22,3%) Francja (21,7%)	Hiszpania (17,2%) Francja (12,7%) Republika Czeska (11,6%) Włochy (11%)
Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 3% populacji docelowej) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazy liczebności populacji: od 15 do 64 lat – 336 mln, od 15 do 34 lat – 132 mln, od 15 do 24 lat – 63 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2001–2009/2010 (głównie 2004–2008), nie odnoszą się do jednego roku. Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2011 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej”.			

poziomie porównywalnym z wartościami odnotowanymi w Stanach Zjednoczonych i Australii.

Używanie konopi indyjskich wśród uczniów

Przeprowadzane co cztery lata badania ESPAD dostarczają porównywalnych danych na temat spożycia alkoholu i narkotyków w Europie wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat (Hibell i in., 2009). W 2007 r. badania te przeprowadzono w 25 państwach członkowskich UE, a także w Norwegii i Chorwacji. Ponadto w latach 2009–2010 przeprowadzono krajowe badania ankietowe w szkołach we Włoszech, na Słowacji, w Szwecji i w Zjednoczonym Królestwie.

Dane z badań ESPAD z 2007 r. oraz z krajowych badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach w latach 2009–2010 wykazują, że najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat występuje w Republice Czeskiej (45%), natomiast Estonia, Hiszpania, Francja, Niderlandy, Słowacja i Zjednoczone Królestwo (Anglia) zgłosiły wskaźniki użycia na poziomie od 26% do 33%. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w przedziale od 13% do 25% zgłosiło 15 państw. Najniższe wskaźniki (mniej niż 10%) zgłosiły: Grecja, Cypr, Rumunia, Finlandia, Szwecja i Norwegia.

Różnica między płciami pod względem używania konopi indyjskich jest mniej wyraźna w przypadku uczniów niż wśród młodych osób dorosłych. Wśród uczniów używających konopi indyjskich stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet waha się od prawie 1:1 w Hiszpanii i w Zjednoczonym Królestwie do 2:1 lub więcej na Cyprze, w Grecji, w Polsce i w Rumunii ⁽⁵⁰⁾.

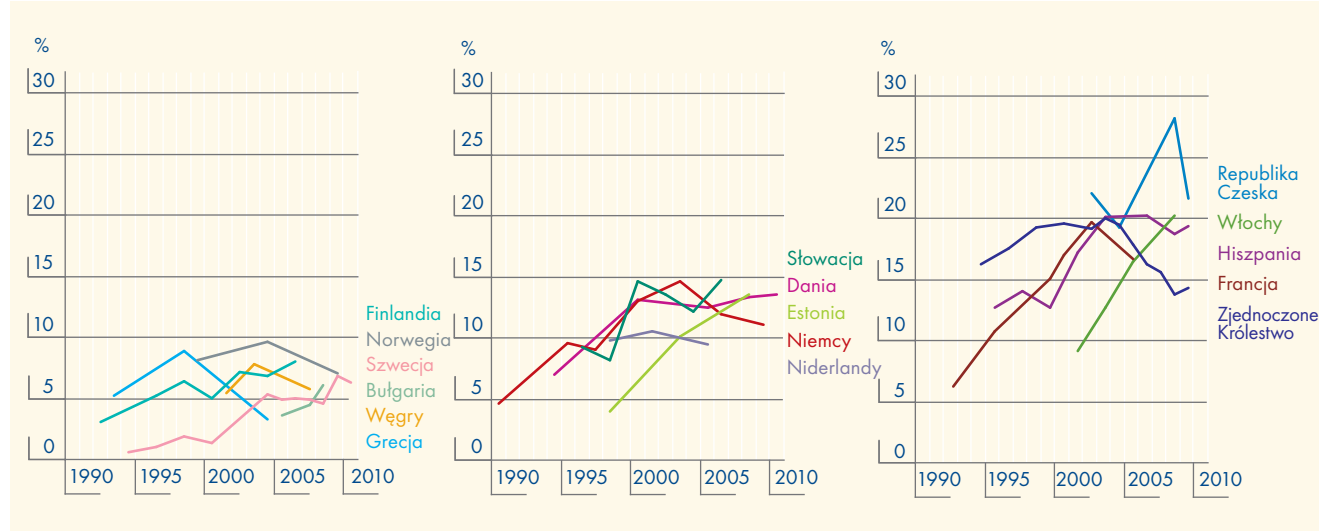
Tendencje w używaniu konopi indyjskich

Pod koniec lat 90. XX wieku i na początku XXI wieku wiele krajów europejskich zgłaszało wzrost używania konopi indyjskich, widoczny zarówno w badaniach ankietowych populacji ogólnej, jak i w badaniach przeprowadzonych w szkołach. Od tego czasu sytuacja w Europie stała się bardziej skomplikowana. Wiele krajów zgłasza, że używanie konopi indyjskich stabilizuje się lub nawet maleje, natomiast mała liczba krajów (Bułgaria, Estonia, Finlandia i Szwecja) może doświadczać wzrostu wskaźników używania tego narkotyku. Chociaż prawie wszystkie kraje europejskie przeprowadziły w ostatnich latach badania ankietowe populacji ogólnej, jedynie szesnaście krajów przekazało dane wystarczające do analizy tendencji w używaniu konopi indyjskich w dłuższej perspektywie czasowej.

Tendencje występujące w tych szesnastu krajach można pogrupować według wskaźników używania (wykres 5). Po pierwsze, grupa sześciu krajów (Bułgaria, Grecja, Węgry, Finlandia, Szwecja i Norwegia), położonych głównie na północy i południowym wschodzie Europy, zawsze zgłaszała w grupie wiekowej od 15 do 34 lat niski

wskaźnik używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku, tj. na poziomie nieprzekraczającym 10%. Po drugie, grupa pięciu krajów (Dania, Niemcy, Estonia, Niderlandy i Słowacja), położonych w różnych regionach Europy, zgłasza wyższe wskaźniki używania, ale według ostatnich badań ankietowych przeprowadzonych w tych państwach wskaźniki te nie przekraczają 15%. Wszystkie kraje w tej grupie, z wyjątkiem Niderlandów, zgłosiły znaczący wzrost wskaźników używania konopi indyjskich w latach 90. XX w. i na początku XXI w. Ta grupa krajów, z wyjątkiem Estonii, zgłaszała w następnym dziesięcioleciu tendencję w coraz większym stopniu stabilną. Istnieje wreszcie grupa pięciu krajów, które w pewnym momencie w ciągu ostatnich 10 lat osiągnęły najwyższy poziom używania konopi indyjskich w Europie, przy czym wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych w tym regionie wynosił 20% lub więcej. Do grupy tej należą kraje znajdujące się na południu i zachodzie Europy (Francja, Hiszpania, Włochy i Zjednoczone Królestwo) oraz Republika Czeska. W tej grupie mogą występować różne tendencje. Podczas gdy Zjednoczone Królestwo i, w mniejszym stopniu, Francja zgłosiły spadek wskaźników używania w swoich ostatnich badaniach ankietowych, Hiszpania od 2003 r. donosi o stosunkowo stabilnej sytuacji. Wszystkie te trzy kraje zgłosiły wzrost wskaźników używania konopi indyjskich w latach 90. XX w. Włochy i Republika Czeska zgłosiły wzrost, po którym w ostatnich latach nastąpił spadek. Różnice w metodach przeprowadzania badań ankietowych oraz w liczbie odpowiedzi nie pozwalają jednak na potwierdzenie najnowszych tendencji w tych dwóch krajach.

Wykres 5: Tendencje dotyczące wskaźnika używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat); kraje posiadające przynajmniej trzy badania ankietowe i pogrupowane według najwyższego wskaźnika używania narkotyku (poniżej 10%, 10–15%, powyżej 15%)



UWAGA: Republika Czeska szuka przyczyn dużego zróżnicowania wyników badań ankietowych, co po części wydaje się być związane ze zmianą metod. Dane są podane dla celów informacyjnych, ale porównania należy traktować ostrożnie. Więcej informacji – zob. wykres GPS-4 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox (2010), informacje zebrane z badań ankietowych populacji, sprawozdań lub artykułów naukowych.

⁽⁵⁰⁾ Zob. tabela EYE-20 (część ii) i (część iii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Warto zwrócić uwagę na szczególny przypadek Zjednoczonego Królestwa, gdzie badania ankietowe przeprowadzane są co roku. Po okresie występowania na początku XXI w. najwyższych w Europie wskaźników używania konopi indyjskich, wskaźnik używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku spadł w 2010 r. poniżej średniej unijnej po raz pierwszy od czasu rozpoczęcia monitorowania w UE.

Odnotowana stabilizacja lub spadek używania konopi indyjskich odnoszą się do używania tego narkotyku w ciągu ostatniego roku, co obejmuje także rekreacyjne wzory używania. Nie jest jednak jasne, czy ustabilizowało się także używanie intensywne i długotrwałe.

W całej Europie można było zauważyć podobne wzory w tendencjach czasowych w zakresie używania konopi indyjskich wśród uczniów w latach 1995–2007 (EMCDDA, 2009a). Siedem państw, głównie z północnej lub południowej Europy, zgłosiło ogólnie stabilny i niski wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich dla całego tego okresu. W 2007 r. spadek lub stabilizację odnotowała większość państw zachodnioeuropejskich, a także Słowenia i Chorwacja (łącznie 11 krajów), w których do 2003 r. wskaźnik

przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich był wysoki lub szybko rosnący. W większości państw środkowej i wschodniej Europy obserwowana tam w latach 1995–2003 tendencja wzrostowa wydaje się ulec wyrównaniu. W tym regionie sześć krajów zgłosiło w okresie od 2003 do 2007 r. sytuację stabilną, a dwa – wzrost wskaźników używania.

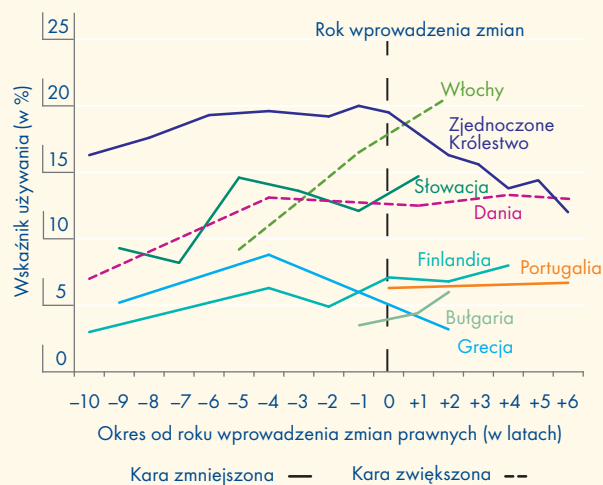
Nowe dane z badań ankietowych prowadzonych w szkołach w ramach ostatniego badania nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci w wieku szkolnym (HBSC) również wskazują na ogólnie stabilną lub malejącą tendencję w używaniu narkotyków przez uczniów (w wieku od 15 do 16 lat) w większości krajów w latach 2006–2010. W Anglii wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów zmniejszył się prawie o połowę – z 40% w 2002 r. do 22% w 2010 r. – co stanowi odzwierciedlenie tendencji występującej wśród osób dorosłych. W Niemczech wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich wśród uczniów również zmniejszył się o połowę – z 24% w 2002 r. do 11% w 2010 r. W Republice Czeskiej, Grecji, na Łotwie, Litwie, w Rumunii i Słowenii odnotowano jednak wzrost wskaźników używania od 2006 r.

Analiza związku między karami a używaniem konopi indyjskich

W ciągu ostatnich dziesięciu lat pewna liczba krajów europejskich zmieniła swoje przepisy antynarkotykowe dotyczące konopi indyjskich. Wiele z tych krajów posiada szacunkowe wskaźniki używania tego narkotyku przed wprowadzeniem zmian prawnych i po wprowadzeniu. Przy wykorzystaniu tych danych zwykle porównanie sytuacji przed zmianami i po nich może umożliwić zbadanie, czy w latach po wprowadzeniu zmian prawnych można zaobserwować zauważalną zmianę wskaźników używania konopi indyjskich. Ponieważ używanie konopi indyjskich jest najbardziej rozpowszechnione w młodszych grupach wiekowych, analizę przeprowadzono z wykorzystaniem danych dotyczących używania tego narkotyku wśród osób w wieku od 15 do 34 lat. Na wykresie wskaźnik używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku jest wykreślony w zależności od czasu, przy czym zero na osi poziomej oznacza rok wprowadzenia zmian prawnych. Ze względu na różnice między krajami pod względem roku, w którym dokonano zmiany przepisów, oraz zakresu danych z badań ankietowych, linie tendencji obejmują różne okresy.

Kraje, w których podwyższono karę za posiadanie konopi indyjskich, są przedstawione na wykresie liniami przerywanymi, a te, w których zmniejszono karę, liniami ciągłymi. Hipoteza dotycząca wpływu prawnego określa w swojej najprostszej formie, że zmiana prawa doprowadzi do zmiany wskaźników używania, przy czym wyższe kary spowodują spadek używania narkotyków, a mniejsze kary wywołają wzrost używania

narkotyków. Zgodnie z tą hipotezą po zmianie przepisów linie przerywane obniżałyby się, a linie ciągłe wznosiłyby się. W omawianym okresie dziesięciu lat nie można jednak – w odniesieniu do tych krajów – zaobserwować prostego związku między zmianami prawnymi a wskaźnikiem używania konopi indyjskich.



UWAGA: Zmiany prawne miały miejsce w latach 2001–2006; zob. rozdział 1 oraz ELDD – przegląd tematyczny dotyczący posiadania narkotyków.

Dane dotyczące tendencji długoterminowych, pochodzące z badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach w Australii i Stanach Zjednoczonych, również wskazują na spadkową tendencję w używaniu konopi indyjskich do 2009 r. ⁽⁵¹⁾. Najnowsze badanie ankietowe przeprowadzone w 2010 r. w szkołach w Stanach Zjednoczonych wskazuje jednak na możliwy ponowny wzrost używania konopi indyjskich – uczniowie deklarowali wyższy poziom używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku i mniejszą dezaprobatę dla tego narkotyku (Johnston i in., 2010). W badaniu ankietowym z 2010 r. amerykańscy uczniowie w wieku od 15 do 16 lat zgłosili wskaźniki używania konopi indyjskich wyższe pod pewnymi względami niż wskaźniki palenia papierosów: 16,7% uczniów używało konopi indyjskich w ciągu ostatniego miesiąca, natomiast tylko 13,6% paliło papierosy (Johnston i in., 2010).

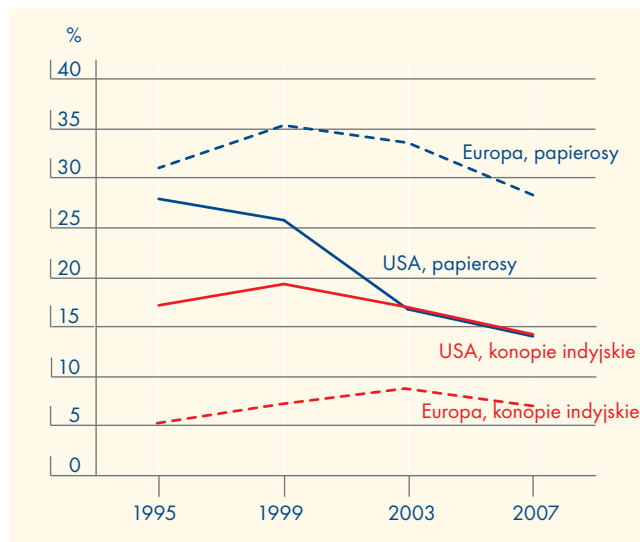
Wśród uczniów w Europie sytuacja jest odmienna – wskaźniki palenia papierosów w ciągu ostatniego miesiąca pozostają znacznie wyższe niż te dotyczące używania konopi indyjskich. W latach 2003–2007 w badaniach ankietowych ESPAD przeprowadzonych w szkołach w 23 krajach UE zgłoszono ogólny spadek wskaźnika palenia papierosów w ciągu ostatniego miesiąca (z 33% do 28%) oraz spadek, a przynajmniej stabilizację, wskaźnika używania konopi indyjskich (z 9% do 7%) (wykres 6). W Europie, gdzie konopie indyjskie i tytoń zazwyczaj miesza się ze sobą w celu palenia, spadek rozpowszechnienia palenia tytoniu może mieć pewien wpływ na tendencje dotyczące konopi indyjskich.

Wzory używania konopi indyjskich

Dostępne dane wskazują na występowanie różnorodnych wzorów używania konopi indyjskich – od używania eksperymentalnego po uzależnienie. Wiele osób na ogół zaprzestaje używania tego narkotyku po jedno- lub dwukrotnym użyciu, inne używają go sporadycznie lub przez ograniczony czas. Wśród osób w wieku od 15 do 64 lat, które przynajmniej jednokrotnie użyły konopi indyjskich, 70% nie zrobiło tego w ciągu ostatniego roku ⁽⁵²⁾. Wśród osób, które używały tego narkotyku w ostatnim roku, prawie połowa uczyniła to w ostatnim miesiącu, co może wskazywać na bardziej regularne używanie. Proporcje te jednak różnią się znacznie w zależności od kraju i płci.

Używanie konopi indyjskich jest szczególnie wysokie w określonych grupach młodych osób, na przykład częstych bywalców klubów nocnych, barów i imprez muzycznych. Ukierunkowane badania ankietowe przeprowadzone niedawno w nocnych lokalach rozrywkowych oraz miejscach związanych z muzyką

Wykres 6: Tendencje dotyczące wskaźnika używania konopi indyjskich i palenia papierosów w ciągu ostatniego miesiąca wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat w 17 krajach europejskich i w Stanach Zjednoczonych



UWAGA: Europejska średnia (nieważona) oparta jest na uczniach w wieku od 15 do 16 lat w 15 krajach UE wraz z Chorwacją i Norwegią. Średnia dotycząca uczniów z USA oparta jest na próbie około 16 000 uczniów 10. klasy (w wieku od 15 do 16 lat).

Źródło: Hibell i in. (2009), Johnston i in. (2010).

dance w Belgii, Republice Czeskiej, Niemczech, na Litwie i w Zjednoczonym Królestwie wskazują na wskaźniki używania narkotyków znacznie wyższe niż wynosi europejska średnia dla młodych osób dorosłych. Używanie konopi indyjskich często wiąże się także z nadużywaniem alkoholu: młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat), które spożywały alkohol często lub w dużych ilościach, przypuszczalnie dwa do sześciu razy częściej zgłaszały używanie konopi indyjskich niż populacja ogólna.

Rodzaje produktów otrzymanych z konopi indyjskich i sposoby ich używania mogą wiązać się z odmiennymi zagrożeniami. Wzory używania konopi indyjskich, których wynikiem jest przyjmowanie dużych dawek narkotyku, mogą narażać osoby używające tego narkotyku na większe ryzyko rozwinięcia się uzależnienia lub innych problemów (Chabrol i in., 2003; Swift i in., 1998). Przykłady takich praktyk obejmują używanie konopi indyjskich o bardzo wysokiej zawartości THC lub w dużych ilościach oraz stosowanie fajki wodnej.

W badaniach ankietowych populacji ogólnej rzadko istnieje rozróżnienie między używaniem różnych rodzajów konopi indyjskich. W badaniu ankietowym populacji ogólnej w Zjednoczonym Królestwie wprowadzono jednak w 2009 r. nowe pytania, aby określić wskaźnik używania marihuany, w tym tzw. „skunka” (nazwa uliczna odmiany tego narkotyku charakteryzującej się na ogół dużą siłą działania). W ramach brytyjskich badań przestępczości

⁽⁵¹⁾ Zob. wykres EYE-2 (część vi) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁵²⁾ Zob. wykres GPS-2 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

w latach 2009–2010 oszacowano, że ok. 12,3% dorosłych przynajmniej jednokrotnie użyło narkotyku, który uważały za „skunk”. Choć podobny odsetek osób używających konopi indyjskich deklaruje przynajmniej jednokrotne użycie marihuany (50%) i haszyszu (49%), osoby używające tego narkotyku w ciągu ostatniego roku przypuszczalnie częściej używały marihuany (71%) niż haszyszu (38%) (Hoare i Moon, 2010). Choć szacunków tych nie można uogólniać w odniesieniu do innych populacji w Europie, to wyniki te odzwierciedlają pewne zmiany w używaniu konopi indyjskich z upływem czasu.

Dane z próby 14 państw europejskich, w których mieszka 65% dorosłej ludności Unii Europejskiej i Norwegii, wskazują na to, że prawie połowa osób, które użyły konopi indyjskich w ostatnim miesiącu, używała tego narkotyku w ciągu 1–3 dni tego miesiąca, ok. jedna trzecia – w ciągu 4–19 dni, a jedna piąta – w ciągu 20 lub więcej dni. W większości z tych 14 krajów kobiety częściej używają konopi indyjskich sporadycznie, natomiast większość osób używających konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie to mężczyźni (wykres 7). Z danych tych wynika, że w wielu krajach mężczyźni używający konopi indyjskich wydają się być szczególnie zagrożeni częstym używaniem tego narkotyku, co należy uwzględnić przy opracowywaniu działań w zakresie profilaktyki.

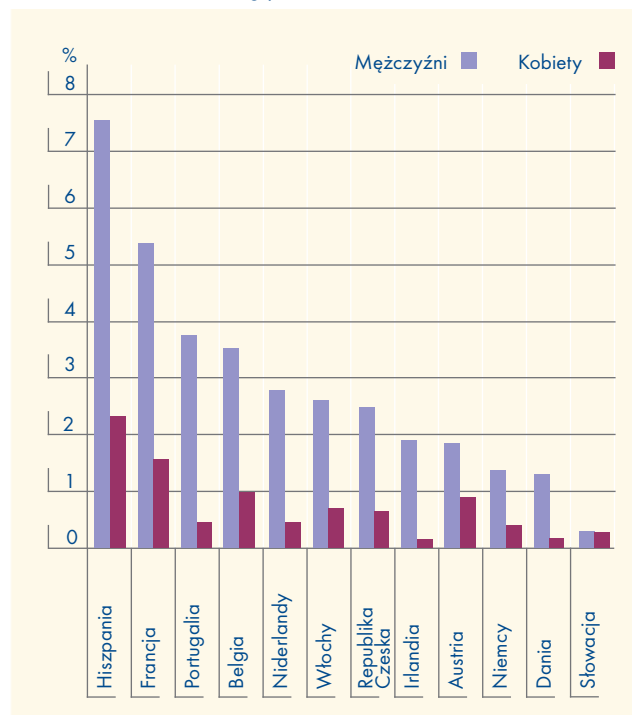
Nowe dane na temat używania narkotyków przez nastolatków wskazują na to, że codzienne używanie konopi indyjskich stanowi nasilający się problem również w Stanach Zjednoczonych. Wskaźnik codziennego używania konopi indyjskich znacznie wzrósł – do 6% w 2010 r. wśród uczniów szkół średnich w wieku od 17 do 18 lat (Johnston i in., 2010).

Coraz częściej uzależnienie uznaje się za potencjalne następstwo regularnego używania konopi indyjskich, nawet wśród młodszych osób, a w pewnych krajach europejskich rośnie liczba osób poszukujących pomocy w związku z używaniem konopi indyjskich (zob. poniżej). Istnieją jednak doniesienia, że połowa osób uzależnionych od konopi indyjskich, które zaprzestały używania tego narkotyku, była w stanie to osiągnąć bez leczenia (Cunningham, 2000). Niektóre osoby używające konopi indyjskich, zwłaszcza intensywnie, mogą doświadczać powiązanych z tym problemów, przy czym osoby te niekoniecznie spełniają kliniczne kryteria uzależnienia.

Zapotrzebowanie na leczenie

W 2009 r. konopie indyjskie stanowiły podstawowy narkotyk w ok. 98 000 zgłoszonych przypadków rozpoczęcia leczenia w 26 krajach (23% ogółu osób

Wykres 7: Wskaźnik używania konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat), według płci



UWAGA: Osoby, które w wywiadzie zadeklarowały używanie konopi indyjskich przez co najmniej 20 dni w ciągu poprzednich 30 dni, określane są w tekstach jako „osoby używające substancji codziennie lub prawie codziennie”. Więcej informacji – zob. tabela GPS-10 (część iv) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków), co daje temu narkotykowi drugą po heroinie pozycję wśród najczęściej zgłaszanych narkotyków. Konopie indyjskie były także najczęściej zgłaszanym narkotykiem dodatkowym, deklarowanym przez ok. 93 000 pacjentów (28%). Osoby używające konopi indyjskich jako podstawowego narkotyku stanowią ponad 30% osób rozpoczynających leczenie w Belgii, Danii, Niemczech, we Francji, na Węgrzech, w Niderlandach i Polsce, ale mniej niż 10% w Bułgarii, Estonii, Grecji, na Litwie, Malcie, w Rumunii i Słowenii⁽⁵³⁾.

Różnice we wskaźnikach używania konopi indyjskich i dotyczące problemów związanych z tym narkotykiem nie są jedynymi czynnikami tłumaczącymi różnice między krajami pod względem wskaźników dotyczących leczenia. Ważne są również inne czynniki, takie jak praktyki w zakresie kierowania na leczenie oraz poziom i rodzaj dostępu do leczenia. Przykłady takiego stanu rzeczy są widoczne we Francji i na Węgrzech – w dwóch krajach, które zgłaszają wysoki odsetek osób używających konopi indyjskie, które rozpoczynają leczenie. Francja posiada system ośrodków poradnictwa, które kierują

⁽⁵³⁾ Zob. wykres TDI-2 (część ii) oraz tabele TDI-5 (część ii) i TDI-22 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

swoją działalność do młodych osób⁽⁵⁴⁾. Na Węgrzech osoby naruszające prawo narkotykowe w zakresie konopi indyjskich mają możliwość podjęcia leczenia odwykowego jako alternatywy dla kary, co również może być powodem wzrostu liczby pacjentów.

Jeśli chodzi o tendencje w ciągu ostatnich dziesięciu lat, to spośród 21 krajów, dla których dostępne są dane, wszystkie kraje, z wyjątkiem Bułgarii, zgłaszają wzrost odsetka pacjentów po raz pierwszy rozpoczynających leczenie z powodu używania konopi indyjskich. W 18 państwach, dla których dostępne są dane, liczba osób, które używają konopi indyjskich jako podstawowego narkotyku, wśród osób, które zgłosiły rozpoczęcie leczenia po raz pierwszy, wzrosła w latach 2004–2009 o ok. 40% – z 27 000 do 38 000⁽⁵⁵⁾. Najnowsze dane (za lata 2008–2009) wskazują na utrzymującą się tendencję zwyżkową w większości krajów przedstawiających sprawozdanie.

Profil pacjentów

Pacjenci używający konopi indyjskich podejmują przeważnie leczenie ambulatoryjne i – zgodnie z przekazanymi danymi – stanowią jedną z najmłodszych grup pacjentów rozpoczynających leczenie – średnia wieku w tej grupie wynosi 25 lat. Młode osoby deklarujące konopie indyjskie jako podstawowy narkotyk stanowią 74% zgłoszonej liczby osób w wieku od 15 do 19 lat, które rozpoczynają leczenie, i 86% osób w wieku poniżej 15 lat. Stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet należy do najwyższych wśród pacjentów używających narkotyków (ok. pięciu mężczyzn przypada na jedną kobietę). W sumie 49% pacjentów deklarujących konopie indyjskie jako narkotyk podstawowy to osoby używające tego narkotyku codziennie, ok. 18% używa go 2–6 razy w tygodniu, 12% używa konopi indyjskich raz w tygodniu lub rzadziej, a 22% to osoby używające tego narkotyku sporadycznie, przy czym niektóre z nich używały go w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia. Proporcje te różnią się w zależności od kraju⁽⁵⁶⁾.

Leczenie

Dostęp do leczenia

W Europie leczenie uzależnienia od konopi indyjskich obejmuje wiele różnych środków, w tym leczenie z wykorzystaniem Internetu, poradnictwo i systemowe interwencje psychospołeczne oraz leczenie w ośrodkach zamkniętych. Profilaktyka selektywna, profilaktyka

Negatywne skutki zdrowotne używania konopi indyjskich

Powszechnie przyjmuje się, że indywidualne ryzyko dla zdrowia związane z używaniem konopi indyjskich jest niższe niż ryzyko związane z takimi narkotykami, jak heroina czy kokaina. Ze względu na wysokie rozpowszechnienie używania konopi indyjskich wpływ tego narkotyku na zdrowie publiczne może być jednak znaczny.

Zidentyfikowano wiele ostrych i przewlekłych problemów zdrowotnych związanych z używaniem konopi indyjskich. Do ostrych efektów niepożądanych należą lęki, panika i objawy psychotyczne, które mogą być częściej zgłaszane przez osoby używające tego narkotyku po raz pierwszy. Używanie konopi indyjskich może również zwiększać ryzyko udziału w wypadkach komunikacyjnych.

Udokumentowano efekty długoterminowe związane z używaniem konopi indyjskich, w tym uzależnienie i pewne choroby układu oddechowego. Wpływ używania konopi indyjskich na sprawność kognitywną pozostaje niejasny. Regularne używanie konopi indyjskich w okresie dorastania może negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne młodych osób dorosłych, przy czym istnieją dowody na rosnące wraz z częstością używania ryzyko objawów psychotycznych i zaburzeń psychicznych (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall i Degenhardt, 2009; Moore i in., 2007).

wskazująca oraz interwencje w zakresie leczenia często się także pokrywają (zob. rozdział 2).

Leczenie uzależnienia do konopi indyjskich jest prowadzone głównie w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych, a w ponad połowie państw członkowskich dostępne są obecnie usługi ukierunkowane specjalnie na problemy związane z tym narkotykiem, np. w całej Francji utworzono ponad 300 ośrodków poradnictwa dla młodzieży, które zaspokajają przede wszystkim potrzeby młodych osób mających problemy spowodowane używaniem konopi indyjskich. W Niemczech, oprócz kilku programów dotyczących konopi indyjskich, 161 ośrodków poradnictwa przyjęło program pod nazwą „Zrealizuj to”, w ramach którego pacjenci muszą wyznaczyć sobie cele w zakresie kontrolowania używania narkotyków; program ten uwzględnia także czynniki indywidualne i środowiskowe związane z używaniem konopi indyjskich. Z interwencji tej, realizowanej w postaci pięciu sesji w okresie 10 tygodni, korzysta rocznie do 1400 osób używających konopi indyjskich. Na Węgrzech ogromna większość (80%)

⁽⁵⁴⁾ Ponadto we Francji wiele osób używających opioidów jest leczonych przez lekarzy pierwszego kontaktu i osoby te nie są uwzględnione we wskaźniku zgłaszalności do leczenia, co powoduje zawyżenie odsetków osób używających innych narkotyków.

⁽⁵⁵⁾ Zob. wykres TDI-1 (część i) i (część ii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁵⁶⁾ Zob. tabele TDI-10 (część ii) i (część iii), TDI-11 (część i), TDI-18 (część ii), TDI-21 (część ii), TDI-24, TDI-103 (część vii) oraz TDI-111 (część viii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

pacjentów leczonych z powodu konopi indyjskich korzysta z usług profilaktyczno-doradczych, które są świadczone przez akredytowane organizacje.

Niemcy i Niderlandy były szczególnie aktywne, jeśli chodzi o opracowywanie programów dotyczących konopi indyjskich. Problemy wynikające z używania konopi indyjskich powszechnie wiążą się z problemami spowodowanymi innymi substancjami lub problemami psychospołecznymi, co odzwierciedlone jest w rodzajach programów dostępnych dla osób używających konopi indyjskich. W Amsterdamskim Ośrodku Medycznym opracowano np. rodzinną interwencję motywacyjną dla używających konopi indyjskich młodych osób ze schizofrenią oraz dla ich rodziców (holenderskie sprawozdanie krajowe sieci Reitox, 2009). Randomizowane badanie kontrolowane wskazuje na pozytywne wyniki tej interwencji. Po trzech miesiącach młode osoby uczestniczące w tym badaniu deklarywały ograniczenie używania konopi indyjskich i zmniejszenie objawów głodu narkotykowego, natomiast rodzice deklarywali obniżony poziom stresu i lepsze samopoczucie. Przypadki współwystępowania używania konopi indyjskich i problemów psychiatrycznych, takich jak psychoza lub depresja, wymagają stosowania zintegrowanego podejścia przez specjalistyczne placówki lecznicze i ośrodki zdrowia psychicznego. W praktyce jednak leczenie podwójnego rozpoznania często jest nadal prowadzone po kolei, a współpraca między podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki wciąż jest trudna.

W niedawnym badaniu niemieckim przewiduje się, że w przyszłości coraz większa liczba osób będzie zabiegała o leczenie z powodu problemów związanych z używaniem konopi indyjskich, zwłaszcza wśród nastolatków i młodych osób dorosłych płci męskiej. Obecnie szacowany odsetek osób używających narkotyków, które korzystają z usług placówek antynarkotykowych w Niemczech, wskazuje na to, że chociaż wyspecjalizowane usługi w zakresie leczenia uzależnień mogą docierać do 45–60% osób uzależnionych od opioidów, to usługi takie docierają zaledwie do 4–8% osób używających konopi indyjskich, co do których szacuje się, że potrzebują leczenia. W pewnych przypadkach interwencje z wykorzystaniem Internetu, które są obecnie dostępne w trzech państwach członkowskich, mogą zapewniać dalsze możliwości leczenia osobom używającym konopi indyjskich, które szukają wsparcia, ale nie chcą korzystać z tradycyjnych usług leczenia.

Najnowsze badania naukowe nad leczeniem osób używających konopi indyjskich

Mimo rosnącego zapotrzebowania na leczenie uzależnienia od konopi indyjskich, badania dotyczące

Używanie konopi indyjskich w Stanach Zjednoczonych do celów medycznych

Od 1996 r. 15 stanów i Dystrykt Kolumbii przyjęły przepisy zezwalające na posiadanie na własny użytek określonej ilości konopi indyjskich do celów medycznych. Pacjent musi mieć pisemne zalecenie od lekarza we wszystkich stanach, z wyjątkiem Kalifornii i Maine, gdzie zalecenie takie może być ustne. We wszystkich stanach z wyjątkiem Waszyngtonu utworzone są poufne rejestry z dowodami tożsamości pacjentów, a w niektórych stanach takie rejestry są obowiązkowe. Chociaż każdy stan ma własną listę schorzeń, w większości konopie indyjskie dopuszczone są na potrzeby leczenia bólu „przewlekłego”, „silnego” lub „trudnego w leczeniu”.

Prawie we wszystkich stanach przyjęto model tzw. „opiekuna” (ang. „caregiver”), który polega na tym, że wyznaczona osoba ma zezwolenie na uprawianie ograniczonych ilości konopi indyjskich na użytek pacjenta. W zależności od stanu pacjenci mogą wyznaczyć jednego opiekuna lub dwóch, a opiekunowie mogą zaopatrywać do pięciu pacjentów. Dozwolona ilość wynosi od 1 uncji – ok. 28 gramów – (Alaska, Montana, Nevada) do 24 uncji (Oregon, Waszyngton) marihuany nadającej się do użytku oraz od 6 do 24 roślin, z których część powinna być „niedojrzała”. W około połowie stanów dozwolone jest dostarczanie konopi indyjskich do celów medycznych przez apteki niekomercyjne lub stanowe placówki lecznicze. We wszystkich jurysdykcjach poza dwoma, tj. stanem New Jersey i Waszyngtonem, D.C., pacjentom zezwala się na uprawianie własnych konopi indyjskich do celów medycznych.

W prawie federalnym natomiast konopie indyjskie są sklasyfikowane jako niebezpieczna substancja nieposiadająca zastosowania medycznego. Umożliwia to rządowi federalnemu ściganie sędownie wszystkich osób używających konopi indyjskich lub będących dostawcami tego narkotyku. W październiku 2009 r. zastępca prokuratora generalnego wydał notatkę dla prokuratorów federalnych, aby oskarżeń w sprawach związanych z używaniem konopi indyjskich w celach medycznych nie traktować priorytetowo, jeżeli prawo stanowe zezwala na takie używanie.

oceny takiego leczenia wciąż są rzadkością w porównaniu z badaniami dotyczącymi innych nielegalnych narkotyków. Niemniej jednak takie badania rozwijają się w Europie – obecnie są prowadzone w Niemczech, Danii, Hiszpanii, Francji i Niderlandach.

W pewnej liczbie tych badań potwierdzono, że interwencje psychospołeczne mogą przynosić pozytywne wyniki w przypadku osób używających konopi indyjskich. Jest tak np. w przypadku wielowymiarowej terapii rodzinnej – szeroko zakrojonej, ambulatoryjnej interwencji

rodzinnej ukierunkowanej na nastolatków z problemami behawioralnymi i związanymi z używaniem narkotyków (Liddle i in., 2009). Istnieją doniesienia, że terapia ta przynosi sukcesy pod względem ograniczenia używania narkotyków. Wnioski z porównania z innymi dostępnymi metodami leczenia w ramach przekrojowej próby prowadzonej w wielu lokalizacjach były jednak niejasne. Skłoniło to EMCDDA do zlecenia metaanalizy badań europejskich i amerykańskich.

Inne interwencje psychospołeczne, które są obecnie oceniane, obejmują psychoedukację (w oparciu o elementy

terapii behawioralnej i rozmów motywacyjnych) oraz zapobieganie nawrotowi uzależnienia, interwencje krótkoterminowe, system gratyfikacji i kar oraz różne rodzaje terapii poznawczo-behawioralnej.

Prowadzone są także badania nad produktami farmakologicznymi, które mogą wspierać interwencje psychospołeczne (Vandrey i Haney, 2009). Trzy główne kierunki badań prowadzonych aktualnie w tej dziedzinie dotyczą możliwości stosowania leków w celu złagodzenia objawów odstawienia konopi indyjskich, głodu narkotykowego lub używania (Marshall, K. i in., 2011).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Rozdział 4

Amfetaminy, ecstasy, substancje halucynogenne, GHB i ketamina

Wprowadzenie

Amfetaminy (nazwa rodzajowa obejmująca zarówno amfetaminę, jak i metamfetaminę) oraz ecstasy należą do najbardziej rozpowszechnionych nielegalnych narkotyków w Europie. W wielu państwach ecstasy lub amfetaminy to druga po konopiach indyjskich najczęściej używana nielegalna substancja. Ponadto w niektórych krajach używanie amfetamin stanowi ważny element problemu narkotykowego, odpowiedzialny za znaczny odsetek osób wymagających leczenia.

Amfetamina i metamfetamina pobudzają ośrodkowy układ nerwowy. Z tych dwóch narkotyków amfetamina jest zdecydowanie najbardziej dostępnym narkotykiem w Europie, podczas gdy znaczne wskaźniki używania metamfetaminy w przeszłości ograniczały się do Republiki Czeskiej i Słowacji. Ostatnio niektóre kraje na północy Europy zgłaszały większą obecność tego narkotyku na swoich rynkach amfetamin.

Nazwa „ecstasy” odnosi się do substancji syntetycznych o składzie chemicznym zbliżonym do amfetamin, ale

różniącym się w pewnym stopniu skutkami działania. Najbardziej znaną substancją z grupy ecstasy jest 3,4-metylenodioksymetamfetamina (MDMA), chociaż w tabletkach ecstasy znajdują się czasem również inne analogi (MDA, MDEA). Popularność tego narkotyku jest historycznie związana ze sceną muzyki dance. Chociaż ecstasy nadal jest popularne w tym otoczeniu, w ostatnich latach w wielu krajach europejskich nastąpił stopniowy spadek używania i dostępności tego narkotyku.

Najbardziej znanym w Europie syntetycznym narkotykiem halucynogennym jest dietyloamid kwasu lizergowego (LSD). Jego spożycie jest niewielkie i – w znacznym okresie – raczej stabilne. Wydaje się, że w ostatnich latach wzrosło zainteresowanie młodzieży substancjami halucynogennymi występującymi w naturze, np. w grzybach halucynogennych. Od połowy lat 90. XX w. rekreacyjne używanie ketaminy i kwasu gamma-hydroksymasłowego (GHB) – środków znieczulających powszechnie stosowanych w medycynie i weterynarii – zgłaszano w pewnych środowiskach i w niektórych podgrupach osób używających narkotyków w Europie. Nielegalne używanie

Tabela 5: Konfiskaty, cena i czystość amfetaminy, metamfetaminy, ecstasy i LSD

	Amfetamina	Metamfetamina	Ecstasy	LSD
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	33	31	5,4	0,1
Skonfiskowana ilość UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją) ⁽¹⁾	5,3 tony (6,5 tony)	500 kilogramów (600 kilogramów)	Tabletki 1,9 mln (2,4 mln)	Jednostki 59 700 (59 700)
Liczba konfiskat UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	34 000 (34 200)	7400 (7400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Średnia cena detaliczna (w EUR)	Gram	Gram	Tabletka	Dawka
Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽²⁾	8-42 (10-23)	9-71	3-16 (4-9)	4-29 (7-11)
Średnia czystość lub zawartość MDMA				
Rozstęp (Rozstęp międzykwartylowy) ⁽²⁾	1-29% (6-21%)	10-76% (25-64%)	3-108 mg (26-63 mg)	b.d.

⁽¹⁾ Łączne ilości amfetaminy, ecstasy i LSD skonfiskowane w 2009 r. prawdopodobnie są oszacowane zbyt nisko, w dużej mierze z uwagi na brak najnowszych danych dotyczących Niderlandów – kraju, który do 2007 r. zgłaszał stosunkowo duże konfiskaty. Ze względu na brak danych za 2008 i 2009 r. wartości dotyczących Niderlandów nie można uwzględnić w europejskich wartościach szacunkowych za 2009 r.

⁽²⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.

UWAGA: Wszystkie dane dotyczą 2009 r.; b.d. – brak danych.

Źródło: Wartości globalne – UNODC (2011), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

tych substancji stało się przyczyną obaw służb lecznictwa w niektórych krajach europejskich.

Podaż i dostępność

Prekursory narkotyków

Amfetamina, metamfetamina i ekstazy są narkotykami syntetycznymi, których proces produkcji wymaga stosowania prekursorów chemicznych. Wiedzę na temat produkcji tych substancji można uzyskać z raportów dotyczących konfiskat chemikaliów objętych kontrolą – pozyskiwanych w sposób niedozwolony z legalnego handlu – które są niezbędne do wytwarzania tych substancji.

Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (INCB) donosi, że globalne konfiskaty 1-fenyl-2-propanonu (P2P, BMK), który może być stosowany do nielegalnego wytwarzania zarówno amfetaminy, jak i metamfetaminy, zmalały z 5620 litrów w 2008 r. do 4900 litrów w 2009 r., przy czym największe konfiskaty ponownie zgłosiły Chiny (2275 litrów w 2009 r.) i Rosja (1731 litrów w 2009 r.). W Unii Europejskiej konfiskaty P2P wzrosły z 62 litrów w 2008 r. do 635 litrów w 2009 r. Globalne konfiskaty dwóch głównych prekursorów metamfetaminy również wzrosły w 2009 r.: w przypadku efedryny z 22,6 tony w 2007 r. i 18 ton w 2008 r. do 42 ton, a w przypadku pseudoefedryny z 5,1 tony w 2008 r. do 7,2 tony w 2009 r., choć nadal jest to ilość mniejsza, niż 25 ton skonfiskowane w 2007 r. W państwach członkowskich UE skonfiskowano około 0,5 tony efedryny, czyli prawie dwa razy więcej niż w poprzednim roku, oraz 67 kilogramów pseudoefedryny.

Do wytwarzania MDMA stosuje się głównie dwa prekursory: 3,4-metylenodioksyfenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK) oraz safrol. Fakt, że w 2008 r. nie skonfiskowano PMK, a w 2009 r. skonfiskowano zaledwie 40 litrów może sugerować, że dostępność tej substancji pozostaje na niskim poziomie. Kontrastuje to z większą ilością konfiskat w latach poprzednich (8816 litrów w 2006 r., 2297 litrów w 2007 r.). Globalne konfiskaty safrolu, który może w coraz większym stopniu zastępować PMK w syntezie MDMA w Europie, zmalały do 1048 litrów w 2009 r. ze szczytowego poziomu 45 986 litrów w 2007 r. ⁽⁵⁷⁾. Wszystkie konfiskaty PMK oraz większość konfiskat safrolu w 2008 r. miała miejsce w Unii Europejskiej.

Międzynarodowe działania na rzecz zapobiegania zmianie zastosowania chemikaliów będących prekursorami stosowanymi do nielegalnej produkcji narkotyków

Różnicowanie podaży prekursorów do produkcji syntetycznych narkotyków w Europie

Narkotyki syntetyczne, w tym ekstazy (MDMA, MDEA, MDA) i amfetamina, są nielegalnie wytwarzane w Europie z importowanych prekursorów. W odpowiedzi na rosnącą efektywność międzynarodowych działań kontrolnych niektórzy nielegalni producenci obecnie syntetyzują prekursory z tak zwanych „pre-prekursorów”, zamiast je kupować. Co więcej, producenci przed importem ukrywają tradycyjne prekursory pod postacią innych substancji chemicznych, które nie podlegają kontroli (Europol, 2007, INCB, 2011a).

Zjawisko to odzwierciedla się w ostatnich wahaniami na europejskim rynku ekstazy. Po wprowadzeniu skutecznych środków mających na celu ograniczenie wprowadzania na rynek nielegalny PMK ⁽¹⁾, który jest prekursorem MDMA, wydaje się, że jako substancje wyjściowe w syntezie MDMA zaczęto wykorzystywać szereg pre-prekursorów, w tym safrol.

PMK podlega kontroli międzynarodowej zarówno na mocy konwencji ONZ z 1988 r., jak i przepisów europejskich. Legalny międzynarodowy handel PMK ma niewielkie rozmiary i ogranicza się do kilku krajów. Safrol otrzymuje się z bogatych w niego olejków eterycznych uzyskiwanych z kilku gatunków roślin rosnących w Ameryce Południowej oraz południowo-wschodniej Azji (TNI, 2009). Chociaż safrol jest substancją, która znajduje się w wykazie substancji kontrolowanych, handel olejkami eterycznymi, które go zawierają, nie podlega kontroli. Safrol jest również powszechnie stosowany na całym świecie do produkcji perfum i środków owadobójczych, co może ograniczać wpływ międzynarodowych środków kontrolnych.

Dane z Niderlandów, kraju najsilniej związanego z produkcją ekstazy, sugerują, że wielu producentów tego narkotyku częściej używało jako substancji wyjściowej safrolu niż PMK. W okresie od listopada 2009 r. do października 2010 r. Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających otrzymał doniesienia o ok. 40 legalnych transportach safrolu, w których przewieziono łącznie 101 840 litrów. Jednakże liczba zgłoszeń dotyczących podejrzanych ładunków pozostaje na niskim poziomie w porównaniu z szacowaną ilością produkowanej ekstazy (INCB, 2011a). W 2009 i 2010 r. skonfiskowano ok. 1050 litrów safrolu i bogatych w niego olejków, głównie na Litwie, natomiast sąsiadująca z nią Łotwa zgłosiła skonfiskowanie 1841 litrów w 2008 r. (INCB, 2011a).

⁽¹⁾ 3,4-metylenodioksyfenyl-2-propanon.

syntetycznych są koordynowane za pośrednictwem projektu Pryzmat. W projekcie tym wykorzystywany jest system przedeksportowych powiadomień w przypadku legalnego handlu oraz zgłaszanie zatrzymanych

⁽⁵⁷⁾ Zob. ramka „Różnicowanie podaży prekursorów do produkcji syntetycznych narkotyków w Europie”

i skonfiskowanych przesyłek w razie pojawienia się podejrzanych transakcji. Informacje na temat działań w tym obszarze są zgłaszane do Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (INCB, 2011b). Kolejną nową inicjatywą INCB jest opublikowanie pakietu wytycznych, które mają wspomagać rządy państw w ustanowieniu – przy współpracy z przemysłowym producentami chemikaliów – dobrowolnych środków kontroli w celu zapobiegania zmianie zastosowania chemikaliów do produkcji nielegalnych narkotyków (INCB, 2009).

Amfetamina

Globalna produkcja amfetaminy nadal koncentruje się w Europie, gdzie znajdowało się ponad 80% wszystkich laboratoriów amfetaminy odnotowanych w 2009 r. (UNODC, 2011). W 2009 r. globalne konfiskaty amfetaminy wzrosły do ok. 33 ton (zob. tabela 5). Choć w zachodniej i środkowej Europie nadal konfiskowano duże ilości amfetaminy, UNODC odnotowało spadek skonfiskowanych tam ilości o 20% w porównaniu do 2008 r., kiedy to przechwycono 7,9 tony. Największy wzrost w konfiskatach amfetaminy odnotowano w Arabii Saudyjskiej, Jordanii i Syrii. Ogółem w regionie Bliskiego Wschodu oraz południowo-zachodniej Azji przechwycono w 2009 r. 25 ton – prawie wszystko w postaci tabletek „Captagon” (UNODC, 2011).

Większość amfetaminy konfiskowanej w Europie jest wytwarzana w Niemczech, Polsce i Belgii, Bułgarii i Turcji (uszeregowanie według znaczenia miejsca produkcji). Europol donosi, że w 2009 r. wykryto w Unii Europejskiej 19 obiektów, w których zajmowano się produkcją, wytwarzaniem tabletek lub magazynowaniem amfetaminy.

Szacuje się, że w 2009 r. w Europie ⁽⁵⁸⁾ dokonano 34 200 konfiskat, które doprowadziły do przechwycenia w sumie 5,8 tony amfetaminy w proszku oraz 3 mln tabletek amfetaminy ⁽⁵⁹⁾. Przez ostatnie pięć lat liczba konfiskat amfetaminy wahała się, przy czym spadek odnotowano w 2008 i 2009 r. Podczas gdy liczba skonfiskowanych tabletek amfetaminy w Europie znacznie zmalała w latach 2004–2009 z powodu mniejszej liczby konfiskat w Turcji, w większości państw europejskich ilość przechwytywanej amfetaminy w proszku pozostawała na stałym poziomie

lub rosta ⁽⁶⁰⁾. Jednakże jest to wstępna ocena, jako że nie są dostępne najnowsze dane z Niemiec, gdzie w 2007 r. – ostatnim roku, za który dane są dostępne – zgłoszono skonfiskowanie 2,8 tony amfetaminy w proszku.

Czystość próbek amfetaminy przechwyconej w Europie w 2008 r. nadal była bardzo zróżnicowana. Wynosiła od niespełna 8% w Bułgarii, na Węgrzech, w Austrii, Portugalii, Słowenii, na Słowacji i w Chorwacji do ponad 20% w krajach, w których istnieją informacje o produkcji amfetaminy lub gdzie jej spożycie jest względnie wysokie (Estonia, Łotwa, Niemcy, Polska, Finlandia, Norwegia) ⁽⁶¹⁾. W ciągu ostatnich pięciu lat czystość amfetaminy spadła w 17 z 18 krajów, które przekazały dane wystarczające do analizy tendencji.

W 2009 r. w ponad połowie z 14 państw, które przekazały dane, średnia cena detaliczna amfetaminy wynosiła od 10 do 23 EUR za gram. W latach 2004–2009 ceny detaliczne amfetaminy zmalały lub pozostały na stabilnym poziomie we wszystkich 17 krajach, które przekazały dane, z wyjątkiem Niemiec, gdzie ceny wzrosły w danym okresie, oraz Słowenii, która w 2009 r. zgłosiła znaczny wzrost ceny ⁽⁶²⁾.

Metamfetamina

Liczba zgłoszonych zlikwidowanych laboratoriów produkujących metamfetaminę wzrosła w 2009 r. w skali światowej o 22%. Podobnie jak w poprzednim roku największy wzrost odnotowano w Ameryce Północnej, głównie w Stanach Zjednoczonych, ale również we wschodniej i południowo-wschodniej Azji wzrosła liczba zgłoszeń dotyczących tajnych laboratoriów. Ponadto w Ameryce Łacińskiej i Afryce zgłoszono nasilenie działalności związanej z produkcją metamfetaminy. W 2009 r. skonfiskowano 31 ton metamfetaminy, co oznacza znaczny wzrost z 22 ton skonfiskowanych w 2008 r. Większość narkotyku skonfiskowano w Ameryce Północnej (44%), z czego w 2009 r. w Meksyku odnotowano przechwycenie wyjątkowo dużej ilości – 6,1 tony (UNODC, 2011).

W Europie produkcja nielegalnej metamfetaminy skoncentrowana jest w Republice Czeskiej, gdzie w 2009 r. wykryto 342 miejsca produkcji, głównie małe laboratoria „kuchenne” (spadek z 434 w 2008 r.). Produkcja tego

⁽⁵⁸⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ jak dotąd nie są dostępne dane za 2008 i 2009 r. dotyczące Niemiec.

⁽⁵⁹⁾ Większość (94%) skonfiskowanych tabletek amfetaminy była oznakowana jako captagon i przechwycona w Turcji. „Captagon” jest jedną z zarejestrowanych nazw handlowych fenetyliny, czyli syntetycznego środka pobudzającego ośrodkowy układ nerwowy. Stwierdzono, że tabletki sprzedawane jako captagon na rynku narkotyków nielegalnych często zawierały amfetaminę wymieszaną z kofeiną.

⁽⁶⁰⁾ Dane dotyczące konfiskat narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabelach SZR-11 do SZR-18 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁶¹⁾ Dane dotyczące czystości narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabeli PPP-8 w biuletynie statystycznym za 2011 r. Wskaźniki dotyczące tendencji w UE można znaleźć na wykresie PPP-2 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁶²⁾ Dane dotyczące cen narkotyków w Europie, o których mowa w niniejszym rozdziale, można znaleźć w tabeli PPP-4 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

narkotyku ma miejsce również na Słowacji, gdzie nastąpił jej wzrost w 2009 r., jak również w Niemczech, na Litwie i w Polsce.

W 2009 r. w Europie zgłoszono blisko 7400 konfiskat metamfetaminy, w wyniku których przechwycono łącznie około 600 kg narkotyku. W latach 2004–2009 wzrosły zarówno liczba konfiskat, jak i ilość skonfiskowanej metamfetaminy, a znaczny wzrost odnotowano między 2008 a 2009 r. W latach 2008–2009 ilość skonfiskowanego narkotyku podwoiła się, głównie ze względu na wzrost ilości przechwyconych w Szwecji i Norwegii – głównych krajach Europy konfiskujących metamfetaminę, w których może ona częściowo zastępować amfetaminę. W 2009 r. Turcja po raz pierwszy zgłosiła konfiskaty metamfetaminy, plasując się na trzecim miejscu pod kątem ilości przechwyconego narkotyku: względnie duże przesyłki metamfetaminy przechwycone w Turcji były przewożone z Iranu do wschodniej i południowo-wschodniej Azji.

Badana w 2009 r. czystość metamfetaminy znacznie różniła się w 17 krajach, które przekazały dane – średnia czystość wynosiła od niespełna 15% w Bułgarii i Estonii do ponad 65% w Republice Czeskiej, Niemczech, na Słowacji i w Chorwacji. Ogólnej tendencji w czystości metamfetaminy nie można określić. Zakres cen detalicznych metamfetaminy w 2009 r. również był szeroki. W sześciu krajach, które dostarczyły informacji na ten temat, wynosił od 10 EUR za gram w Bułgarii, na Łotwie i w Słowenii do około 70 EUR za gram w Niemczech i na Słowacji.

Ecstasy

Zgłoszona liczba zlikwidowanych laboratoriów zajmujących się produkcją ecstasy praktycznie nie uległa zmianie i w 2009 r. wynosiła 52. Większość tych laboratoriów znajdowała się w Australii (19), Indonezji (18) i Kanadzie (12). Wygląda na to, że produkcja tego narkotyku w dalszym ciągu ulegała rozproszeniu geograficznemu – wytwarzanie odbywa się bliżej rynków konsumenta we wschodniej i południowo-wschodniej Azji, w Ameryce Północnej i Oceanii. Mimo to zachodnia Europa prawdopodobnie pozostaje miejscem ważnym dla produkcji ecstasy.

W skali światowej ilość skonfiskowanej ecstasy wyniosła w 2009 r. 5,4 tony (UNODC, 2011), przy czym Stany Zjednoczone zgłosiły 63% całej ilości.

Liczba konfiskat ecstasy zgłoszonych w Europie pozostawała na stałym poziomie w latach 2004–2006, a następnie zmalała, natomiast ilości narkotyku skonfiskowanego w większości europejskich krajów wskazują na tendencję spadkową od 2004 r. W 2009 r.

w Europie zgłoszono ok. 11 000 konfiskat ecstasy, skutkujących przechwyceniem ponad 2,4 mln tabletek tego narkotyku. Jest to jednak zaniżona wartość, ponieważ nie są dostępne najnowsze dane z Niderlandów, gdzie w 2007 r. – ostatnim roku, za który dane są dostępne – zgłoszono skonfiskowanie 8,4 mln tabletek.

W 18 krajach, które przekazały dane, średnia zawartość MDMA w tabletkach ecstasy przebadanych w 2009 r. wynosiła od 3 do 108 miligramów. Ponadto w kilku krajach (Belgii, Bułgarii, Niemczech, Włoszech, Niemczech, Niderlandach, Turcji) odnotowano dostępność bardzo silnych tabletek ecstasy, zawierających ponad 130 miligramów MDMA. W latach 2004–2009 zawartość MDMA w tabletkach ecstasy zmalała we wszystkich 14 krajach, które przekazały wystarczające dane.

W ciągu ostatnich kilku lat zaobserwowano w Europie zmianę zawartości nielegalnych tabletek tego narkotyku – wcześniej jedyną substancją psychoaktywną w większości przebadanych tabletek było MDMA lub inna substancja podobna do ecstasy (MDEA, MDA), a obecnie skład tabletek jest bardziej zróżnicowany, a substancje podobne do MDMA występują w mniejszej ilości. Zmiana ta nabrała tempa w 2009 r. do tego stopnia, że jedynymi krajami, gdzie substancje podobne do MDMA dalej stanowiły znaczną część przebadanych tabletek, były Włochy (58%), Niemczechy (63%) i Malta (100%).

Amfetaminy, czasem w połączeniu z substancjami podobnymi do MDMA, stosunkowo powszechnie występują w tabletkach badanych w Grecji, Hiszpanii, na Węgrzech, w Polsce, Słowenii i Chorwacji. Większość pozostałych krajów przedstawiających sprawozdanie wspomina, że w znacznej części przebadanych tabletek występowały piperazyny, a w szczególności mCPP, samodzielnie lub w połączeniu z innymi substancjami.

Ecstasy jest obecnie znacznie tańsza niż w latach 90. XX w., gdy po raz pierwszy stała się ogólnie dostępna. Chociaż istnieją doniesienia o tabletkach sprzedawanych za zaledwie 1 EUR, większość krajów podaje średnie ceny detaliczne w granicach od 4 do 10 EUR za tabletkę. Dane dotyczące lat 2004–2009 wskazują na to, że w całej Europie cena detaliczna ecstasy nadal spadała lub pozostawała na stabilnym poziomie. W 2009 r. odnotowano jednak wzrost cen w Niemczech – kraju, który zgłosił również najniższą cenę tego narkotyku.

Substancje halucynogenne i inne

W Europie używanie i handlowanie LSD jest uznawane za zjawisko marginalne. W latach 2004–2009 wzrosła liczba konfiskat LSD, natomiast skonfiskowane ilości – po szczytowym poziomie w 2005 r., który

był skutkiem rekordowej konfiskaty 1,8 mln jednostek w Zjednoczonym Królestwie – utrzymywały się od tego czasu na względnie niskim poziomie ⁽⁶³⁾. Od 2004 r. cena detaliczna SLD pozostawała stabilna w większości krajów przedstawiających sprawozdanie, natomiast wzrost cen odnotowano w Belgii, a spadek na Łotwie, w Austrii i Chorwacji. W 2009 r. średnia cena wynosiła od 7 EUR do 11 EUR za jednostkę w większości z 11 krajów, które przekazały dane.

Konfiskaty grzybów halucynogennych, ketaminy, GHB i GBL zgłosiło w 2009 r. zaledwie cztery lub pięć państw, w zależności od narkotyku. Nie jest jasne, w jakim stopniu zgłoszone konfiskaty odzwierciedlają używanie tych substancji czy fakt, że nie są one rutynowo celem organów ścigania.

Wskaźniki i wzory używania

W nielicznych krajach używanie, często drogą iniekcji, amfetaminy lub metamfetaminy dotyczy znacznej części ogólnej liczby osób problemowo używających narkotyków i osób poszukujących pomocy z powodu problemów narkotykowych. W przeciwieństwie do tych grup natógowo używających narkotyków związek między używaniem narkotyków syntetycznych, często łącznie z alkoholem, a bywaniem w nocnych klubach i na imprezach tanecznych ma charakter bardziej podstawowy. Skutkuje to znacznie wyższym poziomem odnotowywanego używania narkotyków przez ludzi młodych, a także nadzwyczaj wysokim poziomem używania stwierdzonym w niektórych miejscach lub w szczególnych podgrupach. Ogólne wskaźniki używania narkotyków halucynogennych, takich jak dwuetyloamid kwasu lizergowego (LSD) i grzyby halucynogenne, są na ogół niskie i w ubiegłych latach pozostawały w znacznej mierze stabilne.

Amfetaminy

Szacunkowe wskaźniki używania narkotyków wskazują na to, że około 12,5 mln Europejczyków spróbowało amfetamin i że około 2 mln używało tych narkotyków w ostatnim roku (zestawienie danych – zob. tabela 6). Wśród młodych osób dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia amfetamin różni się znacznie w zależności od kraju – od 0,1% do 14,3%, przy czym europejska średnia ważona wynosi 5%. Wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku w tej grupie wiekowej wynosi od 0,1% do 2,5%, a większość krajów podała wskaźniki rzędu 0,5–2%. Ocenia się, że około

1,5 mln (1,1%) młodych Europejczyków używało amfetamin w ciągu ostatniego roku.

Jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych w 2007 r., wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia amfetamin wynosił od 1% do 8% w 26 państwach członkowskich UE oraz Norwegii i Chorwacji, chociaż jedynie Bułgaria i Łotwa zgłosiły wskaźniki przekraczające 5%. Cztery kraje, w których w 2009 i 2010 r. przeprowadzono badania ankietowe w szkołach (Włochy, Słowacja, Szwecja i Zjednoczone Królestwo), zgłosiły wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia amfetamin na poziomie 3% lub niższym ⁽⁶⁴⁾.

Dane dotyczące wskaźników używania amfetamin w klubach nocnych w 2009 r., podane przez cztery kraje (Belgia, Republika Czeska, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo) wskazują na znaczne różnice w zakresie wskaźnika używania amfetamin w ciągu ostatniego roku – od 6% do 24%.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat wskaźnik używania amfetamin w ciągu ostatniego roku utrzymywał się na względnie niskim i stabilnym poziomie w większości krajów europejskich i wynosił mniej niż 3% w prawie wszystkich krajach przedstawiających sprawozdanie, z wyjątkiem Zjednoczonego Królestwa i Danii. W Zjednoczonym Królestwie wskaźnik używania amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) spadł z 6,2% w 1998 r. do 1,8% w latach 2009–2010; w Danii po wzroście do 3,1% w 2000 r. zmalał do 2% w 2010 r. (zob. wykres 8). W latach 2004–2009 tylko Norwegia i Republika Czeska zgłosiły zmiany większe niż o jeden punkt procentowy, jeśli chodzi o wskaźnik używania amfetamin w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych. W Republice Czeskiej różnice w metodach prowadzenia badań ankietowych nie pozwalają na potwierdzenie najnowszych tendencji. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach wskazują na ogół na małą zmianę sytuacji w zakresie eksperymentowania z amfetaminami przez uczniów w wieku od 15 do 16 lat. W latach 2003–2007 większość krajów zgłosiła niskie i stabilne wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia narkotyku w tej grupie.

Problemowe używanie amfetamin

Tylko nieduża liczba krajów może dostarczyć szacunkowe wskaźniki problemowego używania amfetamin ⁽⁶⁵⁾, ale dane dotyczące osób rozpoczynających leczenie z powodu problemów związanych z tymi substancjami są dostępne w całej Europie.

⁽⁶³⁾ Jest to jedynie wstępna analiza sytuacji, ponieważ nie są dostępne dane za kolejne lata w odniesieniu do Niderlandów, który to kraj w 2007 r. zgłosił jedną trzecią ilość LSD skonfiskowanej w Europie.

⁽⁶⁴⁾ Zob. tabela EYE-11 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁶⁵⁾ Problemowe używanie amfetamin definiuje się jako używanie tej substancji drogą iniekcji bądź używanie długotrwałe lub regularne.

Tabela 6: Rozpowszechnienie używania amfetamin w populacji ogólnej – zestawienie danych

Grupa wiekowa	Okres używania	
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	12,5 mln	1,5–2 mln
Średnia europejska	3,8%	0,5%
Przedział	0,0–11,7%	0,0–1,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0%) Grecja (0,1%) Malta (0,4%) Cypr (0,7%)	Rumunia, Malta, Grecja (0%) Francja (0,1%) Republika Czeska, Portugalia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (11,7%) Dania (6,2%) Szwecja (5%) Norwegia (3,8%)	Estonia (1,1%) Zjednoczone Królestwo (1%) Bułgaria, Łotwa (0,9%) Szwecja (0,8%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	6,5 mln	1,5 mln
Średnia europejska	5%	1,1%
Przedział	0,1–14,3%	0,1–2,5%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Malta (0,7%) Cypr (1,2%)	Rumunia, Grecja (0,1%) Francja (0,2%) Republika Czeska (0,3%) Portugalia (0,4%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (14,3%) Dania (10,3%) Łotwa (6,1%) Norwegia (6%)	Estonia (2,5%) Bułgaria (2,1%) Dania (2,0%) Niemcy, Łotwa (1,9%)
Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 3% populacji docelowej) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazy liczebności populacji: od 15 do 64 lat – 336 mln i od 15 do 34 lat – 132 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2001–2009/2010 (głównie 2004–2008), nie odnoszą się do jednego roku. Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2011 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej”.		

W Europie mały odsetek osób podejmujących leczenie wymienia amfetaminę jako narkotyk podstawowy – około 5% zgłoszonych pacjentów w 2009 r. (20 000 osób). Osoby używające amfetaminy stanowią jednak znaczny odsetek zgłoszonych przypadków rozpoczęcia leczenia w Szwecji (28%), Polsce (25%) i Finlandii (17%). W pięciu innych państwach (Belgia, Dania, Niemcy, Węgry i Niderlandy) osoby używające amfetaminy stanowią od 6% do 10% zgłoszonych pacjentów rozpoczynających leczenie. W pozostałych państwach odsetek ten jest niższy niż 5%. Ponadto prawie 20 000 pacjentów rozpoczynających leczenie z powodów związanych z innymi narkotykami podstawowymi zgłasza jako narkotyk dodatkowy środki pobudzające inne niż kokaina ⁽⁶⁶⁾.

Średni wiek osób używających amfetaminy i rozpoczynających leczenie wynosi 30 lat, przy czym stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet (dwa do jednego) jest niższy niż w przypadku innych nielegalnych narkotyków. Wysokie wskaźniki przyjmowania amfetaminy drogą iniekcji zgłosiły kraje, w których osoby używające amfetaminy stanowią największy odsetek pacjentów

rozpoczynających leczenie (Łotwa, Szwecja, Finlandia) – 59–83% osób używających amfetaminy jako narkotyku podstawowego przyjmuje ją drogą iniekcji ⁽⁶⁷⁾.

W większości krajów tendencje w liczbie osób używających amfetaminy i podejmujących leczenie w latach 2004–2009 pozostawały stabilne. Nastąpił nieznaczny spadek liczby pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie po raz pierwszy, co ma związek głównie ze spadkiem liczby nowych pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu amfetaminy (EMCDDA, 2010d).

W przeciwieństwie do innych części świata, w których używanie metamfetaminy w ostatnich latach wzrosło, poziom jej spożycia w Europie wydaje się ograniczony. W przeszłości największe spożycie tego narkotyku w Europie występowało w Republice Czeskiej, a ostatnio też na Słowacji. W 2009 r. liczbę osób problemowo używających metamfetaminy w Republice Czeskiej szacowano na ok. 24 600–25 900 (od 3,3 do 3,5 przypadku na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), tj. ok. dwa razy więcej niż wynosi szacowana liczba

⁽⁶⁶⁾ Zob. tabele TDI-5 (część ii) i TDI-22 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁶⁷⁾ Zob. tabela TDI-5 (część iv) i (TDI-37) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

osób problemowo używających opioidów. Stanowi to znaczny wzrost statystyczny w stosunku do poprzednich lat. Na Słowacji liczbę osób problemowo używających metamfetaminy szacowano na ok. 5800–15 700 (od 1,5 do 4 przypadku na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat), czyli o około 20% mniej niż szacowana liczba osób problemowo używających opioidów.

Metamfetamina jest wskazywana jako podstawowy narkotyk przez duży odsetek pacjentów rozpoczynających leczenie w Republice Czeskiej (61%) i na Słowacji (30%). W ciągu ostatnich dziesięciu lat oba te kraje zgłosiły wzrost liczby i ogólnego odsetka pacjentów rozpoczynających leczenie w związku z metamfetaminą. Wśród osób szukających pomocy w związku z problemowym używaniem metamfetaminy iniekcje są popularną formą używania tego narkotyku w Republice Czeskiej (79%) oraz, w mniejszym stopniu, na Słowacji (37%), przy czym od 2004 r. odsetek ten maleje. W tych krajach osoby używające metamfetaminy mają średnio ok. 25 lat, gdy podejmują leczenie ⁽⁶⁸⁾.

W ostatnich latach metamfetamina pojawiała się również na rynkach narkotykowych w innych krajach, zwłaszcza na północy Europy (Norwegia, Szwecja, Łotwa i, w mniejszym stopniu, Finlandia), gdzie wydaje się częściowo zastępować amfetaminę, ponieważ jest praktycznie niemożliwa do odróżnienia od niej przez osoby używające.

Ecstasy

Szacunkowe wskaźniki używania narkotyków wskazują na to, że około 11 mln Europejczyków spróbowało ecstasy i że około 2,5 mln używało tego narkotyku w ciągu ostatniego roku (zestawienie danych – zob. tabela 7). Wskaźnik używania ecstasy w ciągu ostatniego roku był najwyższy wśród młodych osób dorosłych, przy czym we wszystkich krajach, z wyjątkiem Grecji, Rumunii, Szwecji i Finlandii, mężczyźni zgłaszają dużo wyższe wskaźniki używania niż kobiety. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy w grupie wiekowej od 15 do 24 lat wynosi od niespełna 0,6% do 12,7%, przy czym większość krajów szacunki w przedziale od 2,1% do 5,8% ⁽⁶⁹⁾.

W większości z państw europejskich, w których w 2007 r. przeprowadzono badania ankietowe, wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat wynosił od 1% do 5%. Tylko cztery kraje podały wyższą wartość tego wskaźnika: Bułgaria, Estonia, Słowacja (wszystkie po 6%) i Łotwa (7%). Cztery kraje, w których w 2009 r. przeprowadzono

badania ankietowe w szkołach (Włochy, Słowacja, Szwecja i Zjednoczone Królestwo), zgłosiły wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy na poziomie 5% lub niższym ⁽⁷⁰⁾.

W całej Europie badania jakościowe wskazują na „rekreacyjne” używanie narkotyków pobudzających wśród młodych osób dorosłych, które bywają w różnych lokalach nocnych. W badaniach tych podkreśla się również znaczne różnice w profilach używania narkotyków: osoby odwiedzające miejsca z elektroniczną muzyką taneczną z większym prawdopodobieństwem zgłoszą używanie narkotyków niż osoby uczęszczające do innych klubów nocnych. Dane dotyczące wskaźników używania ecstasy w klubach nocnych w 2009 r. są dostępne jedynie dla czterech krajów (Belgia, Republika Czeska, Niderlandy i Zjednoczone Królestwo), ale wskazują na znaczne różnice w zgłoszonym wskaźniku używania w ciągu ostatniego roku – od 10% do 75%. W zbadanych środowiskach używanie ecstasy było również bardziej rozpowszechnione niż używanie amfetamin.

W latach 2003–2009 żaden kraj nie zgłosił wzrostu używania ecstasy, natomiast Estonia, Hiszpania, Niemcy, Węgry i Zjednoczone Królestwo zgłosiły spadek wskaźnika używania ecstasy w ciągu ostatniego roku o około jeden punkt procentowy w grupie wiekowej od 15 do 34 lat. Istnieją jednak pewne różnice między poszczególnymi krajami. W krajach zgłaszających wskaźniki używania ecstasy w ciągu ostatniego roku wyższe od średnich spożycie tego narkotyku wśród osób w wieku od 15 do 34 lat na początku XXI w. zwykle osiągało poziom szczytowy w okolicach 3–5% (Estonia, Hiszpania, Słowacja, Zjednoczone Królestwo; zob. wykres 8). Pod tym względem wyjątek stanowi Republika Czeska, gdzie szacuje się, że wskaźnik używania ecstasy w ciągu ostatniego roku osiągnął w 2008 r. poziom szczytowy 7,7%, a w 2009 r. zmalał do 2,8%. W Republice Czeskiej różnice w metodach prowadzenia badań ankietowych nie pozwalają na potwierdzenie najnowszych tendencji.

Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach wskazują na ogół na małą zmianę sytuacji w zakresie eksperymentowania z ecstasy przez uczniów w wieku od 15 do 16 lat. W latach 2003–2007 większość krajów zgłosiła niskie i stabilne wskaźniki przynajmniej jednokrotnego użycia ecstasy w tej grupie, podczas gdy siedem krajów zgłosiło wzrost, a trzy spadek – jeśli zastosować różnicę na poziomie dwóch punktów procentowych jako próg. Badania przeprowadzone w obiektach rozrywkowych Europy sugerują spadek

⁽⁶⁸⁾ Zob. tabele TDI-2 (część i), TDI-3 (część iii) oraz TDI-5 (część ii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2011 r. oraz tabelę TDI-5 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁶⁹⁾ Zob. tabela GPS-7 (część iv) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁷⁰⁾ Zob. tabela EYE-11 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Tabela 7: Rozpowszechnienie używania ecstasy w populacji ogólnej – zestawienie danych

Grupa wiekowa	Okres używania	
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok
15–64 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	11 mln	2,5 mln
Średnia europejska	3,2%	0,7%
Przedział	0,3–8,3%	0,1–1,6%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,3%) Grecja (0,4%) Malta (0,7%) Norwegia (1%)	Rumunia, Szwecja (0,1%) Malta, Grecja (0,2%) Dania, Polska, Norwegia (0,3%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (8,3%) Irlandia (5,4%) Hiszpania (4,9%) Łotwa (4,7%)	Zjednoczone Królestwo, Słowacja (1,6%) Łotwa (1,5%) Republika Czeska (1,4%)
15–34 lata		
Szacowana liczba osób używających w Europie	7,5 mln	2 mln
Średnia europejska	5,5%	1,4%
Przedział	0,6–12,7%	0,2–3,2%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia, Grecja (0,6%) Malta (1,4%) Polska, Norwegia (2,1%) Portugalia (2,6%)	Rumunia, Szwecja (0,2%) Grecja (0,4%) Norwegia (0,6%) Polska (0,7%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Zjednoczone Królestwo (12,7%) Republika Czeska (9,3%) Irlandia (9,0%) Łotwa (8,5%)	Zjednoczone Królestwo (3,2%) Republika Czeska (2,8%) Słowacja, Łotwa, Niderlandy (2,7%)
Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 3% populacji docelowej) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazowe liczebności populacji: od 15 do 64 lat – 336 mln i od 15 do 34 lat – 132 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2001–2009/2010 (głównie 2004–2008), nie odnoszą się do jednego roku. Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2011 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej”.		

wskaźników używania ecstasy. W Amsterdamie badanie osób odwiedzających „coffee shopy” wykazało znaczny spadek wskaźnika używania ecstasy w ciągu ostatniego miesiąca – z 23% w 2001 r. do 6% w 2009 r.; badanie to wykazało również spadek wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia amfetaminy – z 63% do 41% w tym samym okresie. Belgijskie badanie przeprowadzone regularnie w nocnych klubach wykazało, że ecstasy nie jest już drugim najczęściej stosowanym narkotykiem nielegalnym. We wcześniej przeprowadzonych badaniach sondażowych wskaźnik używania ecstasy w ciągu ostatniego roku zawsze oscylował między 15% a 20%, ale w 2009 r. zmalał do 10%.

Bardzo niewiele osób używających narkotyków stara się o leczenie z powodu problemów związanych z ecstasy. W 2009 r. mniej niż 1% (1300) wszystkich zgłoszonych pacjentów rozpoczynających leczenie zgłosiło ecstasy jako narkotyk podstawowy. Pacjenci rozpoczynający leczenie z powodu ecstasy znajdują się wśród najmłodszych grup rozpoczynających leczenie – średni wiek w ich wypadku wynosi 24 lata – a na jedną kobietę przypada trzech do

czterech mężczyzn. Osoby leczone z powodu używania ecstasy często informują o jednoczesnym używaniu innych substancji, w tym alkoholu, kokainy oraz – w mniejszym stopniu – konopi indyjskich i amfetamin⁽⁷¹⁾.

Badania europejskie potwierdzają łączenie używania ecstasy lub amfetaminy z alkoholem. Badanie ankietowe populacji ogólnej wykazało, że w dziewięciu krajach europejskich osoby spożywające alkohol często lub w dużych ilościach zgłaszają wskaźniki używania amfetaminy czy ecstasy dużo wyższe niż wynosi średnia dla populacji (EMCDDA, 2009b). Podobnie dane z badań ankietowych ESPAD przeprowadzonych w szkołach w 22 krajach wskazują na to, że 86% uczniów w wieku od 15 do 16 lat, którzy zgłosili, że w ostatnim miesiącu używali ecstasy, spożyło także pięć lub więcej napojów alkoholowych przy jednej okazji (EMCDDA, 2009b).

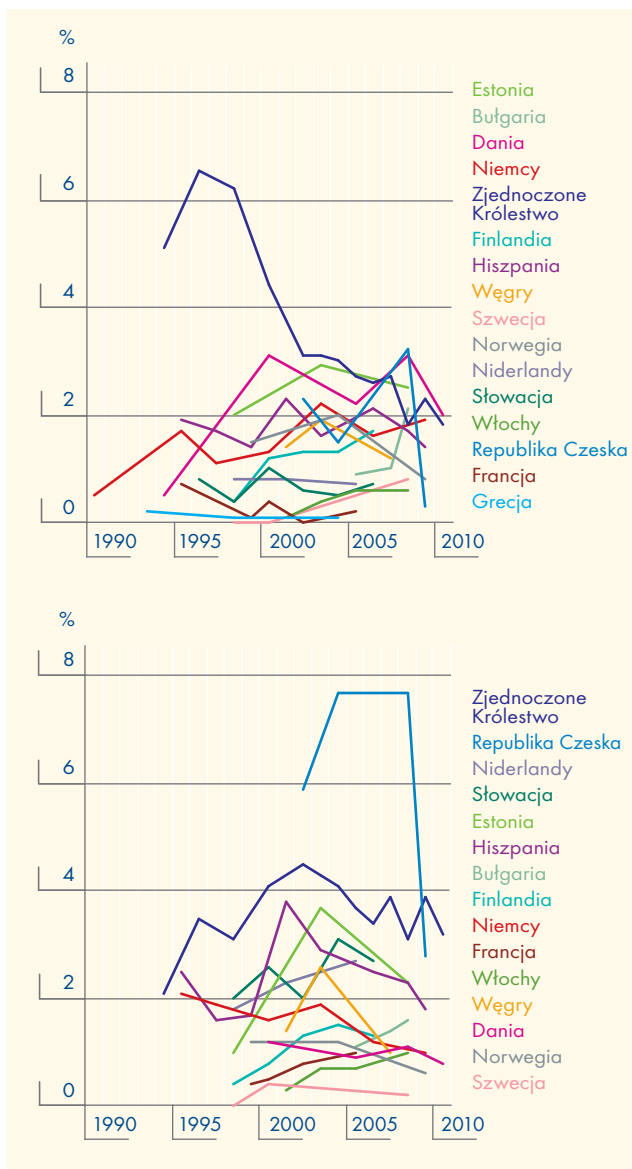
Substancje halucynogenne, GHB i ketamina

Wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia LSD wynosi w Europie od 0% do 5,5%. Wskaźniki używania w ciągu ostatniego

(71) Zob. tabele TDI-5, TDI-8 oraz TDI-37 (część i), (część ii) i (część iii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

roku są dużo niższe ⁽⁷²⁾. Większość z nielicznych krajów, które dostarczają porównywalnych danych, zgłasza wyższe wskaźniki używania grzybów halucynogennych niż w przypadku LSD, zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród uczniów. Wśród młodych osób dorosłych wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia grzybów

Wykres 8: Tendencje dotyczące wskaźnika używania amfetamin (góra) i ecstasy (dół) w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat)



UWAGA: Przedstawiono dane tylko dla państw, w których w latach 1998–2009/2010 co najmniej trzykrotnie przeprowadzono badania ankietowe. Republika Czeska szuka przyczyn dużego zróżnicowania wyników badań ankietowych, co po części wydaje się być związane ze zmianą metod. Dane są podane dla celów informacyjnych, ale porównania należy traktować z rozwagą. Więcej informacji – zob. wykresy GPS-8 i GPS-21 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

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

halucynogennych wynosi od 0,3% do 14,1%, a szacowany wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku mieści się w przedziale od 0,2% do 5,9%. Większość krajów zgłasza, że wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat szacowany wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia grzybów halucynogennych wynosi od 1% do 4%, przy czym wyższe wskaźniki podały Słowacja (5%) i Republika Czeska (7%) ⁽⁷³⁾.

Wśród dorosłych i młodzieży szkolnej szacunkowe wskaźniki używania GHB i ketaminy są znacznie niższe niż wskaźniki dotyczące używania kokainy i ecstasy. Używanie tych substancji może być jednak wyższe w określonych grupach, okolicznościach i obszarach geograficznych. Ukierunkowane badania ankietowe, które pozwalają oszacować wskaźniki używania tych substancji, zostały niedawno przeprowadzone w Belgii, Republice Czeskiej, Niderlandach i w Zjednoczonym Królestwie. Według tych badań wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia GHB wynosi od 3,9% do 14,3%, podczas gdy wskaźnik używania w ostatnim miesiącu nie przekracza 4,6%. W tych samych badaniach szacowane wskaźniki używania ketaminy wynoszą odpowiednio od 2,9% do 62% w przypadku przynajmniej jednokrotnego użycia oraz od 0,3% do 28% w przypadku używania w ciągu ostatniego miesiąca. Istnieją znaczące różnice między danymi z badań ankietowych a danymi krajowymi – o wysokim wskaźniku używania ketaminy donosi wyłącznie brytyjskie badanie ankietowe z 2010 r. z magazynu muzycznego (Winstock, 2011). W tym badaniu poziom używania ketaminy jest znacznie wyższy od poziomu używania GHB. Tak duża popularność ketaminy może mieć związek z faktem, że respondenci dobrowolnie uczestniczyli w ankiecie, oraz z ich specyficznym profilem używania narkotyków i postawami. Niderlandy zgłosiły, że ketamina zyskała pewną popularność wśród twórców trendów na zachodzie kraju, ale w 2009 r. wskaźnik używania w ciągu ostatniego miesiąca wśród osób uczestniczących w imprezach masowych pozostał niższy (1,2%) niż w przypadku GHB (4,6%). Wśród osób, które w 2009 r. odwiedzały „coffee shopy” w Amsterdamie, wskaźnik używania GHB w ciągu ostatniego miesiąca wynosił tyle samo, co wskaźnik używania amfetaminy w ciągu ostatniego miesiąca, tj. 1,5%. Badania jakościowe przeprowadzone w Niemczech, Estonii, Francji i Niderlandach wskazują na wysokie postrzegane ryzyko przedawkowania, związane z używaniem GHB, które prowadzi do utraty przytomności lub śpiączki.

Na podstawie powtarzanych badań ankietowych przeprowadzanych wśród bywalców imprez lub w obiektach rozrywkowych nie jest możliwe określenie

⁽⁷²⁾ Zob. tabela GPS-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁷³⁾ Dane z badań ESPAD dla wszystkich państw oprócz Hiszpanii. Zob. wykres EYE-3 (część v) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

ogólnych tendencji dotyczących używania GHB i ketaminy, a odnotowywane zmiany są w większości przypadków niewielkie. Badania w obiektach rozrywkowych w Belgii wskazują na to, że wskaźnik używania GHB i ketaminy w ciągu ostatniego miesiąca wzrósł od 2008 do 2009 r. z 2% do 3%. W Republice Czeskiej z badań przeprowadzonych w obiektach rozrywkowych wynika, że wskaźnik używania GHB w ciągu ostatniego roku wzrósł z 1,4% w 2007 r. do 3,9% w 2009 r., podczas gdy dla ketaminy wskaźnik w tym samym okresie wzrósł z 2,2% do 2,9%. Spadek wskaźnika używania GHB w ciągu ostatniego miesiąca odnotowano wśród osób odwiedzających amsterdamskie „coffee shopy” – z 2,8% w 2001 r. do 1,5% w 2009 r. Tendencje dotyczące Amsterdamu nie są jednak reprezentatywne dla reszty Niderlandów. Również wśród respondentów ankiety dla brytyjskiego magazynu muzycznego wskaźnik używania GHB w ciągu ostatniego miesiąca zmalał z 1,7% w 2009 r. do mniej niż 1% w 2010 r., a w przypadku ketaminy wskaźnik w tym samym okresie zmalał z 32,4% do 28%.

Interwencje w obiektach rozrywkowych

Pomimo dużego spożycia narkotyków w obiektach rozrywkowych zaledwie 13 krajów zgłosiło wdrożenie interwencji z zakresu profilaktyki lub redukcji szkód w tym otoczeniu. Zgłoszone interwencje skupiają się na udzielaniu informacji oraz poradnictwie. Jest to dobrze widoczne również w przypadku interwencji w ramach Healthy Nightlife Toolbox, finansowanej przez UE internetowej inicjatywy, której celem jest redukcja szkód spowodowanych używaniem alkoholu i narkotyków w obiektach rozrywkowych. Inną inicjatywą, finansowaną przez UE w ramach programu „Demokracja, miasta i narkotyki II (2008–2011)”, jest projekt „Safer nightlife”, którego celem jest wyjście poza dostarczanie informacji oraz ulepszenie programów profilaktyki w lokalach nocnych i szkoleń dla profesjonalistów.

Niedawny systematyczny przegląd strategii redukcji szkód wdrożonych w obiektach rozrywkowych wykazał, że rzadko są one oceniane, a ich efektywność nie zawsze jest jasna (Akbar i in., 2011). W trakcie przeglądu stwierdzono, że najbardziej rozpowszechnionym typem programu były interwencje skoncentrowane na szkoleniu obsługi obiektów rozrywkowych. Zazwyczaj tematyka tych programów obejmowała takie zagadnienia, jak rozpoznawanie oznak zatrucia oraz kiedy i jak odmawiać obsługi klientom. W ramach austriackiego projektu „taktisch klug” (sprytna taktyka) organizatorzy imprez otrzymują wsparcie w trakcie przygotowań, podczas gdy uczestnikom imprez oferuje się poradnictwo, aby pomóc im rozwinąć bardziej

krytyczne podejście do substancji psychoaktywnych i ryzykownych zachowań. Wieloskładnikowe modele środowiskowe, które należą do programów o bardziej obiecujących wynikach oceny, zgłaszane są głównie przez kraje na północy Europy.

Badania międzynarodowych ośrodków życia nocnego wykazują, że te miejsca mogą być powiązane z rozpoczynaniem używania narkotyków, eskalacją lub powrotem do używania narkotyków oraz że mogą również odgrywać rolę w rozprzestrzenianiu się kultury narkotykowej na skalę międzynarodową. Badania te wskazują, że w niektórych obiektach używanie narkotyków i rozpoczynanie tego używania są bardzo powszechne. Na przykład w badaniu młodych osób (w wieku od 16 do 35 lat) z Hiszpanii, Niemiec i Zjednoczonego Królestwa, które odwiedzały Ibizę i Majorkę, stwierdzono istotne różnice w używaniu narkotyków między narodowościami oraz oboma tymi kurortami. Spożycie narkotyków było wyjątkowo wysokie wśród Hiszpanów i Brytyjczyków odwiedzających Ibizę, a jeden na pięciu Brytyjczyków spróbował co najmniej jednego nowego narkotyku w trakcie pobytu (Bellis i in., 2009).

Leczenie

Problemowe używanie amfetamin

Możliwości leczenia dostępne dla osób używających amfetamin w krajach europejskich często są zgodne z historią i wzorami problemowego używania amfetamin w danym kraju, a czynniki te znacznie się różnią w zależności od kraju. W krajach zachodniej i południowej Europy systemy leczenia są w większości wyspecjalizowane w reagowaniu na potrzeby osób używających opioidów. Pomimo niskich wskaźników problemowego używania amfetamin w tych krajach brak specjalistycznych usług w tym zakresie może utrudniać dostęp do leczenia osobom używającym tych narkotyków, szczególnie bardziej zintegrowanym społecznie osobom używającym amfetamin (EMCDDA, 2010d). W tych krajach północnej i środkowej Europy, w których istnieje długa historia leczenia w związku z używaniem amfetamin, niektóre programy są dostosowane do potrzeb osób używających tych narkotyków. W krajach środkowej i wschodniej Europy, gdzie znaczne problemowe używanie amfetamin pojawiło się niedawno, systemy leczenia są przede wszystkim ukierunkowane na osoby problemowo używające opioidów i wolno dostosowują się do potrzeb osób używających amfetamin. W ramach krajowego badania ekspertów z 2008 r. ustalono, że mniej niż połowa krajów europejskich zgłosiła dostępność

specjalistycznych programów leczenia osób używających amfetamin, które aktywnie ubiegają się o leczenie.

Leczenie psychospołeczne prowadzone przez placówki leczenia ambulatoryjnego stanowi najpowszechniejszą formę leczenia osób używających amfetamin. Osoby bardziej problemowo używające amfetamin, na przykład te, których uzależnienie jest komplikowane współwystępowaniem zaburzeń psychicznych, mogą być leczone w placówkach leczenia zamkniętego,

Konsekwencje zdrowotne używania amfetamin

Stosowanie amfetamin w celach leczniczych wiąże się z szeregiem skutków ubocznych, w tym anoreksją, bezsennością i bólami głowy. Używanie nielegalnych amfetamin ma związek z jeszcze większą liczbą skutków negatywnych (EMCDDA, 2010d), takich jak: krótkotrwałe skutki negatywne (nerwowość, dreszcze, lęki, zawroty głowy); efekty końcowego stadium spożycia środków odurzających (depresja, problemy ze snem, zachowania samobójcze); psychologiczne i psychiatryczne skutki długotrwałego używania (psychozy, zachowania samobójcze, lęki i agresja), jak również uzależnienie i szereg objawów głodu narkotycznego.

W Australii i Stanach Zjednoczonych – państwach, gdzie używanie metamfetaminy, a dokładniej palenie kryształków tej substancji stanowi istotną część problemu narkotykowego – przeprowadzono wiele badań dotyczących konsekwencji zdrowotnych używania amfetamin. Choć używanie metamfetaminy jest stosunkowo rzadkie w Europie, również tu zaobserwowano te skutki uboczne. Zidentyfikowano również problemy układu mózgowo-naczyniowego (ryzyko udaru niedokrwiennego i krwotocznego) oraz ostre i przewlekłe patologie układu sercowo-naczyniowego (ostry wzrost tętna i ciśnienia krwi). W kontekście używania nałogowego lub już występujących schorzeń układu sercowo-naczyniowego powyższe skutki mogą wywoływać poważne i potencjalnie śmiertelne zdarzenia (niedokrwienie i zawał mięśnia sercowego). Inne skutki zdrowotne to między innymi neurotoksyczność, opóźnienie rozwoju płodu związane z używaniem amfetaminy w trakcie ciąży oraz choroby jamy ustnej.

Iniekcje, choć rzadkie wśród osób używających amfetamin w Europie, zwiększają ryzyko chorób zakaźnych (HIV i zapalenie wątroby). W Republice Czeskiej odnotowano wysoki odsetek ryzykownych zachowań seksualnych wśród osób używających metamfetaminy, co bardziej naraża tę grupę na choroby przenoszone drogą płciową. Badania przeprowadzone w Republice Czeskiej, na Łotwie i w Niemczech wykazały podwyższone współczynniki umieralności wśród osób używających amfetamin nałogowo lub długotrwałe. Jednakże oszacowanie umieralności związanej z amfetaminami jest skomplikowane z powodu jednoczesnego używania wielu substancji (głównie jednoczesnego używania heroiny i kokainy).

w klinikach lub szpitalach psychiatrycznych. W Europie leki, takie jak przeciwdepresyjne, uspokajające lub antypsychotyczne, podawane są w ramach leczenia wczesnych objawów abstynencyjnych na początku detoksykacji, która jest zwykle prowadzona na specjalistycznych zamkniętych oddziałach psychiatrycznych. Długotrwałe leczenie przy użyciu leków antypsychotycznych jest czasem przepisywane w przypadkach trwałych psychopatologii wynikających z nałogowego używania amfetamin. Europejscy specjaliści zgłaszają, że problemy psychiatryczne często występujące u osób problemowo używających amfetamin są trudne do leczenia w kontekście terapeutycznym. Na Węgrzech na początku 2008 r. ministerstwo zdrowia opublikowało pierwszy specjalistyczny protokół dotyczący leczenia osób używających amfetamin. Protokół ten obejmuje diagnostykę, zalecaną strukturę leczenia medycznego i leczenia nefarmakologicznego, a także inne rodzaje terapii i rehabilitacji.

Badania dotyczące leczenie uzależnienia od amfetamin

Mimo że w Republice Czeskiej i Zjednoczonym Królestwie w pewnym ograniczonym stopniu przepisywane są leki substytucyjne, obecnie nie ma dowodów przemawiających za skutecznością tego podejścia. Klinicyści jednak czynnie badają terapie farmakologiczne, które mogłyby być pomocne w leczeniu uzależnienia od amfetamin. Dekstroamfetamina, substancja pobudzająca ośrodkowy układ nerwowy, w badaniach wśród pacjentów leczonych w związku metamfetaminą dała pozytywne rezultaty w zakresie redukcji objawów głodu narkotykowego i odstawiennych oraz kontynuowania leczenia, ale nie obniżyła używania metamfetaminy w porównaniu z placebo (Galloway i in., 2011; Longo i in., 2010). W badaniach dotyczących wpływu modafinilu, leku stosowanego do regulacji senności, na osoby uzależnione od metamfetaminy, stwierdzono możliwą poprawę funkcjonowania pamięci operacyjnej (Kalechstein i in., 2010), ale w porównaniu z placebo nie stwierdzono różnicy pod względem poziomu używania narkotyku, kontynuowania leczenia, depresji lub głodu narkotykowego (Heinzerling i in., 2010).

Bupropion, lek przeciwdepresyjny, który był wykorzystywany do wspomagania zaprzestania palenia, był stosowany w badaniu na małej grupie mężczyzn uzależnionych od amfetaminy uprawiających seks z mężczyznami (Elkashaf i in., 2008); do potwierdzenia stwierdzonych pozytywnych wyników konieczne są szersze zakrojone badania. Inne badanie pilotażowe, którego celem było kontrolowanie objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

(ADHD) wśród osób problemowo używających amfetamin, polegało na połączeniu podawania metylfenidatu o przedłużonym uwalnianiu z cotygodniową sesją rozwijania umiejętności, jednak nie stwierdzono żadnych różnic w porównaniu z grupą otrzymującą placebo (Konstenius i in., 2010).

W tej dziedzinie zgłoszono pewną liczbę prowadzonych badań, w tym nad podawaniem naltreksonu o przedłużonym uwalnianiu osobom uzależnionym od amfetaminy i od metamfetaminy, nad antagonistą monoaminy, inhibitorem konwertazy angiotensyny, N-cetylocysteiny, rywastygminy i wardenikliny.

Interwencje psychologiczne i behawioralne dotyczące problemów związanych z metamfetaminą stanowią obszar zainteresowania niewielkiej liczby badań. Celem australijskiego badania było porównanie dwóch psychologicznych rodzajów podejścia do używania amfetaminy, ale poziom porzucania badania przez uczestników był zbyt wysoki, aby uzyskać znaczące rezultaty (Smout i in., 2010). Badania prowadzone w tym obszarze dotyczą wpływu rozmów motywacyjnych i rozwijania umiejętności poznawczo-behawioralnych na osoby uzależnione od metamfetaminy.

Uzależnienie od kwasu gamma-hydroksymastłowego i leczenie

Uzależnienie do kwasu gamma-hydroksymastłowego (GHB) jest uznanym stanem klinicznym o potencjalnie poważnych objawach odstawienia, gdy podawanie narkotyku zostaje raptownie przerwane po regularnym lub

nałogowym używaniu. Istnieją dowody na to, że fizyczne uzależnienie może wystąpić wśród osób używających narkotyku rekreacyjnie; udokumentowano przypadki wystąpienia objawów odstawienia w sytuacji zaprzestania używania GHB i jego prekursorów. Uzależnienie od GHB zgłaszano także wśród byłych alkoholików (Richter i in., 2009).

Dostępne badania skupiają się przede wszystkim na opisie objawów odstawienia GHB i związanych z nimi komplikacji, które mogą być trudne do rozpoznania w nagłych przypadkach (van Noorden i in., 2009). Objawy te mogą obejmować niepokój, napady lęku, bezsenność, pocenie się, częstoskurcz i nadciśnienie. Po odstawieniu tego narkotyku pacjenci mogą także doświadczać psychozy i delirium. Łagodnymi objawami odstawienia można zarządzać w warunkach ambulatoryjnych, w przeciwnym razie zalecany jest nadzór w placówkach leczenia zamkniętego. Jak dotąd nie opracowano standardowych protokołów leczenia zespołu abstynencyjnego w przypadku GHB.

Benzodiazepiny i barbiturany są lekami najczęściej stosowanymi w zwalczaniu ostrych problemów związanych z używaniem GHB. W Stanach Zjednoczonych prowadzone jest niewielkie badanie, którego celem jest porównanie wpływu lorazepamu z grupy benzodiazepin i pentobarbitalu z grupy barbituranów na redukcję subiektywnych objawów odstawienia u osób uzależnionych od GHB. W Niderlandach obecnie prowadzone są badania mające na celu opracowanie opartych na dowodach wytycznych dotyczących leczenia uzależnienia od GHB.



Rozdział 5

Kokaina i crack

Wprowadzenie

Kokaina pozostaje drugim najpowszechniej używanym nielegalnym narkotykiem w Europie, chociaż wskaźniki jej używania i tendencje znacznie się różnią pomiędzy krajami. Wysokie wskaźniki używania kokainy obserwuje się wyłącznie w niewielkiej liczbie europejskich krajów, głównie zachodnich, podczas gdy używanie tego narkotyku w innych miejscach pozostaje ograniczone. Istnieje także znaczne zróżnicowanie wśród osób używających kokainy, wliczając osoby używające tego narkotyku sporadycznie i bardziej zintegrowane społecznie osoby regularnie używające tego narkotyku, które na ogół wciągają proszek kokainowy przez nos, a także bardziej zmarginalizowane i często uzależnione osoby, które przyjmują kokainę drogą iniekcji lub używają cracku.

Podaż i dostępność

Produkcja i handel

Uprawa krzewu kokainowego, będącego źródłem kokainy, nadal koncentruje się w trzech krajach

w regionie Andów – Kolumbii, Peru i Boliwii. UNODC (2001) oszacowało, że obszar objęty uprawą krzewów kokainowych w 2010 r. wynosił do 149 000 hektarów, co stanowi spadek o 6% w stosunku do szacowanych 158 000 hektarów w 2009 r. Spadek ten w większości przypisywano ograniczeniu obszaru uprawy krzewów kokainowych w Kolumbii, który został częściowo zrównoważony jego zwiększeniem w Peru i Boliwii. Uprawa 149 000 hektarów krzewu kokainowego przekładała się na potencjalną produkcję od 786 ton do 1054 ton czystej kokainy, w porównaniu do szacowanych 842-1111 ton w 2009 r. (UNODC, 2011).

Przetwarzanie liści krzewu kokainowego na chlorowodorek kokainy odbywa się w głównie w Kolumbii, Peru i Boliwii, chociaż może także występować w innych krajach. Znaczenie Kolumbii w produkcji kokainy potwierdzają informacje na temat zlikwidowanych laboratoriów oraz konfiskat nadmanganianu potasu – odczynnika chemicznego stosowanego w produkcji chlorowodoru kokainy. W 2009 r. zlikwidowano 2900 laboratoriów wytwarzających kokainę (UNODC, 2011) i skonfiskowano

Tabela 8: Produkcja, konfiskaty, cena i czystość kokainy i cracku

	Proszek kokainowy (chlorowodorek kokainy)	Crack (zasada kokainy) ⁽¹⁾
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	786-1054	b.d.
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	732 ⁽²⁾	b.d.
Skonfiskowana ilość (w tonach)		
UE i Norwegia	49	0,09
(łącznie z Chorwacją i Turcją) ⁽³⁾	(49)	(0,09)
Liczba konfiskat		
UE i Norwegia	98 500	7500
(łącznie z Chorwacją i Turcją)	(99 000)	(7500)
Średnia cena detaliczna (w EUR za gram)		
Rozstęp	45-104	55-70
(Rozstęp międzykwartylowy) ⁽⁴⁾	(50,2-78,2)	
Średnia czystość (w %)		
Rozstęp	18-51	6-75
(Rozstęp międzykwartylowy) ⁽⁴⁾	(25-38,7)	

⁽¹⁾ Ze względu na małą liczbę państw, które przedstawiły informacje, należy zachować ostrożność przy interpretowaniu danych.

⁽²⁾ UNODC szacuje, że wartość ta odpowiada 431-562 tonom czystej kokainy.

⁽³⁾ Ogólna ilość kokainy skonfiskowanej w 2009 r. prawdopodobnie jest oszacowana zbyt nisko, w dużej mierze z uwagi na brak najnowszych danych dotyczących Niderlandów – kraju, który do 2007 r. zgłaszał stosunkowo duże konfiskaty. Ze względu na brak danych za 2008 i 2009 r. wartości dotyczących Niderlandów nie można uwzględnić w europejskich wartościach szacunkowych dla 2009 r.

⁽⁴⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.

UWAGA: Wszystkie dane dotyczą 2009 r.; b.d. – brak danych.

Źródło: Wartości globalne – UNODC (2011), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

w Kolumbii ogółem 23 tony nadmanganianu potasu (90% globalnej skonfiskowanej ilości) (INCB, 2011a).

Przesyłki kokainy do Europy wydają się być przewożone przez większość krajów Ameryki Południowej i Środkowej, głównie przez Argentynę, Brazylię, Ekwador, Wenezuelę i Meksyk. Przetładunek kokainy zmierzającej do Europy często odbywa się również na wyspach karaibskich. W ostatnich latach wykryto jeszcze inne szlaki, prowadzące przez Afrykę Zachodnią (EMCDDA i Europol, 2010). Pomimo zgłoszonego od 2007 r. „znacznego spadku” konfiskat kokainy transportowanej przez Afrykę Zachodnią (UNODC, 2011) prawdopodobnie znaczące ilości narkotyku są nadal przewożone przez ten region (EMCDDA i Europol, 2010).

Hiszpania, Niemcy i Portugalia, a także w pewnym zakresie Belgia, wydają się stanowić główne punkty wprowadzania tego narkotyku na rynek europejski. W Europie Niemcy, Francja i Zjednoczone Królestwo często wymieniane są jako ważne europejskie kraje tranzytowe lub docelowe. Zjednoczone Królestwo szacuje, że do tego kraju importuje się 25–30 ton kokainy rocznie. Najnowsze sprawozdania wskazują również, że handel kokainą może rozszerzać się w kierunku wschodnim (EMCDDA i Europol, 2010; INCB, 2011b). Łączne dane liczbowe dotyczące dwunastu krajów środkowej i wschodniej Europy wskazują na wzrost liczby konfiskat kokainy z 666 przypadków w 2004 r. do 1232 w 2009 r., ale nadal stanowią one zaledwie około 1% konfiskat europejskich ogółem. Ilość kokainy przechwyconej w tym regionie zwiększyła się ponaddwukrotnie w latach 2008–2009, głównie w wyniku rekordowych konfiskat w Bułgarii (0,23 tony) i Rumunii (1,3 tony) – dwóch krajach, które leżą na tak zwanym szlaku bałkańskim, zazwyczaj związanym z przemytem heroiny.

Konfiskaty

Po marihuanie i haszyszu najczęściej sprzedawanym narkotykiem na świecie jest kokaina. W 2009 r. globalne konfiskaty kokainy utrzymywały się w większości na stabilnym poziomie około 732 ton (tabela 8) (UNODC, 2011). Największą przechwyconą ilość, stanowiącą 60% wielkości światowej, ponownie zgłosiła Ameryka Południowa, a następnie kolejno Ameryka Północna – 18% i Europa – 8% (UNODC, 2011).

W ciągu ostatnich 20 lat liczba konfiskat kokainy w Europie rosła, zwłaszcza od 2004 r., osiągając szacowaną liczbę 99 000 przypadków w 2009 r. Całkowita ilość przechwyconej kokainy osiągnęła szczytowy poziom w 2006 r., a od tego czasu zmniejszyła się o połowę – do

szacowanych 49 ton w 2009 r. Wynika to głównie ze spadku ilości skonfiskowanej w Hiszpanii i Portugalii ⁽⁷⁴⁾, chociaż nie jest jasne, w jakim zakresie wynika to ze zmiany szlaków lub praktyk handlarzy, a w jakim ze zmiany priorytetów organów ścigania. W 2009 r. Hiszpania nadal była krajem zgłaszającym zarówno największą ilość przechwyconej kokainy, jak i największą liczbę konfiskat tego narkotyku w Europie – około połowę ogólnej liczby w obu przypadkach. Jednakże jest to wstępna ocena, jako że nie są dostępne najnowsze dane dotyczące Niderlandów. W 2007 r. – ostatnim roku, za który dane są dostępne – Niderlandy zgłosiły skonfiskowanie około 10 ton kokainy.

Czystość i cena

Średnia czystość badanych próbek kokainy wynosiła od 25% do 43% w połowie krajów przekazujących dane za 2009 r. Najniższe wartości zgłoszono w Danii (jedynie handel detaliczny, 18%) i w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia, 20%), a najwyższe w Belgii (51%), Hiszpanii i Niderlandach (49%) ⁽⁷⁵⁾. Dwadzieścia

Hurtowe i detaliczne ceny narkotyków: kokaina

Hurtowe ceny narkotyków są cenami płaconymi za duże ilości, które będą dystrybuowane w obrębie kraju, natomiast ceny detaliczne są tymi, które płać osoby używające narkotyków. Poprzez porównywanie tych dwóch cen można oszacować maksymalną marżę zysku, którą handlarze narkotyków mogą uzyskać na rynku detalicznym.

Najnowsze dane zebrane przez EMCDDA z 14 krajów europejskich wskazują na to, że w 2008 r. hurtową cenę za przesyłkę jednego kilograma kokainy można było oszacować na 31 000 EUR do 58 000 EUR, przy czym większość krajów zgłosiła wielkości rzędu 35 000 EUR. W chwili zgłaszania średni poziom czystości takich przesyłek wynosił prawie 70%.

W 2008 r. ceny detaliczne kokainy wahały się od 50 000 EUR do 80 000 EUR za równowartość jednego kilograma kokainy w tych krajach, a tym samym były od 25% do 83% wyższe od cen hurtowych. Poziomy czystości zmniejszały się przy przechodzeniu narkotyku z rynku hurtowego na detaliczny, gdzie zgłaszana czystość wynosiła średnio 13% do 60%, w zależności od kraju. Konieczne są jednak dodatkowe dane, by precyzyjnie oszacować na poziomie hurtowym i detalicznym różnice cen skorygowane o czystość.

Przegląd metod i dostępności danych w Europie dostępny jest w sprawozdaniu EMCDDA w sprawie badania pilotażowego hurtowych cen narkotyków, opublikowanym w 2011 r.

⁽⁷⁴⁾ Zob. tabele SZR-9 i SZR-10 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁷⁵⁾ Dane dotyczące czystości i ceny – zob. tabele PPP-3 i PPP-7 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

dwa kraje przekazały dane wystarczające do analizy tendencji w czystości kokainy w latach 2004–2009, przy czym 19 krajów zgłosiło spadek, dwa – stabilną sytuację (Niemcy, Słowacja), a w Portugalii odnotowano wzrost czystości. Ogólnie rzecz biorąc, w latach 2004–2009, szacunkowa czystość kokainy w Unii Europejskiej zmalała średnio o 20% ⁽⁷⁶⁾.

W większości krajów, które przekazały dane za 2009 r., średnia cena kokainy wynosiła od 50 EUR do 80 EUR za gram. Zjednoczone Królestwo zgłosiło najniższą średnią cenę (45 EUR), podczas gdy Luksemburg zgłosił najwyższą (104 EUR). Prawie wszystkie kraje posiadające wystarczające dane do przeprowadzenia porównania zgłosiły ustabilizowanie lub spadek detalicznej ceny kokainy w latach 2004–2009. Szacuje się, że w latach 2004–2009 średnia cena detaliczna kokainy w Unii Europejskiej zmalała średnio o 21% ⁽⁷⁷⁾.

Wskaźniki i wzory używania

Używanie kokainy w populacji ogólnej

Kokaina jest drugim, po konopiach indyjskich, najczęściej próbowanym narkotykiem w Europie, chociaż jej używanie jest skoncentrowane w niewielkiej liczbie krajów – z których niektóre posiadają dużą liczbę ludności – o wysokich wskaźnikach używania. Szacuje się, że przynajmniej raz w życiu użyło kokainy około 14,5 mln Europejczyków, czyli średnio 4,3% dorosłych w wieku od 15 do 64 lat (zestawienie danych – zob. tabela 9). Wielkości krajowe wahają się od 0,1% do 10,2%, przy czym połowa z 24 krajów przedstawiających sprawozdanie, w tym większość państw środkowej i wschodniej Europy, podaje niski wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia (od 0,5% do 2,5%).

Szacuje się, że około 4 mln Europejczyków (średnio 1,2%) użyło tego narkotyku w ciągu ostatniego roku. Najnowsze

Tabela 9: Rozpowszechnienie używania kokainy w populacji ogólnej – zestawienie danych

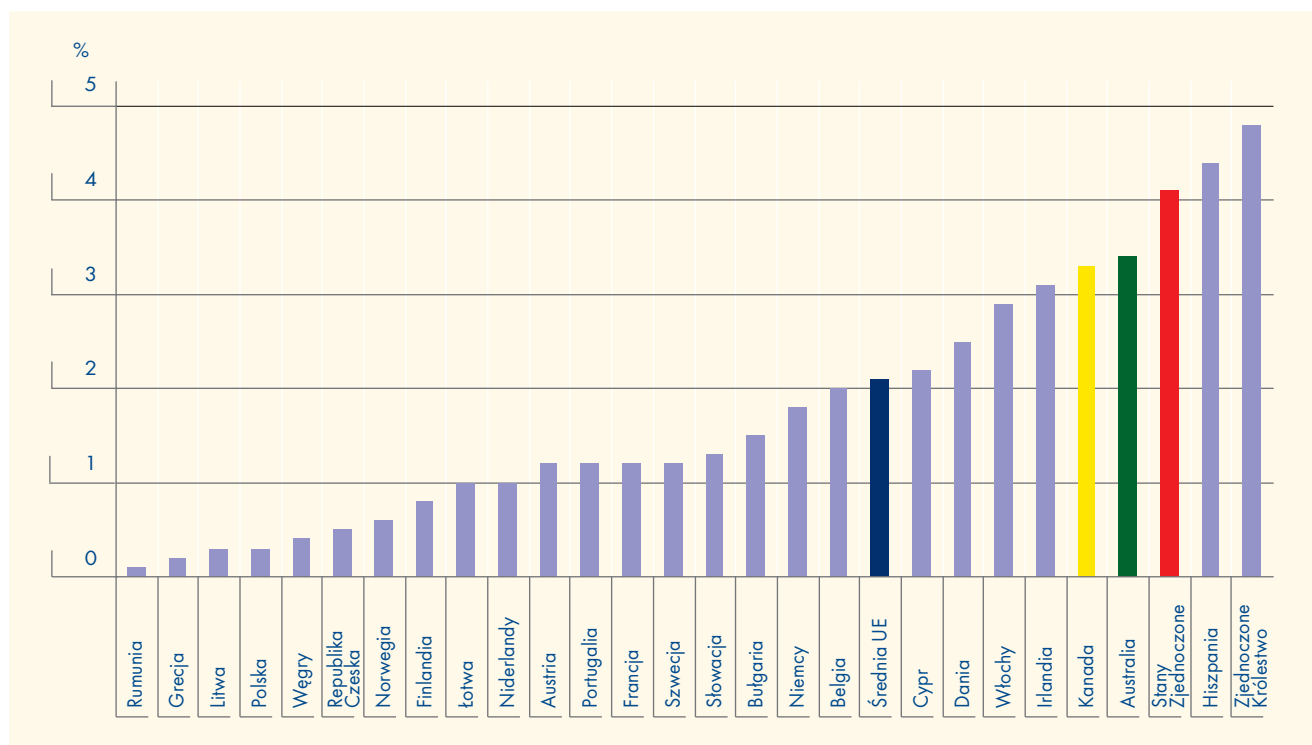
Grupa wiekowa	Okres używania		
	Przynajmniej raz w życiu	Ostatni rok	Ostatni miesiąc
15–64 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	14,5 mln	4 mln	1,5 mln
Średnia europejska	4,3%	1,2%	0,5%
Przedział	0,1 – 10,2%	0,0 – 2,7%	0,0 – 1,3%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Malta (0,4%) Litwa (0,5%) Grecja (0,7%)	Rumunia (0,0%) Grecja (0,1%) Węgry, Polska, Litwa (0,2%) Malta (0,3%)	Rumunia, Grecja (0,0%) Republika Czeska, Malta, Szwecja, Polska, Litwa, Estonia, Finlandia (0,1%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Hiszpania (10,2%) Zjednoczone Królestwo (8,8%) Włochy (7,0%) Irlandia (5,3%)	Hiszpania (2,7%) Zjednoczone Królestwo (2,5%) Włochy (2,1%) Irlandia (1,7%)	Hiszpania (1,3%) Zjednoczone Królestwo (1,1%) Cypr, Włochy (0,7%) Austria (0,6%)
15–34 lata			
Szacowana liczba osób używających w Europie	8 mln	3 mln	1 mln
Średnia europejska	5,9%	2,1%	0,8%
Przedział	0,1 – 13,6%	0,1 – 4,8%	0 – 2,1%
Kraje o najniższym wskaźniku rozpowszechnienia	Rumunia (0,1%) Litwa (0,7%) Malta (0,9%) Grecja (1,0%)	Rumunia (0,1%) Grecja (0,2%) Polska, Litwa (0,3%) Węgry (0,4%)	Rumunia (0%) Grecja, Polska, Litwa, Norwegia (0,1%) Republika Czeska, Węgry, Estonia (0,2%)
Kraje o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia	Hiszpania (13,6%) Zjednoczone Królestwo (13,4%) Dania (8,9%) Irlandia (8,2%)	Zjednoczone Królestwo (4,8%) Hiszpania (4,4%) Irlandia (3,1%) Włochy (2,9%)	Zjednoczone Królestwo (2,1%) Hiszpania (2%) Cypr (1,3%) Włochy (1,1%)

Europejskie wartości szacunkowe obliczono na podstawie krajowych szacunkowych wskaźników używania narkotyku ważonych populacją danej grupy wiekowej w każdym kraju. Aby uzyskać wartości szacunkowe ogólnej liczby osób używających w Europie, w przypadku krajów nieposiadających danych dotyczących wskaźników używania narkotyku (reprezentujących nie więcej niż 3% populacji docelowej) zastosowano średnią unijną. Przyjęte bazy liczebności populacji: od 15 do 64 lat – 336 mln i od 15 do 34 lat – 132 mln. Ponieważ europejskie wartości szacunkowe oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych w latach 2001–2009/2010 (głównie 2004–2008), nie odnoszą się do jednego roku. Dane tutaj zestawione znajdują się w biuletynie statystycznym za 2011 r. w części „Badania ankietowe populacji ogólnej”.

⁽⁷⁶⁾ Zob. wykres PPP-2 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁷⁷⁾ Zob. wykres PPP-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Wykres 9: Wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) w Europie, Australii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych



UWAGA: Dane pochodzą z ostatnich badań ankietowych w każdym państwie. Europejski średni wskaźnik używania został obliczony na podstawie średnich krajowych wskaźników ważonych krajową populacją w wieku od 15 do 34 lat (2007 r., dane Eurostat). Dane dotyczące Stanów Zjednoczonych i Australii przeliczone z przedziałów wiekowych odpowiednio od 16 do 34 lat i od 14 do 39 lat, wykorzystując pierwotne wyniki badań. Dane dla Australii odnoszą się do 2007 r., dane dla Kanady i USA odnoszą się do 2009 r. Więcej informacji – zob. wykres GPS-20 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

krajowe badania ankietowe wykazują, że wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku szacowany jest na 0–2,7%. Szacuje się, że w Europie wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego miesiąca odnosi się do około 0,5% dorosłych, tj. około 1,5 mln osób.

Wskaźniki używania kokainy w ciągu ostatniego roku wyższe niż średnia europejska zgłosiły Irlandia, Hiszpania, Włochy, Cypr i Zjednoczone Królestwo. We wszystkich tych krajach dane dotyczące wskaźników używania w ciągu ostatniego roku pokazują, że kokaina jest najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem pobudzającym.

Używanie kokainy wśród młodych osób dorosłych

Ocenia się, że w Europie ok. 8 mln młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat), czyli średnio 5,9%, użyło kokainy przynajmniej raz w życiu. Wielkości krajowe wahają się od 0,1% do 13,6%. Szacuje się, że europejski wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku w tej grupie wiekowej wynosi średnio 2,1% (ok. 3 mln), natomiast w odniesieniu do używania w ciągu ostatniego miesiąca jest to 0,8% (1 mln).

Używanie kokainy jest wysokie zwłaszcza w grupie młodych mężczyzn (od 15 do 34 lat), przy czym wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wynosi od 4% do 6,7% w Danii, Hiszpanii, Irlandii, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie⁽⁷⁸⁾. W 13 krajach przedstawiających sprawozdanie w grupie młodych osób dorosłych stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w odniesieniu do wskaźnika używania kokainy w ciągu ostatniego roku wynosi co najmniej 2:1⁽⁷⁹⁾.

Porównania międzynarodowe

Ogólnie rzecz biorąc, szacowany wskaźnik używania kokainy w ostatnim roku wśród młodych osób dorosłych jest niższy w Europie (2,1%), niż wśród ich rówieśników w Australii (3,4% osób w wieku od 14 do 39 lat), Kanadzie (3,3%) i Stanach Zjednoczonych (4,1% osób w wieku od 16 do 34 lat). Wyższe wskaźniki zgłaszają jednakże Hiszpania (4,4%) i Zjednoczone Królestwo (4,8%) (wykres 9). Należy odnotować, że niewielkie różnice między krajami należy interpretować z ostrożnością.

⁽⁷⁸⁾ Zob. wykres GPS-13 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁷⁹⁾ Zob. tabela GPS-5 (część iii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Używanie kokainy wśród uczniów

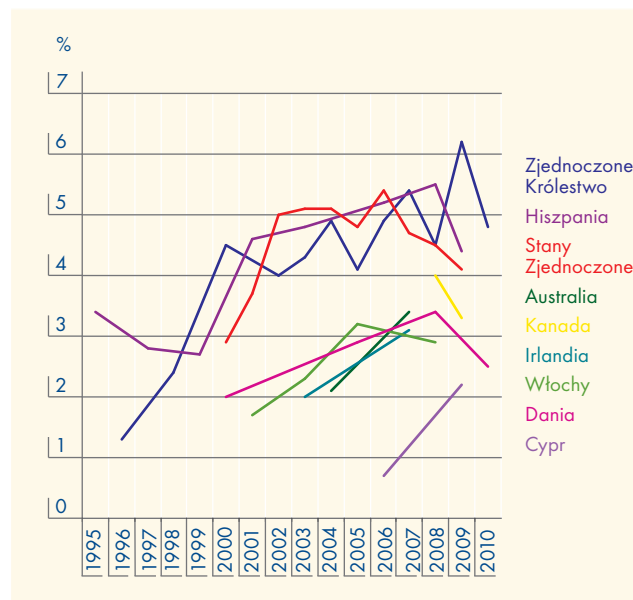
Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat, którzy wzięli udział w najnowszych dostępnych badaniach, wynosi w połowie z 29 państw przedstawiających sprawozdanie od 1% do 2%. Większość pozostałych krajów podaje wskaźnik używania na poziomie od 3% do 4%, natomiast Francja i Zjednoczone Królestwo zgłaszają 5%. W przypadku dostępności danych dotyczących starszych uczniów szkół (w wieku od 17 do 18 lat) wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy jest na ogół wyższy, a w Hiszpanii wynosi aż 8% ⁽⁸⁰⁾.

Tendencje w używaniu kokainy

Tendencje w używaniu kokainy w Europie rysują się według odmiennych wzorów. W Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie, krajach o najwyższym wskaźniku używania kokainy, pod koniec lat 90. XX w. używanie tego narkotyku gwałtownie wzrosło, a następnie wykształciła się tendencja stabilniejsza, chociaż w dalszym ciągu na ogół wyższa. W czterech kolejnych krajach (Dania, Irlandia, Włochy, Cypr) wzrost wskaźnika używania był mniej widoczny i nastąpił nieco później. Wszystkie z tych krajów zgłosiły wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) na poziomie wyższym od średniej UE, wynoszącej 2,1% (wykres 9). Cztery z tych sześciu krajów zgłosiły ogólny wzrost w ciągu ostatnich 10 lat, pomimo obserwowanego w najnowszych badaniach spadku (Dania, Hiszpania, Włochy, Zjednoczone Królestwo), który stanowi powtórzenie tendencji zaobserwowanych w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych (wykres 10). Dwa inne kraje zgłosiły wzrost w swoich najnowszych badaniach: Irlandia z 2% w 2003 r. do 3,1% w 2007 r.; a Cypr z 0,7% w 2006 r. do 2,2% w 2009 r.

W 17 pozostałych krajach, w których przeprowadza się powtarzane badania ankietowe, używanie kokainy pozostaje na poziomie względnie niskim i, w większości przypadków, stabilnym. Możliwe wyjątki mogą dotyczyć Bułgarii i Szwecji, które zgłosiły oznaki wzrostu, a także Norwegii, gdzie tendencja wydaje się być spadkowa. Należy jednak mieć na uwadze, że niewielkie zmiany przy niskim wskaźniku używania należy interpretować ostrożnie. W Bułgarii wskaźnik używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych wzrósł z 0,7% w 2005 r. do 1,5% w 2008 r., a w Szwecji z 0% w 2000 r. do 1,2% w 2008 r. ⁽⁸¹⁾. Norwegia zgłosiła spadek z 1,8% w 2004 r. do 0,8% w 2009 r.

Wykres 10: Tendencje dotyczące wskaźnika używania kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (od 15 do 34 lat) w sześciu państwach członkowskich UE o najwyższym wskaźniku, Australii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych



UWAGA: Więcej informacji – zob. wykres GPS-14 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

Spośród czterech krajów, które przeprowadziły krajowe badania w szkołach w latach 2009–2010 (Włochy, Słowacja, Szwecja, Zjednoczone Królestwo), wyłącznie Słowacja zgłosiła zmianę (spadek) o więcej niż jeden punkt procentowy wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy wśród uczniów w wieku od 15 do 16 lat. Najnowsze badanie przeprowadzone w Niemczech wśród starszych uczniów wykazało, że odsetek uczniów w wieku od 15 do 18 lat we Frankfurcie zgłaszających przynajmniej jednokrotne doświadczenie związane z kokainą nieznacznie wzrósł do 6% w 2008 r. i spadł do 3% w 2009 r.

Ukierunkowane badania ankietowe mogą dostarczać wartościowych spostrzeżeń dotyczących zachowań związanych z używaniem narkotyków przez młode osoby w miejscach związanych z muzyką dance oraz w innych obiektach rozrywkowych. Chociaż badania te zasadniczo wskazują na stosunkowo wysoki wskaźnik używania kokainy, to najnowsze badania przeprowadzone w niektórych europejskich krajach zawierają informacje o jego spadku. Na przykład badanie osób odwiedzających „coffee shopy” w Amsterdamie wykazało znaczny spadek wskaźnika przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy – z 52% w 2001 r. do 34%

⁽⁸⁰⁾ Zob. tabele EYE-10 do EYE-30 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁸¹⁾ Patrz wykres GPS-14 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

w 2009 r. – oraz spadek wskaźnika używania kokainy w ciągu ostatniego miesiąca z 19% do 5% w tym samym okresie ⁽⁸²⁾. Również w Niderlandach monitorowanie tendencji ilościowej pozwala odnotować, że w porównaniu do wcześniejszych pokoleń osób w wieku od 20 do 24 lat obecnie ludzie w tym samym wieku są mniej zainteresowani używaniem kokainy. Belgijskie badanie, przeprowadzane regularnie od 2003 r. w nocnych lokalach rozrywkowych, wskazuje na wzrost w latach 2003–2007 wskaźnika używania kokainy w ciągu ostatniego roku z 11% do 17%, po czym nastąpił spadek do 13% odnotowany w badaniu z 2009 r. Podobne badania z Republiki Czeskiej wskazują na wzrost wskaźnika przynajmniej jedнокrotnego użycia kokainy z 19% w 2007 r. do 23% w 2009 r. Takie wyniki należy jednak potwierdzić za pomocą innych zestawów danych.

Wzory używania kokainy

Badania ankietowe wykazują, że w obiektach rozrywkowych używanie kokainy jest silnie powiązane ze spożywaniem alkoholu. Dane z przeprowadzonych w dziewięciu krajach badań ankietowych populacji ogólnej wskazują na to, że wskaźnik używania kokainy jest od dwóch do dziewięciu razy wyższy wśród osób okazjonalnie spożywających duże ilości alkoholu ⁽⁸³⁾, niż w populacji ogólnej (EMCDDA, 2009b). Badania pokazują także, że używanie kokainy związane jest z używaniem innych nielegalnych narkotyków. Na przykład z analizy danych uzyskanych w ramach brytyjskich badań przestępczości w latach 2009–2010 wynika, że 89% osób dorosłych (w wieku od 16 do 59 lat), które w ciągu ostatniego roku użyły proszku kokainowego, używało także innych narkotyków, natomiast w przypadku osób używających konopi indyjskich odsetek ten wynosił 42% (Hoare i Moon, 2010).

W niektórych krajach europejskich znaczna liczba osób używa kokainy eksperymentalnie tylko raz lub dwa (Van der Poel i in., 2009). Wśród osób używających kokainy bardziej regularnie można wyróżnić dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią używający bardziej zintegrowani społecznie, którzy wykazują tendencję do używania kokainy w weekendy, na imprezach lub przy innych specjalnych okazjach, czasem w większych ilościach. Wiele z tych osób zgłasza samodzielnie kontrolowanie używania tego narkotyku, ustalając zasady dotyczące np. używanej ilości, częstości lub kontekstu używania narkotyku (Reynaud-Maurupt i Hoareau, 2010). Niektóre z nich mogą doświadczać problemów zdrowotnych związanych z używaniem kokainy lub rozwinąć nałogowe

wzory używania, które wymagają leczenia. Jednakże badania wskazują, że znaczny odsetek osób mających problemy związane z kokainą może wyzdrowieć bez sformalizowanych form leczenia (Cunningham, 2000; Toneatto i in., 1999).

Druga grupa złożona jest z osób używających kokainy i cracku w sposób intensywny, należących do grup bardziej zmarginalizowanych społecznie lub znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, i może obejmować osoby dawniej lub obecnie używające opioidów, które używają cracku lub używają kokainy drogą iniekcji (Prinzleve i in., 2004).

Konsekwencje zdrowotne używania kokainy

Konsekwencje zdrowotne używania kokainy są prawdopodobnie niedoszacowane. Może to wynikać z często nieokreślonego lub przewlekłego charakteru patologii spowodowanych zazwyczaj długotrwałym używaniem kokainy (zob. rozdział 7). Regularne używanie kokainy, w tym wciąganie jej przez nos, może wiązać się z problemami o charakterze sercowo-naczyniowym, neurologicznym i psychiatrycznym, a także z ryzykiem wypadków i przenoszenia się chorób zakaźnych wskutek uprawiania seksu bez zabezpieczenia (Brugal i in., 2009) i być może dzielenia się słomkami (Aaron i in., 2008), na co istnieje coraz większa liczba dowodów (Caiiffa i in., 2011). Badania przeprowadzone w krajach o wysokim wskaźniku używania tego narkotyku sugerują, że znaczny odsetek problemów kardiologicznych u młodych osób może być związany z używaniem kokainy (Qureshi i in., 2001). Na przykład w Hiszpanii używanie kokainy wydaje się być również związane ze znacznym odsetkiem zgłoszeń na ostry dyżur powiązanych z narkotykami, a najnowsze badanie hiszpańskie wykazuje, że 3% nagłych zgonów związanych jest z kokainą (Lucena i in., 2010). Rosnące wskaźniki używania kokainy w Danii pokrywają się z rosnącą liczbą przypadków zgłoszeń na ostry dyżur powiązanych z kokainą, która wzrosła z 50 przypadków w 1999 r. do niemal 150 w 2009 r.

Używanie kokainy drogą iniekcji i używanie cracku wiążą się z największymi zagrożeniami dla zdrowia osób używających kokainy, w tym problemami sercowo-naczyniowymi i psychicznymi. Problemy te nasilają się na ogół na skutek marginalizacji społecznej oraz zagrożenia związanego z przyjmowaniem narkotyków poprzez iniekcję, w tym z przenoszeniem się chorób zakaźnych i przedawkowaniem (EMCDDA, 2007a).

⁽⁸²⁾ Należy zauważyć, że tendencje dotyczące Amsterdamu nie są reprezentatywne dla całych Niderlandów.

⁽⁸³⁾ Okazjonalne spożywanie dużych ilości alkoholu, nazywane również ciągiem picia, definiuje się tu jako spożywanie sześciu lub więcej szklanek napoju alkoholowego przy jednej okazji co najmniej raz w tygodniu w ciągu ostatniego roku.

Problemowe używanie kokainy i zapotrzebowanie na leczenie

Osoby regularnie używające kokainy, czyli ci, którzy używają jej przez dłuższy okres i ci, którzy przyjmują ją drogą iniekcji, są określane przez EMCDDA jako używający kokainy problemowo. Szacowana wielkość tej populacji stanowi przybliżoną liczbę osób potencjalnie potrzebujących leczenia. Liczba bardziej zintegrowanych społecznie osób problemowo używających kokainy jest zasadniczo niedoszacowana.

Krajowe dane szacunkowe na temat osób problemowo używających kokainy są dostępne tylko w wypadku Włoch, gdzie liczbę tych osób oszacowano na około 178 000 (od 4,3 do 4,7 na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat) w 2009 r. ⁽⁸⁴⁾. Dane o tendencjach dotyczących problemowego używania kokainy oraz inne źródła danych (np. liczba osób podejmujących leczenie) wskazują na stopniowy wzrost problemowego używania kokainy we Włoszech.

Używanie cracku rzadko występuje wśród społecznie zintegrowanych osób używających kokainy i ograniczone jest głównie do grup zmarginalizowanych i znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby świadczące usługi seksualne, osoby problemowo używające opioidów, i w większości przypadków jest to zjawisko miejskie (Prinzleve i in., 2004; Connolly i in., 2008). W Londynie używanie cracku jest uważane za główny element problemu narkotykowego w tym mieście. Regionalne szacunki dotyczące cracku dostępne są wyłącznie dla Anglii (Zjednoczone Królestwo), gdzie w latach 2008–2009 liczbę osób problemowo używających cracku oszacowano na 189 000, co odpowiada 5,5 (5,4–5,8) przypadku na 1000 mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Większość tych osób używających cracku zgłoszono także jako używających opioidów.

Zapotrzebowanie na leczenie

Bardziej dogłębny wgląd w problemowe używanie kokainy można uzyskać na podstawie danych o liczbie i cechach osób rozpoczynających leczenie w związku z używaniem kokainy. Prawie wszyscy pacjenci leczeni z powodu używania kokainy są leczeni ambulatoryjnie, chociaż niektóre osoby mogą leczyć się w klinikach prywatnych, w odniesieniu do których dane nie są dostępne. Wiele osób problemowo używających kokainy jednak nie szuka leczenia (Escot i Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt i Hoareau, 2010).

Kokaina, przeważnie w postaci proszku kokainowego, była wymieniana jako podstawowy powód rozpoczęcia

Kokaina i alkohol

Osoby używające kokainy często spożywają także alkohol. Badania ankietowe populacji wykazują, że używanie kokainy i alkoholu – szczególnie w przypadkach okazjonalnego spożywania dużych ilości alkoholu – często jest powiązane. Dwa kolejne badania wykazały, że ponad połowa osób leczonych z uzależnienia od kokainy była także uzależniona od alkoholu.

Popularność tego połączenia można wyjaśnić poprzez kontekst, gdyż obie substancje są silnie powiązane z nocnymi lokalami rozrywkowymi i imprezami, ale też poprzez czynniki farmakologiczne. „Euforia” osiągnięta przez połączenie tych substancji jest postrzegana jako większa niż osiągnięta przy stosowaniu tylko jednej z nich. Dodatkowo kokaina może obniżać intensywność upojenia alkoholowego i może też przeciwdziałać niektórym deficytom behawioralnym i psychomotorycznym wywoływanym przez alkohol. Alkohol jest również używany do łagodzenia dyskomfortu odczuwanego przy wychodzeniu z kokainowej „euforii”. Pod tym względem połączenie to może prowadzić do wzrostu używania obu substancji.

Istnieją udokumentowane zagrożenia i reakcje toksyczne związane z jednoczesnym używaniem alkoholu i kokainy, w tym wzrost tętna, podniesienie poziomu skurczowego ciśnienia tętniczego, co może skutkować powikłaniami sercowo-naczyniowymi i upośledzeniem sprawności kognitywnej i ruchowej. Jednakże badania retrospektywne wykazują, że łączone używanie wydaje się nie wywoływać większych problemów sercowo-naczyniowych niż można byłoby oczekiwać przy dodatkowym używaniu każdego narkotyku (Pennings i in., 2002). Ponadto łączone używanie skutkuje powstaniem nowej substancji, etylokokainy, metabolitu powstającego w wątrobie. Obecnie trwa debata nad tym, czy etylokokaina odpowiada za wzrost tętna i za kardiotoxyczność.

Więcej informacji – zob. EMCDDA (2007a).

leczenia przez 17% wszystkich zgłoszonych osób używających narkotyków, które rozpoczęły leczenie w 2009 r. Wśród tych, którzy rozpoczęli leczenie po raz pierwszy, odsetek osób używających kokainy jako narkotyku podstawowego był wyższy (23%).

Istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy krajami w odniesieniu do odsetka i liczby pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od kokainy jako narkotyku podstawowego, przy czym najwyższy odsetek zgłaszają Hiszpania (46%), Niemcy (31%) i Włochy (28%). W Belgii, Irlandii, na Cyprze i w Zjednoczonym Królestwie osoby leczone z powodu używania kokainy stanowią od 11% do 15% wszystkich pacjentów leczonych w związku z narkotykami. W innych państwach europejskich osoby używające kokainy stanowią 10% lub mniej pacjentów leczonych z uzależnienia od narkotyków, przy czym sześć

⁽⁸⁴⁾ Zob. tabela PDU-102 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

krajów zgłosiło mniej niż 1% ⁽⁸⁵⁾. Ogółem Hiszpania, Włochy i Zjednoczone Królestwo zgłosiły łącznie prawie 58 000 z 72 000 pacjentów leczonych z uzależnienia od kokainy zgłoszonych przez 26 państw europejskich.

Liczba osób rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków i podających kokainę jako narkotyk podstawowy przez kilka lat rosła w Europie. W oparciu o dane z 17 krajów, które przekazały informacje za lata 2004–2009, można oszacować, że liczba pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od kokainy wzrosła z około 38 000 w 2004 r. do około 55 000 w 2009 r. W tym samym okresie liczba osób używających kokainy, które rozpoczęły leczenie po raz pierwszy, wzrosła o prawie jedną trzecią – z 21 000 do 27 000 (w oparciu o dane z 18 krajów przedstawiających sprawozdanie).

Profil pacjentów leczonych ambulatoryjnie

Wśród pacjentów rozpoczynających leczenie ambulatoryjne, którzy jako narkotyk podstawowy zadeklarowali kokainę, w tym proszek kokainowy i crack, występuje jeden z najwyższych stosunków liczby mężczyzn do liczby kobiet (około pięciu mężczyzn na jedną kobietę), a także jedna z najwyższych średnich wieku (około 32 lat) w grupie wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków. Średni wiek jest najwyższy we Francji, Włoszech i Niderlandach (35 lat). Osoby używające kokainy jako podstawowego narkotyku zgłaszają pierwsze użycie tego narkotyku w średnim wieku 22,5 lat, przy czym 86% osób rozpoczęło używanie tego narkotyku przed ukończeniem 30 roku życia. Średni okres pomiędzy pierwszym użyciem kokainy a poddaniem się leczeniu po raz pierwszy wynosi około dziewięciu lat. Prawie jedną trzecią wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od kokainy zgłosiło Zjednoczone Królestwo, a ich profil różni się od profilu pacjentów w innych krajach o wysokim odsetku pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od kokainy: są przeciętnie młodszy (31 lat), występuje wśród nich mniejsza dysproporcja płci (około trzech mężczyzn na każdą kobietę) i istnieje krótszy okres pomiędzy pierwszym użyciem narkotyku i rozpoczęciem leczenia (około siedmiu lat).

Większość pacjentów leczonych z powodu kokainy zgłasza wciąganie przez nos (66%) lub palenie (29%) jako główną metodę przyjmowania narkotyku. Iniekcja jest główną metodą przyjmowania narkotyku zgłaszaną przez zaledwie 3% pacjentów leczonych z powodu kokainy, a w latach 2005–2009 zaobserwowano spadek używania kokainy drogą iniekcji. Niemal połowa

pacjentów leczonych z powodu kokainy używała narkotyku jeden do sześciu razy w tygodniu w miesiącu poprzedzającym rozpoczęcie leczenia, a około jedna czwarta używała tego narkotyku codziennie, podczas gdy pozostała jedna czwarta nie używała go w tym okresie lub robiła to wyłącznie sporadycznie ⁽⁸⁶⁾. Kokaina często używana jest w połączeniu z innymi narkotykami, szczególnie z alkoholem, konopiami indyjskimi, innymi substancjami pobudzającymi i heroiną. Przeprowadzona w 2006 r. analiza danych z 14 krajów na temat leczenia wykazała, że około 63% pacjentów leczonych z powodu kokainy jako narkotyku podstawowego stanowiły osoby używające jednocześnie wielu substancji, zgłaszając problemy związane z co najmniej jednym z innych narkotyków. Najczęściej wymienianym dodatkowym narkotykiem używanym problemowo był alkohol, używany przez 42% pacjentów leczonych z powodu kokainy, a po nim konopie indyjskie (28%) i heroina (16%) (EMCDDA, 2009b). Kokaina wymieniana jest również jako substancja dodatkowa ⁽⁸⁷⁾ i była coraz częściej wymieniana we Włoszech i w Niderlandach przez osoby używające heroiny jako narkotyku podstawowego.

Analiza danych dotyczących podejmowania leczenia pokazuje, że zasięg geograficzny problemu związanego z crackiem pozostaje w Europie ograniczony. W 2009 r. zgłoszono, że 10 540 pacjentów rozpoczęło leczenie ambulatoryjne z powodu używania cracku jako podstawowego narkotyku, co stanowi 16% wszystkich pacjentów leczonych z powodu kokainy i 3% wszystkich pacjentów rozpoczynających ambulatoryjne leczenie z powodu narkotyków. Największą liczbę pacjentów leczonych z powodu cracku zgłosiło Zjednoczone Królestwo, gdzie osób tych jest około 7500 i stanowią one do 40% pacjentów leczonych z powodu kokainy i 6% wszystkich pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu narkotyków. Niderlandy zgłosiły 1231 pacjentów leczonych z powodu cracku, co stanowi 38% pacjentów leczonych z powodu kokainy i 12% wszystkich pacjentów leczonych z powodu narkotyków w tym kraju ⁽⁸⁸⁾. Wśród podejmujących leczenie osób używających cracku częste jest używanie heroiny. Na przykład w Zjednoczonym Królestwie około 31% pacjentów deklarujących crack jako swój podstawowy narkotyk zgłosiło heroinę jako narkotyk dodatkowy, a odsetek ten rośnie.

Leczenie i redukcja szkód

W przeszłości leczenie problemów związanych z narkotykami w Europie skupiało się na uzależnieniu

⁽⁸⁵⁾ Zob. wykres TDI-2, a także tabele TDI-5 (część i) i (część ii) oraz TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2011 r.; dane dla Hiszpanii dotyczą 2008 r.

⁽⁸⁶⁾ Zob. tabela TDI-18 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁸⁷⁾ Zob. tabela TDI-22 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁸⁸⁾ Zob. tabela TDI-115 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

od opioidów. Jednakże wraz z rosnącymi obawami dotyczącymi zdrowia publicznego w związku z używaniem kokainy i cracku w wielu krajach większą uwagę poświęca się reagowaniu na problemy związane z tymi narkotykami. Chociaż leczenie uzależnienia od kokainy jest zapewniane głównie przez wyspecjalizowane placówki ambulatoryjne, to specjalistyczne usługi dla osób używających kokainy świadczone są w Danii, Irlandii, we Włoszech, w Austrii i Zjednoczonym Królestwie. Leczenie uzależnienia od kokainy zapewniane jest również w ograniczonym zakresie w ramach podstawowej opieki lekarskiej. Obecnie tylko Niemcy i Zjednoczone Królestwo posiadają wytyczne dotyczące leczenia problemów związanych z kokainą.

Podstawowe możliwości leczenia uzależnienia od kokainy to interwencje psychospołeczne, w tym rozmowy motywacyjne, terapie kognitywno-behawioralne, behawioralne szkolenie w zakresie samokontroli, interwencje zapobiegające nawrotowi uzależnienia i poradnictwo. Grupy samopomocy, takie jak Anonimowi Kokainiści, również mogą odgrywać rolę w procesie powrotu do zdrowia osób mających problemy związane z używaniem kokainy. Zapewniane przez nie wsparcie można połączyć z leczeniem formalnym.

Badania dotyczące leczenia uzależnienia od kokainy

W Niemczech Koerkel i Verthein (2010) ocenili wpływ behawioralnego szkolenia w zakresie samokontroli na ograniczenie używania heroiny i kokainy przez osoby uzależnione. Szkolenie pomogło uczestnikom ograniczyć używanie obu substancji i utrzymać używanie narkotyków na samodzielnie określonych poziomach. Ostatnio w Anglii przeprowadzono dwa badania nad efektywnością programów leczenia uzależnienia od narkotyków. Badanie wyników leczenia uzależnienia od narkotyków (Jones, A. i in., 2009) wykazało, że ponad połowa pacjentów leczonych z uzależnienia od kokainy zaprzestała używania narkotyku w ciągu trzech do pięciu miesięcy od rozpoczęcia leczenia. Po roku leczenia 60% było abstynentami. Podobne wyniki zgłoszono w odniesieniu do objętych leczeniem osób używających cracku w 12 placówkach społecznościowych w Londynie (Marsden i Stillwell, 2010).

Prowadzone są liczne badania randomizowane mające na celu zbadanie nowych leków do leczenia uzależnienia od kokainy. Obecnie dwie substancje dają pewną nadzieję. Disulfiram, substancja zaburzająca metabolizm alkoholu, okazał się obiecujący w leczeniu uzależnienia od kokainy (Pani i in., 2010a) i obecnie jest testowany w ramach badania brazylijskiego w połączeniu z terapią kognitywno-behawioralną w leczeniu uzależnienia od

cracku. Wigabatryna, lek przeciwpadaczkowy, badana była na 103 zwolnionych warunkowo Meksykanach. Wyniki krótkoterminowych badań kontrolnych były pozytywne. Obecnie badana jest na 200 pacjentach w USA. W Niderlandach obecnie badane jest nowe podejście z zastosowaniem rimonabantu (selektywnego antagonisty receptora kannabinoidowego, wcześniej wykorzystywanego jako lek przeciw otyłości). Ponadto liczne możliwości farmakoterapeutyczne (topiramata, dekstroamfetamina i modafinil) są porównane w ramach randomizowanego badania kontrolowanego dotyczącego uzależnienia od cracku, niedawno zarejestrowanego w Niderlandach (Hicks i in., 2011).

Kilka innych prób wykazało słabe lub nieznaczące wyniki pod względem uzależnienia od kokainy. Modafinil, lek pobudzający ośrodkowy układ nerwowy, okazał się w odniesieniu do używania kokainy nie lepszy niż placebo (Anderson i in., 2009). Zarówno naltrekson (antagonista opioidów), jak i wardenklina (wykorzystywana w zwalczaniu uzależnienia od tytoniu) badane były na pacjentach posiadających liczne uzależnienia od kokainy i alkoholu lub tytoniu, ale nie wykazały różnicy w porównaniu do placebo. Memantyna (lek przeciw chorobie Alzheimera) badana była w połączeniu z zachętami opartymi na kuponach, ale w zmniejszeniu używania kokainy nie okazała się skuteczniejsza od placebo.

System gratyfikacji i kar uznano za efektywny niezależnie od kontekstu etnicznego (Barry i in., 2009) i okazał się on skuteczną strategią, jeśli był połączony z interwencjami mającymi na celu zapobieganie nawrotowi uzależnienia (McKay i in., 2010). W badaniu hiszpańskim stosowanie kuponów jako zachęt wraz ze wsparciem społecznym uznano za wspomagające abstynencję wśród osób uzależnionych od kokainy (Garcia-Rodriguez i in., 2009). Jednakże w innym badaniu zachęty oparte na kuponach dały słabe rezultaty we wspomaganiu abstynencji w dłuższych okresach (Carpenedo i in., 2010).

Inne interwencje dające obiecujące rezultaty obejmują wspomaganie abstynencji oparte na zatrudnieniu, w ramach którego pacjent otrzymuje sześciomiesięczne szkolenie w zakresie umiejętności zawodowych, a następnie roczne zatrudnienie, pod warunkiem losowego przeprowadzania badań narkotykowych na obecność kokainy. Innymi metodami badanymi pod kątem pomagania osobom używającym kokainy w osiągnięciu abstynencji były szkolenie świadomości i medytacja integracyjna. Celem badań przeprowadzonych w Niderlandach było zmniejszenie głodu narkotykowego za pomocą przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, techniki

wykorzystywanej do leczenia schorzeń neurologicznych i psychiatrycznych.

Nadal trwają próby opracowania szczepionki antykokainowej. W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono randomizowane badania kontrolowane (Martell i in., 2009) związane z wrażliwością pochodnej kokainy na białka cholery B, ale wyniki wydają się zbyt słabe, aby przeprowadzić planowane badania terenowe w Hiszpanii i Włoszech. Amerykańska grupa badawcza obecnie prowadzi nabór 300 pacjentów w celu zbadania zmodyfikowanej wersji szczepionki, a wyniki badania spodziewane są w 2014 r. (Whitten, 2010). W ramach innego badania opracowywana jest szczepionka przy wykorzystaniu wirusa przeziębienia jako nosiciela wywołującego reakcję przeciwciał, ale model ten nie był jeszcze testowany na ludziach.

Redukcja szkód

Używanie kokainy i cracku stanowi względnie nowy obszar interwencji mających na celu redukcję szkód i wymaga ponownego przemyślenia strategii tradycyjnych. Państwa członkowskie zwykle zapewniają osobom przyjmującym kokainę drogą iniekcji te same usługi i świadczenia, co osobom używającym opioidów. Jednakże iniekcjom kokainy towarzyszą szczególne zagrożenia. W szczególności obejmują one potencjalnie większą częstotliwość iniekcji, chaotyczne zachowanie związane

z iniekcjami i wyższy poziom ryzykownych zachowań seksualnych. Zalecenia w zakresie bezpiecznego używania muszą być dostosowane do potrzeb tej grupy. Ze względu na potencjalnie wysoką częstość iniekcji podaż sterylnego sprzętu do iniekcji nie powinna być ograniczana, ale raczej oparta na lokalnych ocenach wzorów używania kokainy i sytuacji społecznej osób używających kokainy drogą iniekcji (Des Jarlais i in., 2009).

Zapewnianie określonych programów redukcji szkód dla osób palących crack jest w Europie ograniczone. Chociaż takie interwencje są kontrowersyjne, to mogą ograniczać samodzielnie zgłaszane zachowania związane z iniekcją i dzielenie się fajkami do palenia narkotyków (Leonard i in., 2008), mimo że ich ogólna efektywność pod względem ograniczenia przenoszenia wirusów krwiopochodnych wymaga dalszych badań. W trzech krajach (Niemcy, Hiszpania, Niderlandy) niektóre placówki używania narkotyków zapewniają sprzęt do wdychania narkotyków, w tym kokainy. W Belgii, Niemczech, Hiszpanii, Francji, Luksemburgu i Niderlandach zgłoszono, że pewne placówki niskoprogowe sporadycznie zapewniają osobom palącym crack higieniczny sprzęt inhalacyjny, w tym czyste fajki do palenia cracku lub „zestawy do palenia cracku” (szklany cybuch z ustnikiem, metalowa siatka, balsam do ust i chusteczki do wytarcia rąk). W niektórych niskoprogowych placówkach w siedmiu państwach członkowskich UE osobom palącym heroinę lub kokainę udostępnia się również folię.



Rozdział 6

Używanie opioidów i używanie narkotyków drogą iniekcji

Wprowadzenie

Używanie heroiny, szczególnie drogą iniekcji, od lat 70. XX w. jest ściśle związane z problemami zdrowotnymi i społecznymi w Europie. Obecnie narkotyk ten wciąż stanowi przyczynę największej zachorowalności i umieralności w powiązaniu z używaniem narkotyków w Unii Europejskiej. Po dwudziestu latach wzrostu problemów związanych z używaniem heroiny odnotowano pod koniec 90. XX w. i na początku obecnego wieku spadek używania heroiny i występowania powiązanych problemów. Jednak od 2003–2004 r. tendencja wydaje się stawać mniej wyraźna, a wskaźniki wskazują na bardziej stabilną lub mieszaną sytuację. Poza heroiną raporty na temat używania opioidów syntetycznych, np. fentanylu, oraz iniekcji narkotyków pobudzających, takich jak kokaina lub amfetaminy, odzwierciedlają coraz bardziej złożony charakter problemowego używania narkotyków w Europie.

Podaż i dostępność

Na rynku nielegalnych narkotyków w Europie są oferowane dwie formy importowanej heroiny: powszechnie dostępna brązowa heroina (w jej podstawowej postaci chemicznej), głównie z Afganistanu, i biała heroina (w postaci soli), która zazwyczaj pochodzi z południowo-wschodniej Azji – choć ta forma narkotyku jest znacznie rzadsza. W niektórych krajach północnej Europy (np. w Estonii, Finlandii, Norwegii) używany jest fentanyl, syntetyczny opioid, a także jego analogi. Ponadto niektóre opioidy są produkowane w Europie; są to głównie domowej produkcji wyroby z maku lekarskiego (np. słoma makowa, koncentrat maku ze zmiażdżonych łodyg lub makówek), wytwarzane w niektórych krajach wschodnioeuropejskich (np. Łotwa, Litwa, Polska).

Produkcja i handel

Heroina spożywana w Europie jest głównie wytwarzana w Afganistanie, gdzie ma miejsce większość globalnej nielegalnej produkcji opium. Inne kraje produkujące opium to: Myanmar, zaopatrujący głównie rynki wschodniej i południowo-wschodniej Azji, Pakistan, Laos, a następnie Meksyk i Kolumbia, które są uważane za największych

dostawców heroiny do Stanów Zjednoczonych (UNODC, 2011). Szacuje się, że globalna produkcja opium spadła ze szczytowego poziomu przypadającego na 2007 r., głównie ze względu na zmniejszenie produkcji w Afganistanie z 6900 ton w 2009 r. do około 3600 ton w 2010 r. Według najnowszych danych szacunkowych wielkość globalnej potencjalnej produkcji heroiny wynosi 396 ton (zob. tabela 10), co stanowi spadek z szacowanego poziomu ok. 667 ton w 2009 r. (UNODC, 2011).

Heroina przybywa do Europy głównie dwoma szlakami handlowymi. Historycznie istotnym szlakiem bałkańskim dociera heroina produkowana w Afganistanie, sprowadzana przez Pakistan, Iran i Turcję, a następnie przez inne kraje tranzytu lub docelowe, głównie do zachodniej i południowej Europy. Heroina jest również przemykana „szlakiem jedwabnym” przez środkową

Tabela 10: Produkcja, konfiskaty, cena i czystość heroiny

Produkcja i konfiskaty	Heroina
Szacowana globalna produkcja (w tonach)	396
Globalna skonfiskowana ilość (w tonach)	76
Skonfiskowana ilość (w tonach) UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	8 (24)
Liczba konfiskat UE i Norwegia (łącznie z Chorwacją i Turcją)	56 000 (59 000)
Cena i czystość w Europie ⁽¹⁾	Zasada heroiny („brązowa heroina”)
Średnia cena detaliczna (w EUR za gram)	
Rozstęp (Rozstęp międzykwartylny) ⁽²⁾	23–135 (37,5–67,9)
Średnia czystość (w %)	
Rozstęp (Rozstęp międzykwartylny) ⁽²⁾	13–37 (16,8–33,2)

⁽¹⁾ Ponieważ mało krajów przekazało informacje na temat ceny detalicznej i czystości chlorowodoru heroiny („białej heroiny”), dane te nie są przedstawione w tabeli. Można je sprawdzić w tabelach PPP-2 i PPP-6 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽²⁾ Rozstęp dla centralnych 50% zgłoszonych danych.

UWAGA: Wszystkie dane dotyczą 2009 r., z wyjątkiem szacowanej globalnej produkcji (2010 r.).

Źródło: Wartości globalne – UNODC (2011), dane europejskie – krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

Azję i Rosję. W ograniczonym stopniu heroina jest następnie przemykana przez Białoruś, Polskę i Ukrainę do innych krajów, takich jak kraje skandynawskie przez Litwę (2010, 2011a). W Unii Europejskiej Niderlandy i – w mniejszym stopniu – Belgia odgrywają ważną rolę jako wtórne węzły dystrybucyjne.

Konfiskaty

Zgłoszone na całym świecie ilości skonfiskowanego opium w latach 2008 i 2009 pozostały na stabilnym poziomie – odpowiednio 657 i 653 ton. Niemal 90% tej ilości skonfiskowano w Iranie, a około 5% w Afganistanie. Globalne zgłoszone konfiskaty heroiny pozostały w 2009 r. na stabilnym poziomie (76 ton), podczas gdy globalne konfiskaty morfiny zmalały do 14 ton (UNODC, 2011).

Ocenia się, że 59 000 konfiskat w Europie doprowadziło w 2009 r. do przechwycenia 24 ton heroiny, z czego dwie trzecie (16,1 tony) zgłosiła Turcja. Zjednoczone Królestwo (a w dalszej kolejności Hiszpania) ponownie zgłosiła największą liczbę konfiskat⁽⁸⁹⁾. Dane za lata 2004–2009 z 28 państw przedstawiających sprawozdanie wskazują na ogólny wzrost liczby konfiskat. Ogólna tendencja w zakresie ilości heroiny przechwyconej w Turcji różni się od tendencji zaobserwowanej w Unii Europejskiej, co może częściowo wynikać ze ściślejszej współpracy pomiędzy organami ścigania Turcji i UE. Podczas gdy Turcja zgłosiła podwojenie ilości heroiny skonfiskowanej w latach 2004–2009, ilość skonfiskowana w Unii Europejskiej wykazywała w tym okresie ograniczony spadek, głównie wskutek zgłoszonego spadku skonfiskowanych ilości we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie – dwóch krajach konfiskujących największe ilości tego narkotyku w Unii Europejskiej.

Światowe konfiskaty stosowanego w produkcji heroiny bezwodnika octowego zmalały ze szczytowej wartości 200 000 litrów w 2008 r. do 21 000 litrów w 2009 r. Dane dla Unii Europejskiej pokazują nawet silniejszą tendencję spadkową: ze szczytowego poziomu niemal 150 800 litrów skonfiskowanych w 2008 r. do 886 litrów w 2009 r. Jednakże w odniesieniu do 2010 r. Słowenia zgłosiła konfiskatę rekordowej ilości bezwodnika octowego – 110 ton. INCB (2011a) przypisało powodzenie wysiłków UE w zapobieganiu zmianie zastosowania prekursorów połączeniu dochodzeń kilku państw członkowskich UE i Turcji.

Czystość i cena

W 2009 r. średnia czystość badanej brązowej heroiny wynosiła od 16% do 32% w większości krajów przedstawiających sprawozdanie; niższą czystość zgłoszono

Poważny spadek w produkcji opium w Afganistanie

Szacuje się, że w 2010 r. produkcja opium w Afganistanie, osiągająca poziom 3600 ton, zmalała o połowę w stosunku do poziomu osiągniętego w roku poprzednim. Wśród sugerowanych przyczyn tego spadku plonów maku lekarskiego są niekorzystne warunki pogodowe i rozprzestrzenienie się zarazy maku, infekcji grzybiczej, która dotknęła pola makowe w większości prowincji posiadających uprawy maku, szczególnie Helmand i Kandahar (UNODC i MCN, 2010). Zaraza nie spowodowała znaczącej zmiany obszaru upraw roślin, ale miała wpływ na ilość produkowanego opium.

Spadek plonów doprowadził również do radykalnego wzrostu zgłoszonych cen opium w okresie zniw. Średnia cena u producenta za kilogram suchych roślin wzrosła 2,6 razy, z 64 USD w 2009 r. do 169 USD w 2010 r. (UNODC i MCN, 2010). W tym samym okresie średnia cena heroiny w Afganistanie wzrosła 1,4 raza.

Wysoka cena opium może nie utrzymać się długo. Wzrost ceny, do którego doszło w 2004 r., gdy produkcja opium spadła wskutek choroby, utrzymał się krócej niż rok (UNODC i MCN, 2010). Skutki ostatniego spadku produkcji opium dla rynków konsumenckich, szczególnie w Europie, należy starannie monitorować.

w Francji (14%), Austrii (wyłącznie handel detaliczny, 13%), a wyższą na Malcie (36%), w Rumunii (36%) i Turcji (37%). W latach 2004–2009 czystość brązowej heroiny wzrosła w czterech krajach, podczas gdy w czterech innych pozostała stabilna, a w trzech spadła. Średnia czystość białej heroiny była na ogół wyższa (30–50%) w trzech krajach europejskich, które przekazały dane⁽⁹⁰⁾.

W państwach skandynawskich cena detaliczna brązowej heroiny w dalszym ciągu była znacznie wyższa niż w pozostałych krajach europejskich, przy czym w 2009 r. Szwecja podała średnią cenę 135 EUR za gram, a Dania – 95 EUR. Ogółem, w połowie krajów przedstawiających sprawozdanie cena mieściła się w przedziale od 40 EUR do 62 EUR za gram. W latach 2004–2009 cena detaliczna brązowej heroiny spadła w połowie z 14 krajów europejskich podających dane na temat tendencji czasowych.

Problemove używanie narkotyków

EMCDDA definiuje problemowe używanie narkotyków jako używanie narkotyków drogą iniekcji lub długotrwałe/regularne używanie opioidów, kokainy lub amfetaminy. Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji oraz używanie opioidów stanowią większość problemowego

⁽⁸⁹⁾ Zob. tabele SZR-7 i SZR-8 w biuletynie statystycznym za 2011 r. Należy pamiętać, że w razie braku danych za 2009 r. w celu oszacowania wartości łącznych dla Europy wykorzystano dane za 2008 r.

⁽⁹⁰⁾ Dane na temat czystości i ceny – zob. tabele PPP-2 i PPP-6 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

używania narkotyków w Europie, choć w kilku krajach istotnym elementem są również osoby używające amfetamin lub kokainy. Należy również zauważyć, że osoby problemowo używające narkotyków to w większości przypadków osoby używające jednocześnie wielu substancji, a wskaźniki używania są znacznie wyższe na obszarach miejskich i w grupach wykluczonych społecznie.

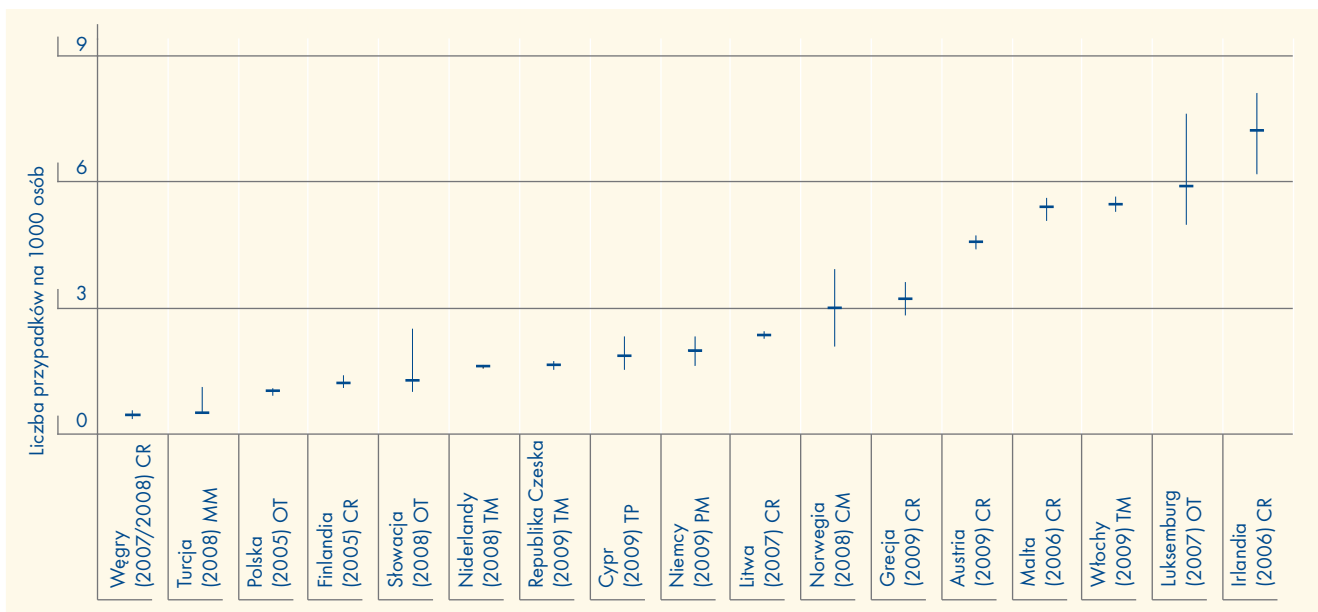
Z uwagi na stosunkowo niewielkie rozpowszechnienie i „konspiracyjny” charakter problemowego używania tego narkotyku, w celu uzyskania szacunkowych wskaźników używania na podstawie dostępnych źródeł konieczne jest dokonanie statystycznych ekstrapolacji (przede wszystkim na podstawie danych dotyczących leczenia uzależnienia od tej substancji oraz danych organów ścigania). Ogólny wskaźnik problemowego używania tego narkotyku szacowany jest na dwa do dziesięciu przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Takie szacunki mogą mieć szeroki margines niepewności i szczególne ograniczenia; na przykład, chociaż leczone osoby używające narkotyków są zazwyczaj w nich uwzględnione, to liczba osób używających narkotyków znajdujących się obecnie w więzieniu, szczególnie w przypadku dłuższych wyroków, może być tu zaniżona.

Problemowe używanie opioidów

Większość krajów europejskich może obecnie przedstawić szacunkowe wskaźniki „problemowego używania opioidów”. Najnowsze krajowe dane szacunkowe wynoszą od 1 do 8 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat (wykres 11). Kraje zgłaszające najwięcej dobrze udokumentowanych danych szacunkowych dotyczących problemowego używania opioidów to Irlandia, Włochy, Luksemburg i Malta, natomiast najmniej przypadków zgłaszają Republika Czeska, Niderlandy, Polska, Słowacja i Finlandia. Jedynie Turcja i Węgry zgłosiły mniej niż jeden przypadek na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat.

Średni wskaźnik problemowego używania opioidów w Unii Europejskiej i Norwegii, wyliczony na podstawie badań krajowych, szacuje się na 3,6 do 4,4 przypadku na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat. Odpowiada to około 1,3 mln (1,2–1,4 mln) osób problemowo używających opioidów w Unii Europejskiej i Norwegii w 2009 r. Dla porównania dane szacunkowe dla krajów sąsiadujących z Europą są wysokie: 16 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat w Rosji (UNODC, 2009), a na Ukrainie 10–13 przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat (UNODC, 2010). Dane szacunkowe dotyczące

Wykres 11: Dane szacunkowe dotyczące rocznego rozpowszechnienia problemowego używania opioidów (wśród osób w wieku od 15 do 64 lat)



UWAGA: Symbol oznacza estymację punktową, a znak pionowy oznacza przedział niepewności: przedział ufności 95% lub przedział oparty na analizie wrażliwości. Grupy docelowe mogą się nieco różnić ze względu na różne metody szacowania i źródła danych, dlatego przy porównaniach wskazana jest ostrożność. Niestandardowe przedziały wiekowe zastosowano w badaniach w Finlandii (od 15 do 54 lat), na Malcie (od 12 do 64 lat) i w Polsce (wszystkie przedziały wiekowe). Wszystkie te trzy poziomy dostosowano do populacji w wieku od 15 do 64 lat. W przypadku Niemiec przedział przedstawia najniższą i najwyższą granicę wszystkich istniejących szacunków, a estymacja punktu – średnią arytmetyczną średnich wartości. Akronimy zastosowanych metod oszacowania: CR, capture-recapture (losowanie typu pojmanie-uwolnienie); TM, treatment multiplier (współczynnik leczenia); MM, mortality multiplier (współczynnik umieralności); CM, combined methods (metody łączone); TP, truncated Poisson (rozkład ucięty Poissona); PM, police multiplier (współczynnik policyjny); OT, other methods (pozostałe metody). Więcej informacji – zob. wykres PDU-1 (część ii) i tabela PDU-102 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

wskaźników problemowego używania opioidów, które są wyższe niż średnia europejska, zgłoszono także w innych rozwiniętych regionach świata, gdzie liczba przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat wyniosła 6,3 w Australii (Chalmers i in., 2009), 5,0 w Kanadzie i 5,8 w USA (UNODC, 2010). Z uwagi na zróżnicowane definicje populacji docelowej należy zachować ostrożność, dokonując porównań między krajami.

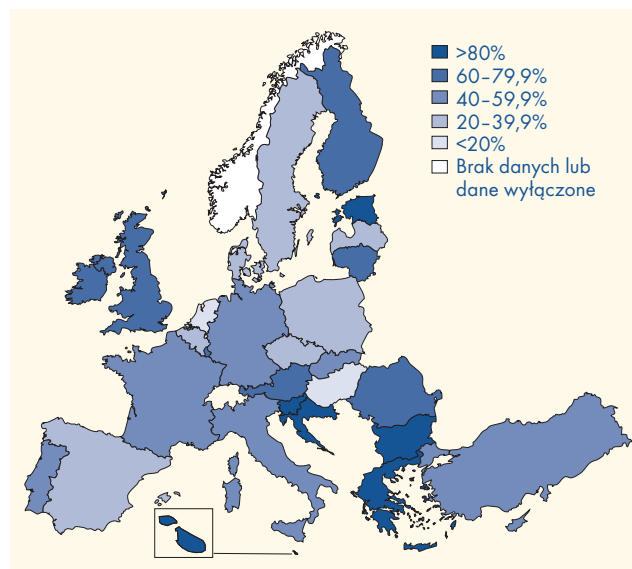
Osoby używające opioidów i rozpoczynające leczenie

Opioidy, głównie heroina, są wymieniane jako narkotyk podstawowy przez około 216 000, tj. 51%, osób, które w 2009 r. rozpoczęły specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w 29 krajach europejskich. Na obszarze Europy istnieją jednak znaczne różnice: pacjenci leczeni z powodu opioidów stanowią ponad 80% osób rozpoczynających leczenie w sześciu krajach i 60–80% w siedmiu innych, a tylko dwa z pozostałych 16 krajów zgłosiły, że osoby używające opioidów stanowią mniej niż 20% osób rozpoczynających leczenie (wykres 12). Ponadto kolejne 30 000 osób (9% rozpoczynających leczenie) używających innych narkotyków deklarowało opioidy jako narkotyk dodatkowy ⁽⁹¹⁾.

Średni wiek osób używających opioidów i rozpoczynających specjalistyczne leczenie wynosi 34 lata, przy czym w większości krajów kobiety i osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy są na ogół młodsze. W całej Europie liczba mężczyzn leczonych z powodu opioidów przewyższa liczbę kobiet w stosunku 3:1, przy czym w krajach północnych proporcja ta jest na ogół niższa. Na ogół osoby używające opioidów i rozpoczynające leczenie charakteryzują się wyższym wskaźnikiem bezrobocia i niższym poziomem wykształcenia, a także większą częstością występowania zaburzeń psychicznych niż pacjenci zgłaszający inne narkotyki podstawowe ⁽⁹²⁾.

Prawie połowa pacjentów leczonych z powodu opioidów zgłosiła pierwsze użycie narkotyku przed 20 rokiem życia (47%), a przeważająca większość zrobiła to przed osiągnięciem wieku 30 lat (88%). Pacjenci leczeni z powodu opioidów zgłaszają średni przedział dziewięciu lat pomiędzy pierwszym użyciem opioidów a rozpoczęciem leczenia po raz pierwszy, przy czym kobiety zgłaszają krótszy średni okres (siedem lat) ⁽⁹³⁾. Przyjmowanie narkotyku drogą iniekcji zgłaszane jest w Europie jako typowy sposób przyjmowania przez około 40% pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu

Wykres 12: Osoby używające opioidów jako narkotyku podstawowego jako odsetek wszystkich zgłoszonych pacjentów rozpoczynających leczenie w 2009 r.



UWAGA: Dane wyrażone jako odsetek tych osób, dla których znany jest narkotyk podstawowy (92% zgłoszonych pacjentów). Dane z 2009 r. lub z ostatniego roku, za który dostępne są dane. Dane z Łotwy, Litwy i Portugalii odnoszą się do osób, które rozpoczęły leczenie po raz pierwszy w życiu. Liczba osób używających opioidów jako narkotyku podstawowego może być zaniżona w niektórych krajach, w tym w Belgii, Republice Czeskiej, Niemczech i Francji, ponieważ wiele osób jest leczonych przez lekarzy pierwszego kontaktu i mogą nie być uwzględnione we wskaźniku zgłaszalności do leczenia.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

opiodów; pozostałe 60% zgłasza, że narkotyk wciąga przez nos, wdycha lub pali. Prawie dwie trzecie pacjentów leczonych z powodu opioidów (64%) zgłasza używanie narkotyku w miesiącu poprzedzającym rozpoczęcie leczenia ⁽⁹⁴⁾, a większość używała dodatkowego narkotyku, często alkoholu, konopi indyjskich, kokainy lub innych środków pobudzających. Wśród pacjentów powszechne jest łączenie heroiny i kokainy (w tym cracku), bądź to w iniekcji, bądź używanie ich osobno.

Tendencje w problemowym używaniu opioidów

W latach 2004–2009 dane z ośmiu krajów, w których dokonywano wielokrotnych ocen wskaźnika problemowego używania opioidów, wskazują na stosunkowo stabilną sytuację. W oparciu o próbkę z 17 europejskich krajów, w których dostępne były dane dla okresu 2004–2009 r., można stwierdzić, że w Europie doszło do ogólnego wzrostu zgłaszanej liczby pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków, w tym tych osób, które rozpoczęły leczenie z powodu

⁽⁹¹⁾ Zob. wykres TDI-2 (część ii) oraz tabele TDI-5 i TDI-22 w biuletynie statystycznym za 2011 r. Dane z placówek lecznictwa ambulatoryjnego i zamkniętego.

⁽⁹²⁾ Zob. tabele TDI-10, TDI-12, TDI-13 oraz TDI-21 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁹³⁾ Zob. tabele TDI-11, TDI-33, TDI-106 (część i) i TDI-107 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁹⁴⁾ Zob. tabele TDI-18 i TDI-111 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Opioidy inne niż heroina

Wzrost nielegalnego używania opioidów innych niż heroina zgłoszono w Australii, Kanadzie, Europie i Stanach Zjednoczonych (SAMHSA, 2009). W większości substancje te są stosowane w medycynie jako środki przeciwbólowe (morfiną, fentanyl, kodeina, oksykodon, hydrokodon) lub jako leki substytucyjne w leczeniu uzależnienia od heroiny (metadon, buprenorfina). Podobnie jak w przypadku heroiny pozamedyczne stosowanie tych substancji może prowadzić do szeregu negatywnych konsekwencji zdrowotnych, w tym do uzależnienia, przedawkowania i szkód związanych z iniekcją.

W Europie około 5% (ok. 20 000 pacjentów) wszystkich osób rozpoczynających leczenie deklaroowało opioidy inne niż heroina jako narkotyk podstawowy. Ma to miejsce szczególnie w przypadku Estonii, gdzie 75% osób zgłosiło fentanyl jako podstawowy narkotyk, a także w Finlandii, gdzie buprenorfina jest zgłaszana jako podstawowy narkotyk przez 58% osób rozpoczynających leczenie. Do innych krajów o znacznym odsetku pacjentów zgłaszających metadon, morfinę i inne opioidy jako podstawowy narkotyk należą Dania, Francja, Austria, Słowacja i Szwecja, gdzie osoby używające opioidów innych niż heroina stanowią od 7% do 17% wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków (!). Również Republika Czeska zgłosiła, że osoby używające buprenorfiny stanowiły w latach 2006–2009 ponad 40% wszystkich osób problemowo używających opioidów.

Poziomy nielegalnego używania opioidów mogą być powiązane z kilkoma czynnikami, w tym z rynkiem narkotyków i praktykami w zakresie przepisywania leków. Na przykład spadek dostępności heroiny i wzrost jej ceny może prowadzić do używania innych opioidów, co zaobserwowano w Estonii w odniesieniu do fentanylu (Talu i in., 2010) i w Finlandii w odniesieniu do buprenorfiny (Aalto i in., 2007). Nieodpowiednie praktyki w zakresie przepisywania leków również mogą prowadzić do nielegalnego używania opioidów. Rozwój leczenia substytucyjnego przy braku nadzoru może prowadzić do powstania nielegalnego rynku, podczas gdy ograniczona dostępność tego leczenia i przepisywanie zbyt małych dawek leku może prowadzić osoby używające narkotyków do przyjmowania innych substancji w ramach samoleczenia (Bell, 2010; Roche i in., 2011; Romelsjo i in., 2010).

(!) Zob. tabela TDI-113 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

używania heroiny jako narkotyku podstawowego (ze 123 000 do 143 000). Jednakże wzrost ten może w dużej mierze wynikać raczej z ponownego podejmowania leczenia przez osoby używające heroiny niż być spowodowany liczbą osób rozpoczynających

leczenie po raz pierwszy⁽⁹⁵⁾. W przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie po raz pierwszy liczba osób używających heroiny jako narkotyku podstawowego pozostała niemal stała (około 32 000 w próbie z 18 krajów)⁽⁹⁶⁾. Liczba zgonów związanych z narkotykami w latach 2004–2009, które to zgony wiążą się przede wszystkim z używaniem opioidów, do 2008 r. pozostawała stabilna lub rosła w większości krajów przedstawiających sprawozdanie. Tymczasowe dane za 2009 r. obecnie wskazują na stałą lub malejącą liczbę zgonów⁽⁹⁷⁾.

Pomimo danych wskazujących na ogólnie stabilną sytuację charakterystyka problemowego używania opioidów w Europie zmienia się. Pacjenci leczeni z powodu opioidów stali się średnio starsi, natomiast odsetek osób przyjmujących narkotyk drogą iniekcji zmalał w tej grupie, a odsetek osób używających opioidów innych niż heroina i używających jednocześnie wielu substancji wzrósł⁽⁹⁸⁾.

Używanie narkotyków drogą iniekcji

Osoby używające narkotyków drogą iniekcji są w najwyższym stopniu narażone na problemy zdrowotne wywołane ich przyjmowaniem, takie jak zakażenia przenoszone przez krew (np. HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby) lub przedawkowanie narkotyków. W większości krajów europejskich iniekcje są najczęściej związane z używaniem opioidów, chociaż w kilku krajach wiążą się z używaniem amfetamin.

Zaledwie 14 krajów było w stanie przedstawić najnowsze dane szacunkowe na temat wskaźników używania narkotyków drogą iniekcji⁽⁹⁹⁾. Dostępne dane wskazują na istnienie dużych różnic między krajami, przy czym w większości krajów szacunki wahają się od mniej niż jednego do pięciu przypadków na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat, a wyjątkowo wysoki poziom – 15 przypadków na 1000 – zgłoszono w Estonii. Biorąc te 14 krajów łącznie, można obliczyć, że na 1000 osób w wieku od 15 do 64 lat przypada 2,6 osoby przyjmującej narkotyki drogą iniekcji. Poza osobami aktywnie przyjmującymi narkotyki drogą iniekcji istnieje w Europie duża liczba osób, które w przeszłości przyjmowały w ten sposób narkotyki (Sweeting i in., 2008), ale dane są dla większości krajów UE niedostępne.

Około 41% pacjentów rozpoczynających specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków i deklarujących opioidy, głównie heroinę, jako narkotyk podstawowy, zgłasza używanie drogą iniekcji jako zwykły sposób

⁽⁹⁵⁾ Zob. wykresy TDI-1 i TDI-3 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁹⁶⁾ Zob. tabele TDI-3 i TDI-5 w biuletynach statystycznych za 2009 i 2011 r.

⁽⁹⁷⁾ Zob. tabela DRD-2 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽⁹⁸⁾ Zob. tabela TDI-113 w biuletynach statystycznych za lata 2008, 2009, 2010 i 2011 oraz tabela TDI-114 w biuletynie statystycznym za 2009 r. Dane za lata 2005 i 2009 dostępne są w rozbiu na rodzaje opioidu. Zob. również EMCDDA (2010f).

⁽⁹⁹⁾ Zob. wykres PDU-2 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

przyjmowania narkotyków. Wśród osób używających opioidów odsetek osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji różni się w zależności od kraju – od 8% w Niderlandach do 99% na Łotwie i Litwie (wykres 13) – co można wyjaśnić takimi czynnikami, jak historia używania heroiny w tych krajach, rodzaj dostępnej heroiny (biała lub brązowa), cena i kultura używania.

Wyciąganie wniosków co do tendencji czasowych w rozpowszechnieniu przyjmowania narkotyków drogą iniekcji, w oparciu o powtarzane szacunki wskaźników używania, jest utrudnione z powodu braku danych i, w niektórych przypadkach, szerokich przedziałów niepewności dla danych szacunkowych. Dostępne dane wskazują w Europie na ogólny spadek przyjmowania opioidów drogą iniekcji, szczególnie heroiny. Wydaje się jednak, że w niektórych krajach poziomy przyjmowania narkotyków drogą iniekcji pozostały względnie stabilne (Grecja, Cypr, Węgry, Chorwacja, Norwegia), natomiast Republika Czeska zgłosiła wzrost stosowania iniekcji w latach 2004–2009, głównie wśród osób używających metamfetaminy⁽¹⁰⁰⁾.

W latach 2004–2009 większość krajów europejskich zgłosiła spadek odsetka osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w grupie pacjentów używających heroiny jako podstawowego narkotyku. Kilka innych krajów, w których sytuacja była odmienna, zgłosiło najwyższy odsetek osób używających heroiny wśród pacjentów rozpoczynających leczenie.

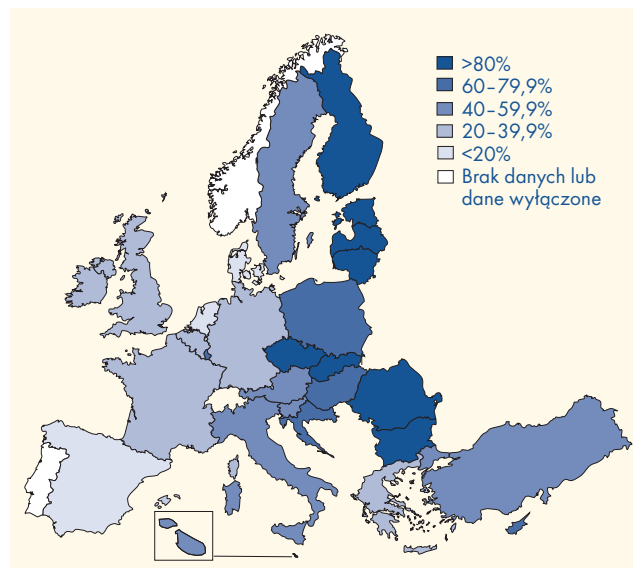
Leczenie problemowego używania opioidów

Dostęp do leczenia i zakres leczenia

We wszystkich państwach członkowskich UE, w Chorwacji, Turcji i Norwegii osoby używające opioidów mają dostęp zarówno do leczenia niefarmakologicznego, jak i leczenia substytucyjnego. W większości krajów leczenie odbywa się w warunkach ambulatoryjnych, co może obejmować ośrodki specjalistyczne, lekarzy pierwszego kontaktu i jednostki niskoprogramowe. W kilku krajach specjalistyczne placówki leczenia zamkniętego odgrywają ważną rolę w leczeniu uzależnienia od opioidów⁽¹⁰¹⁾. Mała liczba krajów oferuje wybranej grupie osób długotrwale używających heroiny leczenie wspomagane heroiną.

W przypadku osób używających opioidów leczenie niefarmakologiczne jest zazwyczaj poprzedzone programem detoksykacji, który zapewnia im farmaceutyczną pomoc w radzeniu sobie z fizycznymi

Wykres 13: Iniekcja jako zwykły sposób przyjmowania narkotyków wśród osób używających opioidów jako narkotyku podstawowego, które rozpoczęły leczenie w 2009 r.



UWAGA: Dane wyrażone jako odsetek tych zgłoszonych pacjentów, dla których znany jest sposób przyjmowania narkotyku. Dane z 2009 r. lub z ostatniego roku, za który dostępne są dane. Zob. tabela TDI-5 (część iii) i (część iv) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

objawami głodu narkotykowego. Ta metoda terapeutyczna na ogół wymaga powstrzymywania się od używania wszystkich substancji, w tym leków substytucyjnych. Pacjenci uczestniczą w codziennych działaniach oraz otrzymują intensywną pomoc psychologiczną. Chociaż leczenie może odbywać się zarówno w placówkach ambulatoryjnych, jak i zamkniętych, najczęstszymi zgłaszanymi rodzajami tego leczenia są programy stacjonarne (lub rehabilitacyjne), w których często stosuje się zasady społeczności terapeutycznej lub modelu Minnesota.

Leczenie substytucyjne, zintegrowane na ogół z opieką psychospołeczną, jest zwykle prowadzone w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych. W czternastu państwach zgłoszono, że jest ono również zapewniane przez lekarzy pierwszego kontaktu, zwykle w ramach ustaleń dotyczących wspólnej opieki dokonanych ze specjalistycznymi placówkami leczniczymi. Całkowita liczba osób używających opioidów, które korzystają z leczenia substytucyjnego w Unii Europejskiej, Chorwacji i Norwegii szacowana jest na 700 000 (690 000 dla państw członkowskich UE) w 2009 r., co oznacza wzrost w stosunku do 650 000 w 2007 r. i ok. 500 000 w 2003 r.⁽¹⁰²⁾. Znaczna większość przypadków leczenia substytucyjnego nadal ma miejsce w 15 państwach będących członkami UE przed 2004 r.

⁽¹⁰⁰⁾ Zob. tabela PDU-6 (część iii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹⁰¹⁾ Zob. tabela TDI-24 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹⁰²⁾ Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

„Posucha” heroinowa w Europie?

Pod koniec 2010 r. i na początku 2011 r. dostępność heroiny w Zjednoczonym Królestwie i w Irlandii gwałtownie spadła. Potwierdzają to dane liczbowe wykazujące znaczący spadek czystości heroiny skonfiskowanej w Zjednoczonym Królestwie w okresie pomiędzy trzecim kwartałem 2009 r. a trzecim kwartałem 2010 r. (UNODC, 2011).

Poziom niedoboru w innych europejskich krajach jest mniej wyraźny, choć sprawozdania wykazują, że Włochy i Słowenia doświadczyły niedoboru heroiny. Inne państwa członkowskie UE, w tym Niemcy, Francja i państwa skandynawskie, zgłaszają niewielki spadek dostępności heroiny lub brak spadku.

Podawano kilka powodów tej „posuchy” heroinowej. Po pierwsze sugerowano, że odpowiedzialny za tę sytuację może być spadek produkcji w Afganistanie w wyniku zarazy makowej wiosną 2010 r. Jest to jednak kwestia dyskusyjna, jako że raporty policyjne sugerują, że heroina wytworzona z afgańskiego opium może nie pojawić się na europejskim rynku narkotykowym przed upłynięciem około 18 miesięcy od zebrania plonów. Drugi argument jest taki, że heroina przeznaczona na rynki zachodniej Europy została skierowana do Rosji, chociaż w Rosji także wydaje się panować niedobór heroiny. Sugerowano też, że wysiłki organów ścigania zakłóciły handel, szczególnie poprzez likwidację sieci hurtowej sprzedaży heroiny między Turcją i Zjednoczonym Królestwem. W ostatnich latach (2007 i 2008 r.) w Europie odnotowano również rekordowo duże konfiskaty prekursora heroiny, bezwodnika octowego, co mogło wpłynąć na rynek narkotykowy w dłuższej perspektywie. Wreszcie inne wydarzenia w Afganistanie, takie jak ciężkie starcia na południu kraju oraz działania podejmowane przez organy ścigania przeciwko laboratorium produkującym heroinę i magazynom opium, mogą wpływać na podaż heroiny do Europy.

Prawdopodobnie połączenie niektórych z tych czynników odegrało rolę w zakłóceniu podaży heroiny do Europy, wywołując poważne niedobory na niektórych rynkach.

(około 95% całkowitej liczby), a w latach 2003–2009 liczba tych przypadków w tych krajach wciąż rosła (wykres 14). Wśród tych krajów największy – trzykrotny – wzrost zaobserwowano w Finlandii oraz w Austrii i Grecji, gdzie liczba przypadków leczenia podwoiła się.

W 12 krajach, które później wstąpiły do UE, liczba pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne w latach 2003–2009 niemal się potroiła, z 6400 do 18 000. W stosunku do 2003 r. duży wzrost można odnotować w latach 2005–2007, ale od tej pory wzrost był już nieznaczny. Proporcjonalnie rozwój leczenia substytucyjnego w tych krajach w ciągu sześciu lat był największy w Estonii (16-krotny wzrost z 60 do ponad 1000 pacjentów, chociaż nadal leczenie to dociera do

zaledwie 5% osób używających opioidów drogą iniekcji) i Bułgarii (ośmiokrotny wzrost), natomiast na Łotwie wzrost był trzykrotny. Mniejszy wzrost zgłosiły Słowacja i Węgry, a liczba pacjentów w Rumunii pozostała praktycznie bez zmian. Powszechniejsze świadczenie leczenia substytucyjnego można powiązać z kilkoma czynnikami, w tym: reagowanie na wysokie wskaźniki używania narkotyków drogą iniekcji i związane z tym zakażenia HIV; zgodność ze strategią antynarkotykową UE; a także finansowanie projektów pilotażowych przez organizacje międzynarodowe, takie jak Światowy Fundusz i UNODC.

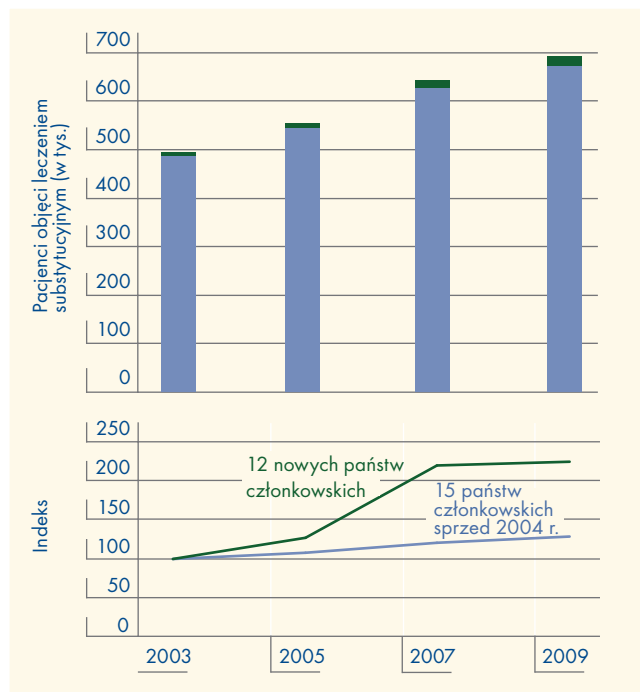
Porównanie liczby pacjentów otrzymujących leczenie substytucyjne z szacowaną liczbą osób problemowo używających opioidów sugeruje, że zakres leczenia w Europie jest zróżnicowany. Spośród 16 krajów, dla których dostępne są wiarygodne oszacowania liczby osób problemowo używających opioidów, osiem zgłosiło liczbę przypadków leczenia substytucyjnego odpowiadającą 40% lub więcej populacji docelowej. Siedem z tych krajów to państwa członkowskie należące do UE przed 2004 r., a ósmym krajem jest Malta. Zasięg leczenia wynosi 37% w Niderlandach oraz 32% w Republice Czeskiej i na Węgrzech. Z pięciu krajów, w których zasięg wynosi mniej niż 30%, cztery są nowymi państwami członkowskimi. Wyjątek w tej grupie stanowi Grecja, gdzie szacowany zasięg wynosi 23% ⁽¹⁰³⁾.

Kraje w środkowej i wschodniej Europie zgłosiły starania mające na celu poprawę dostępu, jakości i świadczenia leczenia substytucyjnego. W 2010 r. na Litwie wydano wytyczne kliniczne dotyczące leczenia uzależnienia od opioidów za pomocą metadonu i buprenorfiny. Geograficzna dostępność leczenia substytucyjnego na Łotwie poszerza się, ponieważ nowe placówki lecznictwa znajdują się poza stolicą – Rygą. Republika Czeska przyjęła przepisy dotyczące finansowania substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów w ramach państwowego ubezpieczenia zdrowotnego. Brak finansowania leczenia substytucyjnego zgłoszono jednak jako czynnik ograniczający zasięg geograficzny w Polsce i znacznie zmniejszający w Bułgarii liczbę dostępnych miejsc wśród głównych podmiotów zapewniających leczenie substytucyjne, niebędących organizacjami finansowanymi ze środków publicznych.

Ogółem szacuje się, że w Unii Europejskiej około połowa osób problemowo używających opioidów ma dostęp do leczenia substytucyjnego. Poziom ten jest porównywalny do wskaźników zgłoszonych w odniesieniu do Australii i Stanów Zjednoczonych, a wyższy niż zgłoszony w Kanadzie. Chiny zgłaszają znacznie niższe wskaźniki, podczas gdy Rosja – pomimo posiadania największej

⁽¹⁰³⁾ Zob. wykres HSR-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Wykres 14: Pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym uzależnienia od opioidów w 15 państwach będących członkami UE przed 2004 r. i w 12 nowych państwach członkowskich UE – wartości szacunkowe i zindeksowane tendencje



UWAGA: Więcej informacji – zob. wykres HSR-2 w biuletynie statystycznym za 2011 r.
Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

liczby osób problemowo używających opioidów – nie wprowadziła tego rodzaju leczenia (zob. tabela 11).

W Europie metadon jest najczęściej przepisywanym lekiem substytucyjnym i otrzymuje go do trzech czwartych pacjentów. Buprenorfina jest przepisywana w Europie jednej czwartej pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym i jest głównym lekiem substytucyjnym w Republice Czeskiej, we Francji, na Cyprze, w Finlandii, Szwecji i Chorwacji⁽¹⁰⁴⁾. Połączenie buprenorfiny i naloksonu jest dostępne w 15 krajach. Leczenie za pomocą morfiny o powolnym uwalnianiu podawanej doustnie (zob. poniżej), kodeiny (Niemcy, Cypr) i diacetylmorfiny⁽¹⁰⁵⁾ (Belgia, Dania, Niemcy, Hiszpania, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo) stanowi niewielki odsetek wszystkich przypadków leczenia.

Poza powszechniej stosowanymi lekami substytucyjnymi podawana doustnie morfina o powolnym uwalnianiu, która pierwotnie przepisywana była na złagodzenie bólu u pacjentów chorych na raka, obecnie jest alternatywnym lekiem w substytucyjnym leczeniu uzależnienia od opioidów w Bułgarii, Austrii, Słowenii i na Słowacji. W najnowszym przeglądzie (Jegu i in., 2011) 13 badań

Tabela 11: Międzynarodowe porównanie szacowanej liczby osób problemowo używających opioidów i liczby pacjentów korzystających z substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów

	Osoby problemowo używające opioidów	Pacjenci objęci substytucyjnym leczeniem uzależnienia od opioidów
Unia Europejska i Norwegia	1 300 000	695 000
Australia	90 000	43 000
Kanada	80 000	22 000
Chiny	2 500 000	242 000
Rosja	1 600 000	0
Stany Zjednoczone	1 200 000	660 000

UWAGA: Rok: 2009, z wyjątkiem Kanady (rokiem odniesienia jest rok 2003).
Źródło: Arken i in. (2010), Chalmers i in. (2009), Popova i in. (2006), UNODC (2010); Yin i in. (2010).

stwierdzono, że poziomy kontynuowania leczenia wydają się przy tej substancji wystarczająco wysokie (80,6% do 95%) i nie różnią się od tych zgłoszonych w odniesieniu do metadonu. Większość badań dowiodła, że morfina dała dobre wyniki pod względem jakości życia, objawów abstynencji i głodu narkotykowego, a także używania nielegalnych narkotyków, ale brakowało w nich porównania z innymi lekami substytucyjnymi. Więcej informacji może znajdować się w przeglądzie systematycznym Cochrane'a, który ma się wkrótce ukazać.

Leczenie uzależnienia od opioidów: skuteczność i wyniki

Leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów w połączeniu z interwencjami psychospołecznymi uważa się za najskuteczniejszą metodę leczenia osób uzależnionych od opioidów. W porównaniu z detoksykacją lub całkowitym brakiem leczenia, zarówno leczenie przy użyciu metadonu, jak i wysokich dawek buprenorfiny daje znacznie lepsze wyniki pod względem ograniczenia używania narkotyków, działalności przestępczej, zachowań ryzykownych oraz zakażeń HIV, przedawkowań i ogólnej umieralności, a także wiąże się z większym odsetkiem pacjentów kontynuujących leczenie (WHO, 2009).

W kilku najnowszych badaniach skupiono się na lekach, które mogą uzupełniać leczenie substytucyjne. W dwóch systematycznych przeglądach zbadano, czy środki przeciwdepresyjne zmniejszają liczbę osób porzucających leczenie wśród pacjentów leczonych metadonem i buprenorfiną, ale nie znaleziono dowodów

⁽¹⁰⁴⁾ Zob. tabela HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹⁰⁵⁾ Zob. ramka „Leczenie wspomaganie heroina”.

Leczenie wspomagane heroiną

Leczenie wspomagane heroiną zapewniane jest ogółem około 1100 osobom problemowo używającym opioidów w pięciu państwach członkowskich UE (Dania, Niemcy, Hiszpania, Niderlandy, Zjednoczone Królestwo) i 1360 osobom problemowo używającym opioidów w Szwajcarii. Leczenie to nie jest proponowane jako leczenie pierwszego rzutu, ale jest rezerwowane dla pacjentów, którzy nie zareagowali na inne terapie, takie jak leczenie podtrzymujące metadonem. Wszystkie dawki przeznaczone do podawania drogą iniekcji (zazwyczaj około 200 miligramów diamorfiny na zastrzyk) podawane są pod bezpośrednim nadzorem, aby zapewnić zgodność, bezpieczeństwo oraz by zapobiec wprowadzeniu tego leku na rynek nielegalny. W związku z tym placówki te muszą być otwarte kilka razy dziennie przez okrągły rok.

W ciągu ostatnich piętnastu lat przeprowadzono sześć randomizowanych badań klinicznych dotyczących rezultatów i opłacalności tego rodzaju leczenia (zob. EMCDDA, 2011a). Wszystkie badania objęły osoby przewlekle uzależnione od heroiny, w przypadku których nie powiodło się leczenie innymi metodami i które zostały losowo przypisane do leczenia wspomagane heroiną lub leczenia metadonem podawanym doustnie. W badaniach zastosowano różne metodyki i zmienne, dlatego ich rezultaty są tylko częściowo spójne. Ogólnie rzecz biorąc, badania te wykazują, że u osób długotrwale używających, w przypadku których nie powiodło się leczenie innymi metodami, nadzorowane podawanie heroiny drogą iniekcji wraz z dodatkowymi dawkami metadonu ma wartość dodaną. Pacjenci używali mniej narkotyków „z ulicy” i wydawali się osiągać pewne korzyści pod względem fizycznym i psychicznym.

Koszt leczenia wspomagane heroiną szacuje się na 19 020 EUR na pacjenta rocznie w Niemczech i 20 410 EUR w Niderlandach (dostosowane do cen z 2009 r.). Jest to znacznie wyższy koszt niż koszt zapewnienia pacjentowi rocznego leczenia doustnego metadonem, szacowany na 3490 EUR rocznie w Niemczech i 1645 EUR w Niderlandach. Różnica w koszcie leczenia wspomagane heroiną i leczenia metadonem w dużej mierze wynika z wyższych wymagań odnośnie do personelu specjalistycznych klinik. Pomimo wyższych kosztów leczenie wspomagane heroiną okazało się opłacalną interwencją dla wybranej grupy osób długotrwale używających heroiny (EMCDDA, 2011a).

na skuteczność tego podejścia (Pani i in., 2010b; Stein i in., 2010). Inne badanie wykazało, że pojedyncza dodatkowa dawka metadonu może pomóc w redukcji problemów z nastrojem związanych z głodem narkotykowym wśród leczonych metadonem pacjentów w stabilnym stanie (Strasser i in., 2010).

Antagonista receptora opioidowego, naltrekson, stosowany jest do zapobiegania nawrotowi używania

Doustne leczenie substytucyjne uzależnienia w czasie ciąży

Uzależnionym od opioidów ciężarnym kobietom zaleca się w czasie trwania ciąży leczenie substytucyjne metadonem. Choć wiele kobiet będzie chciało zaprzestać używania opioidów, gdy tylko dowie się o ciążę, to odstawienia opioidów w trakcie ciąży należy unikać z powodu ryzyka nawrotu do używania heroiny i niebezpieczeństwa związanego z objawami głodu narkotycznego, w tym poronienia lub przedwczesnego porodu (WHO, 2009). Narażenie płodu na metadon wiąże się jednak również z noworodkowym zespołem abstynencyjnym, który wymaga zastosowania leków i hospitalizacji.

Alternatywą dla metadonu w leczeniu podtrzymującym jest buprenorfina. Ostatnio została przebadana na próbie 175 ciężarnych kobiet uzależnionych od opioidów, które uczestniczyły w międzynarodowym randomizowanym badaniu kontrolowanym (Jones, H. i in., 2009a), przeprowadzonym w sześciu miejscach w USA, jednym w Kanadzie i jednym w Wiedniu. Kobiety rozpoczęły udział w badaniu, będąc w 13–30 tygodniu ciąży, zostały losowo przypisane do przyjmowania metadonu lub buprenorfiny i były kontrolowane wraz z noworodkami przez sześć miesięcy po porodzie. Podobnie jak w innych badaniach użyciu buprenorfiny towarzyszył wyższy wskaźnik porzucania leczenia (33%) niż w przypadku metadonu (18%), ale dzieci kobiet z grupy otrzymującej buprenorfina wydawały się potrzebować mniej morfiny do wyleczenia noworodkowego zespołu abstynencyjnego i krótszej hospitalizacji. W badaniu wywnioskowano, że w przypadku kontynuowania leczenia ciężarnym kobietom można oferować buprenorfina lub metadon w ramach leczenia uzależnienia od opioidów w czasie ciąży (Jones, H. i in., 2009b).

opioidów. W badaniu przeprowadzonym na małą skalę implanty z naltreksonem okazały się bardziej efektywne od naltreksonu podawanego doustnie, zarówno pod względem redukcji objawów głodu narkotykowego, jak i powrotu do używania narkotyków (Hulse i in., 2010). Badanie przeprowadzone wśród więźniów zwolnionych z zakładów karnych wykazało, że implanty z naltreksonem dają podobny spadek nawrotów do używania heroiny i benzodiazepin jak metadon (Lombaier i in., 2010). Implanty z buprenorfina, opracowane w celu przezwyciężenia problemów związanych z niezgodnością i zapobiegania wprowadzaniu leku na nielegalny rynek, były również badane w Stanach Zjednoczonych w stosunku do implantów z placebo. Wstępne badanie pokazało niewielką różnicę pod względem abstynencji na korzyść implantu z substancją czynną (Ling i in., 2010). Następnym krokiem będzie porównanie tych implantów z innymi metodami leczenia (O'Connor, 2010). W Europie w ramach fińskiego badania sprawdza się, czy podawanie

suboksonu w elektronicznym urządzeniu, które rejestruje użycie, poprawi zgodność i ograniczy wprowadzanie na nielegalny rynek leków przyjmowanych w domu.

Wyniki leczenia udokumentowane w badaniu są dość obiecujące. W badaniu wyników leczenia uzależnienia od narkotyków zastosowano 12-miesięczny okres, aby ocenić rezultaty leczenia 1796 osób używających

narkotyków zwerbowanych z 342 agencji ⁽¹⁰⁶⁾ na terenie Anglii (Jones, A. i in., 2009). Spośród osób używających heroiny uczestniczących w wywiadach początkowych 44% zaprzestało używania przy pierwszym badaniu kontrolnym, a 49% przy drugim badaniu; doszło także do stałego spadku używania wszystkich innych najważniejszych ocenianych substancji.

⁽¹⁰⁶⁾ Leczenie ambulatoryjne (głównie leczenie zachowawcze metadonem przyjmowanym doustnie) i leczenie w ośrodkach zamkniętych.



Rozdział 7

Choroby zakaźne i zgony związane z narkotykami

Wprowadzenie

Używanie narkotyków może wywołać cały szereg negatywnych następstw, takich jak wypadki, zaburzenia zdrowia psychicznego, choroby płuc, problemy układu sercowo-naczyniowego, bezrobocie lub bezdomność. Szkodliwe konsekwencje są szczególnie rozpowszechnione wśród osób problemowo używających narkotyków, których ogólna sytuacja zdrowotna i społeczno-gospodarcza może być znacznie gorsza niż w przypadku ogółu ludności.

Używanie opioidów i przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji to dwie formy przyjmowania narkotyków ściśle związane z takimi właśnie szkodami, zwłaszcza z przedawkowaniami i przenoszeniem chorób zakaźnych. Liczba przedawkowań ze skutkiem śmiertelnym zgłoszonych w Unii Europejskiej w ciągu ostatnich dwudziestu lat stanowi ekwiwalent jednego zgonu wskutek przedawkowania na godzinę. Badania wskazują również na to, że w ciągu ostatnich dwudziestu lat duża liczba osób używających narkotyków zmarła z innych przyczyn, takich jak AIDS lub samobójstwo (Bargagli i in., 2006; Degenhardt i in., 2009).

Ograniczenie umieralności i zachorowalności wiążących się z używaniem narkotyków stanowi centralny punkt europejskiej polityki antynarkotykowej. Główne działania w tym obszarze stanowią interwencje, które są skierowane do grup najbardziej zagrożonych, i dotyczą zachowań bezpośrednio związanych ze szkodami powodowanymi przez narkotyki.

Choroby zakaźne związane z narkotykami

EMCDDA systematycznie monitoruje rozpowszechnienie HIV oraz wirusów zapalenia wątroby typu B i C wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji⁽¹⁰⁷⁾. Choroby zakaźne spowodowane tymi wirusami należą do najpoważniejszych skutków zdrowotnych używania narkotyków. Inne choroby zakaźne, w tym zapalenie wątroby typu A i D, choroby przenoszone drogą płciową,

gruźlica, tężec, zatrucie jadem kiełbasianym, wąglik i zakażenie ludzkim wirusem T-limfotropowym, również mogą mieć niewspółmierny wpływ na osoby używające narkotyków.

HIV i AIDS

Do końca 2009 r. odsetek zgłoszonych nowych przypadków zdiagnozowanego zakażenia HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji pozostał niski w większości krajów Unii Europejskiej, a sytuacja w UE przedstawia się korzystnie zarówno w kontekście globalnym, jak i w szerszym kontekście europejskim (ECDC i WHO-Europa, 2010; Wiessing i in., 2009) (wykres 15). Przynajmniej częściowo może to być wynikiem większej dostępności środków profilaktyki, leczenia i redukcji szkód, w tym leczenia substytucyjnego oraz programów wymiany igieł i strzykawek. Inne czynniki, takie jak spadek przyjmowania narkotyków drogą iniekcji, o którym informuje kilka krajów, również mogły odegrać istotną rolę (EMCDDA, 2010g). Średni wskaźnik nowo zdiagnozowanych przypadków w 26 państwach członkowskich UE, które były w stanie przekazać dane za 2009 r., osiągnął nowy niski poziom 2,85 przypadku na 1 mln mieszkańców, czyli 1299 nowo zgłoszonych przypadków⁽¹⁰⁸⁾. Niemniej jednak dane wskazują na to, że w niektórych częściach Europy w 2009 r. nadal występowało przenoszenie się wirusa HIV w wyniku przyjmowania narkotyków drogą iniekcji, co podkreśla potrzebę rozszerzenia zakresu i podniesienia skuteczności lokalnych praktyk w zakresie profilaktyki.

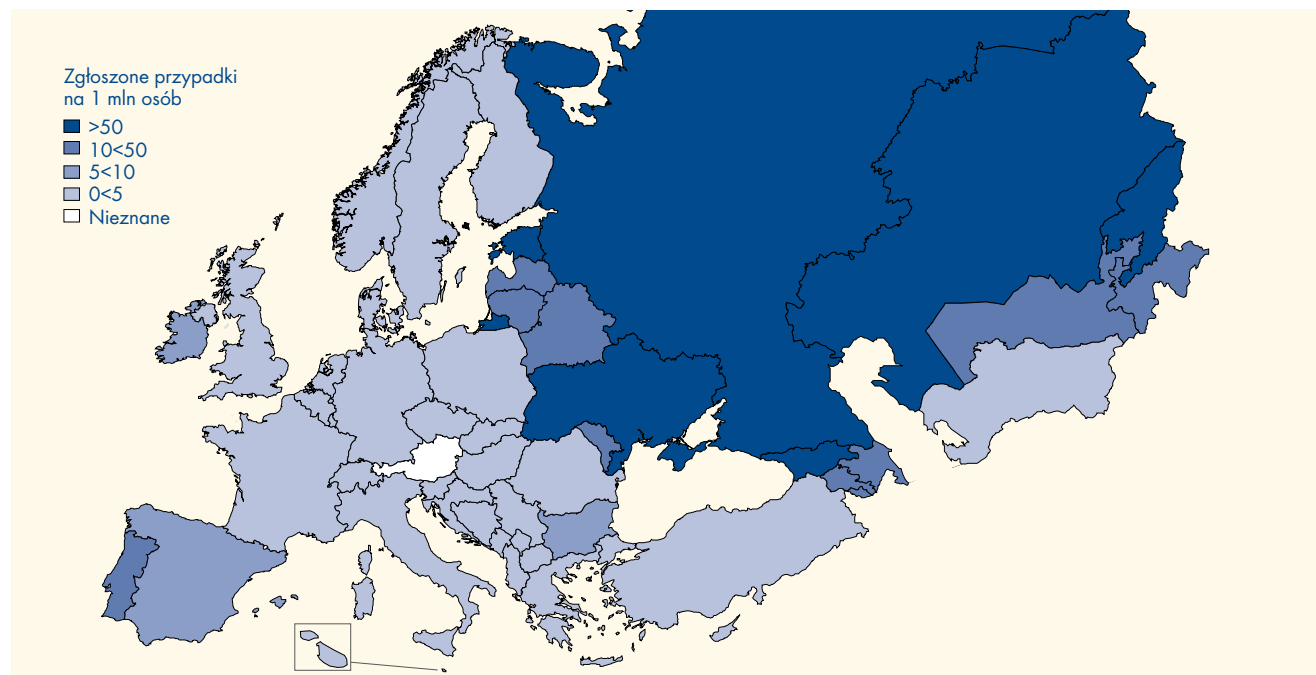
Dostępne dane dotyczące częstości występowania zakażeń HIV w próbach osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w UE wciąż wypadają pozytywnie na tle częstości występowania tego zakażenia w sąsiadujących krajach na wschodzie⁽¹⁰⁹⁾, chociaż ze względu na różnice w metodach i zakresie badań porównania między krajami należy przeprowadzać z rozwagą.

⁽¹⁰⁷⁾ Więcej szczegółów na temat metod i definicji – zob. biuletyn statystyczny za 2011 r.

⁽¹⁰⁸⁾ Brakuje danych dotyczących Austrii. W odniesieniu do państw członkowskich UE, Chorwacji, Turcji i Norwegii średni wskaźnik wynosi 2,44 przypadku na 1 mln mieszkańców.

⁽¹⁰⁹⁾ Zob. tabela INF-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Wykres 15: Nowo zdiagnozowane przypadki zakażenia wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w 2009 r. w Europie i środkowej Azji



UWAGA: Kolor wskazuje liczbę – na 1 mln osób – nowo zdiagnozowanych przypadków HIV przypisywanych grupie ryzyka związanego z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji, które to przypadki zdiagnozowano w 2009 r.

Źródło: ECDC i Biuro Regionalne WHO dla Europy, 2010. Dane rosyjskie pochodzą z Federalnego Ośrodka Badań Metodologicznych nad Profilaktyką i Zwalcianiem AIDS. Zakażenia HIV. Biuletyn informacyjny nr 34, s. 35, Moskwa, 2010 (w języku rosyjskim).

Tendencje w zakażeniach wirusem HIV

Dane za 2009 r. dotyczące nowych zdiagnozowanych przypadków związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji wskazują na to, że w Unii Europejskiej wskaźniki zakażeń – po osiągnięciu szczytowego poziomu w latach 2001–2002, co było wynikiem epidemii w Estonii, na Łotwie oraz Litwie – zasadniczo nadal spadają. Spośród pięciu krajów zgłaszających najwyższe wskaźniki nowo zdiagnozowanych zakażeń w latach 2004–2009 wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (Estonia, Hiszpania, Łotwa, Litwa, Portugalia), w trzech nadal panowała tendencja spadkowa, ale w Estonii i na Litwie wskaźnik zakażeń ponownie wzrósł z poziomu z 2008 r. (wykres 16) ⁽¹¹⁰⁾. W Estonii miał miejsce wzrost z 26,8 przypadku na 1 mln mieszkańców w 2008 r. do 63,4 przypadku na 1 mln w 2009 r., a na Litwie nastąpił wzrost z 12,5 przypadku na 1 mln mieszkańców w 2008 r. do 34,9 przypadku na 1 mln w 2009 r. W tym samym okresie w Bułgarii wskaźnik nowych zakażeń wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji również wzrósł z 0,9 nowego przypadku na 1 mln mieszkańców w 2004 r. do 9,7 przypadku na 1 mln w 2009 r., podczas gdy w 2007 r. w Szwecji wskaźnik ten osiągnął rekordowy poziom 6,7 nowego przypadku na 1 mln mieszkańców (61 nowo

zdiagnozowanych zakażeń). Dane te wskazują na to, że w pewnych krajach nadal istnieje możliwość wybuchu epidemii HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji.

Dane dotyczące tendencji, pochodzące z monitorowania częstości występowania zakażeń HIV w próbach osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, stanowią ważne uzupełnienie danych ze sprawozdawczości dotyczącej przypadków zakażeń HIV. Dane dotyczące tendencji w częstości występowania zakażeń HIV są dostępne w 27 krajach europejskich i odnoszą się do lat 2004–2009 ⁽¹¹¹⁾. W 19 krajach szacowana częstość występowania HIV pozostawała na niezmiennym poziomie. W pięciu krajach (Francja, Włochy, Austria, Polska, Portugalia) dane dotyczące częstości występowania zakażeń HIV wykazywały spadek. W trzech z nich oparto się na próbach krajowych, podczas gdy we Francji tendencja ta opiera się na danych pochodzących z pięciu miast. W Austrii próba krajowa nie wykazuje żadnych zmian, ale w Wiedniu zaobserwowano spadek. Dwa kraje zgłosiły rosnącą częstość występowania zakażeń HIV: Słowacja (dane krajowe) i Łotwa (samodzielnie zgłoszone wyniki badań z siedmiu miast). W Bułgarii spadek na poziomie

⁽¹¹⁰⁾ Dane dotyczące Hiszpanii nie mają zasięgu krajowego.

⁽¹¹¹⁾ W przypadku Estonii, Irlandii i Turcji nie są dostępne dane dotyczące tendencji. Zob. tabela INF-108 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

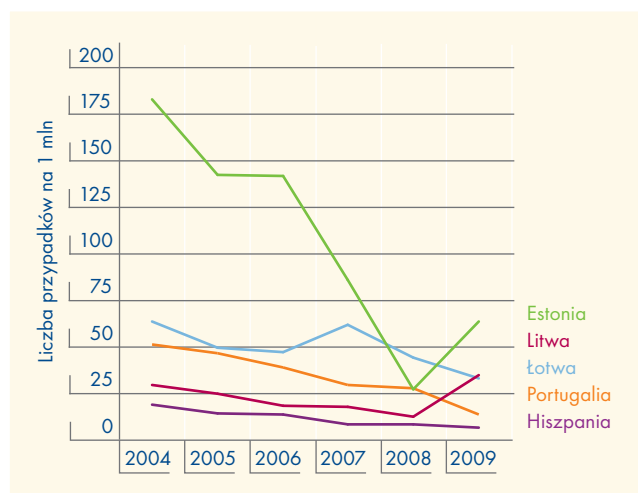
krajowym nie odzwierciedla się w sytuacji w stolicy (Sofii), gdzie tendencja jest wyżkowa. We Włoszech tendencja na poziomie krajowym jest spadkowa, a tylko w jednym z 21 regionów zgłoszono wzrost ⁽¹¹²⁾.

Porównanie tendencji w zakresie nowo zgłoszonych zakażeń związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji z tendencjami w częstości występowania zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w ten sposób wskazuje na to, że w większości krajów na poziomie krajowym spada częstość występowania zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji.

Pomimo tendencji przeważnie spadkowych od 2004 r. wskaźnik zgłoszonych nowych przypadków zdiagnozowania zakażenia HIV (na 1 mln mieszkańców) w 2009 r. związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji wciąż jest stosunkowo wysoki w Estonii (63,4), na Litwie (34,9), na Łotwie (32,7), w Portugalii (13,4) i Bułgarii (9,7), co wskazuje na to, że w krajach tych nadal występuje znacząca liczba nowych zakażeń wśród osób używających narkotyków w ten sposób ⁽¹¹³⁾.

Dalsze oznaki przenoszenia się HIV obserwuje się w sześciu krajach (Estonia, Hiszpania, Francja, Łotwa, Litwa, Polska), gdzie w latach 2005–2007 wskaźnik

Wykres 16: Tendencje w nowo zgłoszonych zakażeniach wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w pięciu państwach członkowskich UE zgłaszających najwyższą liczbę zakażeń



UWAGA: Dane zgłoszone do końca października 2010 r., zob. wykres INF-2 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: ECDC i Biuro Regionalne WHO dla Europy, 2010.

częstości występowania zakażeń HIV przekraczał 5% wśród próby osób młodych (w wieku poniżej 25 lat) przyjmujących narkotyki drogą iniekcji ⁽¹¹⁴⁾, oraz w dwóch krajach (Bułgaria, Cypr), gdzie w latach 2004–2009 wzrosła częstość występowania zakażeń HIV wśród młodych osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji.

Zachorowalność na AIDS i dostęp do terapii HAART

Informacje na temat zachorowalności na AIDS mogą być ważne z punktu widzenia wykazywania nowych przypadków choroby objawowej, chociaż nie jest to dobry wskaźnik przenoszenia HIV. Wysokie współczynniki zachorowalności na AIDS mogą świadczyć o tym, że wiele osób zakażonych HIV przyjmujących narkotyki drogą iniekcji nie otrzymuje wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej na dostatecznie wczesnym etapie zakażenia, by móc uzyskać maksymalne korzyści z leczenia. Najnowszy przegląd globalny wskazuje na to, że taka sytuacja może mieć miejsce w niektórych krajach europejskich (Mathers i in., 2010).

Łotwa jest obecnie krajem o najwyższym współczynniku zachorowalności na AIDS związanej z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji. Szacuje się, że w 2009 r. występowało w tym kraju 20,8 nowego przypadku na 1 mln mieszkańców, co oznacza spadek z 26,4 nowego przypadku w 2008 r. Stosunkowo wysoki współczynnik zachorowalności na AIDS wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji zgłaszany jest także w Estonii, Hiszpanii, Portugalii i na Litwie, gdzie odnotowuje się odpowiednio 19,4, 7,3, 6,6 i 6,0 nowego przypadku na 1 mln mieszkańców. Wśród tych krajów w latach 2004–2009 odnotowano tendencję spadkową w Hiszpanii i Portugalii, lecz nie w Estonii i na Litwie ⁽¹¹⁵⁾.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Wirusowe zapalenie wątroby, a w szczególności zakażenia wywołane wirusem typu C (HCV), jest bardzo rozpowszechnione w całej Europie u osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. W latach 2008–2009 poziom przeciwciał HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wynosił od ok. 22% do 83%, przy czym 8 z 12 krajów zgłosiło poziom przekraczający 40% ⁽¹¹⁶⁾. Trzy kraje (Republika Czeska, Węgry, Słowenia) zgłaszają częstość występowania na poziomie poniżej 25%, chociaż wskaźniki zakażenia

⁽¹¹²⁾ Dane dotyczące Włoch odnoszą się do leczonych osób używających narkotyków, w przypadku których nie wiadomo, czy przyjmowały narkotyki drogą iniekcji. Z tego względu spadek częstości występowania wirusa HIV może również być wynikiem spadku przyjmowania narkotyków drogą iniekcji w populacji objętej badaniami.

⁽¹¹³⁾ Zob. tabela INF-104 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹¹⁴⁾ Zob. tabela INF-109 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹¹⁵⁾ Zob. wykres INF-1 i tabela INF-104 (część ii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹¹⁶⁾ Zob. tabele INF-2 i INF-111 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

na tym poziomie nadal stanowią znaczny problem dla zdrowia publicznego.

W poszczególnych krajach częstość występowania HCV może znacznie się różnić, odzwierciedlając zarówno różnice regionalne, jak i cechy charakterystyczne właściwe dla populacji próby. Na przykład we Włoszech szacunkowe dane regionalne wahają się od 37% do 81% (wykres 17).

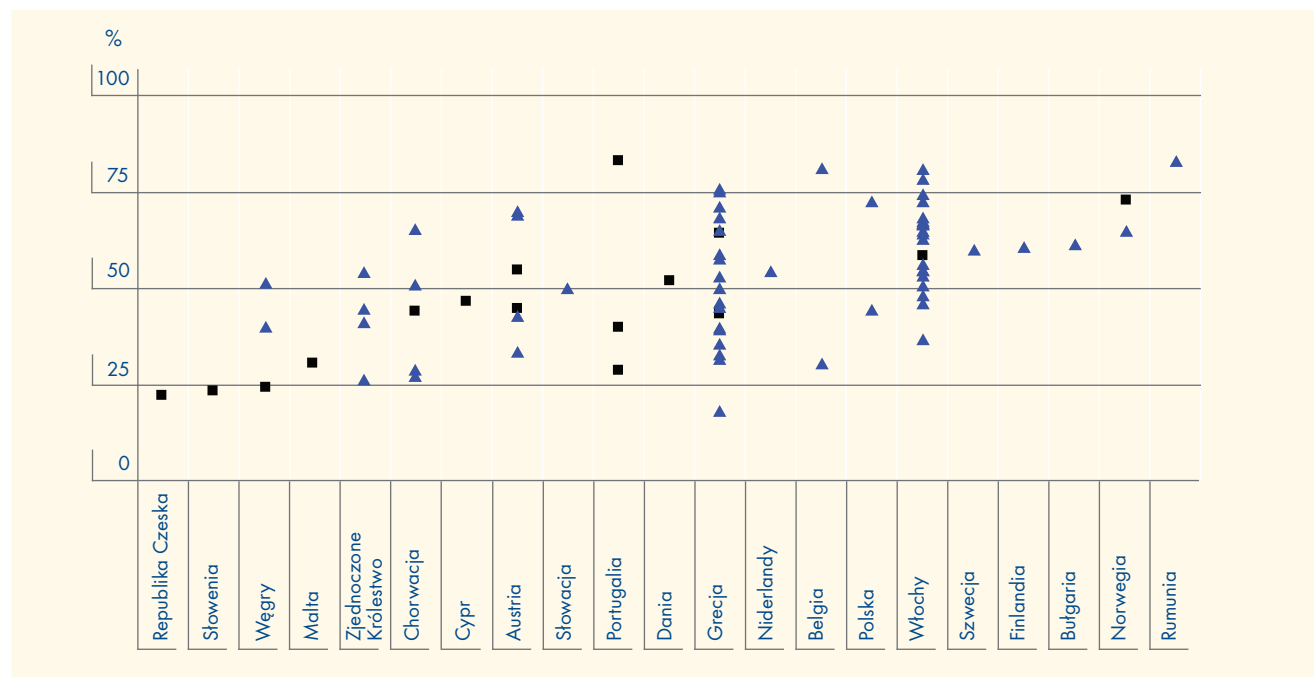
Niedawne badania (w latach 2008–2009) świadczą o dużym zróżnicowaniu częstości występowania HCV wśród osób w wieku poniżej 25 lat używających narkotyków drogą iniekcji oraz osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji krócej niż przez dwa lata, co wskazuje na różne poziomy współczynników występowania HCV w tej populacji na obszarze całej Europy⁽¹¹⁷⁾. Niemniej jednak badania te wskazują także, że wiele osób zaraża się wirusem w początkowym okresie przyjmowania narkotyków drogą iniekcji. Sugeruje to, że odpowiedni czas na rozpoczęcie profilaktyki HCV może być dość krótki.

W latach 2004–2009 osiem krajów zgłosiło malejącą częstość występowania HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, a jeden kraj (Cypr) zgłosił rosnącą

częstość, natomiast w czterech innych krajach zgłoszono rozbieżne tendencje w oparciu o różne zestawy danych. Niemniej jednak w niektórych przypadkach należy zachować ostrożność ze względu na ograniczony zasięg geograficzny lub wielkość próby w badaniach⁽¹¹⁸⁾. Badania dotyczące młodych osób (w wieku poniżej 25 lat) przyjmujących narkotyki drogą iniekcji ponownie wskazują na to, że w niektórych krajach może występować spadek częstości występowania w tej grupie na poziomie krajowym (Bułgaria, Słowenia, Zjednoczone Królestwo) lub regionalnym (Kreta w Grecji, Vorarlberg w Austrii), co może świadczyć o malejących wskaźnikach przenoszenia HCV. W pewnych miejscach zgłaszany jest jednak również wzrost (Cypr, Graz w Austrii). Dane dotyczące osób od niedawna używających narkotyków drogą iniekcji (krócej niż dwa lata) potwierdzają niektóre z tych tendencji. Rosnąca częstość występowania HCV wśród tych osób jest zgłaszana w Grecji (Attyka), natomiast spadek zgłaszany jest w Austrii (Vorarlberg) i Szwecji (Sztokholm)⁽¹¹⁹⁾.

Częstość występowania przeciwciał wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV) również jest bardzo zróżnicowana, prawdopodobnie częściowo z powodu różnic w zasięgu szczepień, chociaż pewną rolę mogą odgrywać inne

Wykres 17: Występowanie przeciwciał HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji



UWAGA: Dane za lata 2008 i 2009. Czarny kwadrat oznacza próbki ogólnokrajowe; niebieski trójkąt oznacza próbki subkrajowe (lokalne lub regionalne). Różnice między poszczególnymi krajami należy interpretować ostrożnie z uwagi na różnice w warunkach i metodach badań. Krajowe strategie dotyczące pobierania próbek nie są jednakowe. O kolejności krajów decyduje liczba przypadków (narastająco) uzyskana na podstawie średnich danych krajowych, a w razie ich braku – na podstawie danych subkrajowych. Więcej informacji – zob. wykres INF-6 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

⁽¹¹⁷⁾ Zob. tabele INF-112 i INF-113 oraz wykres INF-6 (część ii) i (część iii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹¹⁸⁾ Zob. tabela INF-111 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹¹⁹⁾ Zob. tabele INF-112 i INF-113 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

czynnikami. Markerem serologicznym zakażenia HBV, który dostarcza najwięcej informacji, jest HBsAg (antygen powierzchniowy wirusa zapalenia wątroby typu B), który wskazuje na obecne zakażenie. W latach 2004–2009 cztery z 14 krajów dostarczających dane na temat tego wirusa wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji zgłosiło badania, z których wynika, że częstość występowania HbsAg przekracza w tych krajach 5% (Bułgaria, Grecja, Litwa, Rumunia) ⁽¹²⁰⁾.

Tendencje w odnotowanych przypadkach wirusowego zapalenia wątroby typu B i C przedstawiają zróżnicowany obraz, ale istnieje problem z jego interpretacją, jako że jakość danych jest niska. Jednakże odsetek osób używających narkotyków drogą iniekcji wśród wszystkich odnotowanych przypadków, w których czynniki ryzyka są znane, może dawać wgląd w epidemiologię tych zakażeń (Wiessing i in., 2008). W 20 krajach, dla których dostępne są dane za lata 2004–2009, przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji jest przyczyną średnio 63% wszystkich zgłoszonych przypadków HCV oraz 38% zgłoszonych ostrych przypadków HCV, w których znana jest kategoria ryzyka. Jeśli chodzi o wirusowe zapalenie wątroby typu B, osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji stanowią 20% wszystkich zgłoszonych przypadków i 26% przypadków ostrych. Dane te potwierdzają, że osoby te nadal stanowią w Europie ważną grupę zagrożoną zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby ⁽¹²¹⁾.

Inne zakażenia

Poza zakażeniami wirusowymi osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji podatne są na choroby bakteryjne ⁽¹²²⁾. Pojawienie się w Europie ogniska węglików wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji (zob. EMCDDA, 2010a) uwydatniło istniejący problem, jakim jest poważna choroba spowodowana bakteriami tworzącymi formy przetrwalnikowe, występującymi wśród osób stosujących iniekcje. W ramach europejskiego badania zestawiono dane dotyczące zgłoszonych przypadków czterech zakażeń bakteryjnych (zatrucie jadem kielbasianym, tężec, *Clostridium novyi* i węglik), występujących w ciągu ostatnich dziesięciu lat wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. W latach 2000–2009 sześć krajów zgłosiło 367 przypadków, przy czym współczynnik częstości występowania wynosił od 0,03 do 7,54 przypadku na 1 mln mieszkańców. Większość przypadków zakażeń (92%) zgłoszono w trzech krajach położonych w północno-zachodniej części Europy: Irlandii, Zjednoczonym Królestwie i Norwegii. To zróżnicowanie geograficzne nie jest zrozumiałe i wymaga dalszych badań (Hope i in., 2011).

Gruźlica wśród osób używających narkotyków

Gruźlica jest chorobą bakteryjną, która zwykle atakuje płuca i może być śmiertelna. W 2008 r. w 26 państwach członkowskich UE i Norwegii stwierdzono ogółem 82 605 przypadków tej choroby, przy czym współczynnik zachorowalności wyższy niż 20 przypadków na 100 000 mieszkańców występował w Rumunii (114,1), na Litwie (66,8), Łotwie (47,1), w Bułgarii (41,2), Estonii (33,1) i Portugalii (28,7) (ECDC, 2010). W Europie choroba ta w przeważającej mierze występuje w grupach wysokiego ryzyka, takich jak: migranci, osoby bezdomne, osoby używające narkotyków i więźniowie. Ze względu na marginalizację i styl życia osoby używające narkotyków mogą być narażone na wyższe ryzyko zarażenia się gruźlicą niż w przypadku populacji ogólnej. Zakażenie wirusem HIV również wiąże się z dodatkowym ryzykiem zachorowania na gruźlicę, które szacuje się na 20 do 30 razy większe niż w przypadku osób, które nie są zakażone HIV (WHO, 2010a).

Dane dotyczące częstości występowania gruźlicy wśród populacji osób używających narkotyków są skąpe. W Europie duży odsetek aktywnych (objawowych) przypadków gruźlicy zgłaszany jest wśród leczonych osób używających narkotyków w Grecji (1,7%), na Litwie (3%) i w Portugalii (1–2%), natomiast w ramach systematycznych badań przeprowadzanych w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków w Austrii, na Słowacji i w Norwegii nie stwierdzono żadnych przypadków.

Gruźlicę u osób używających narkotyków można skutecznie leczyć, chociaż wymaga to skomplikowanej kuracji trwającej co najmniej sześć miesięcy. Ukończenie leczenia ma zasadnicze znaczenie, ponieważ organizmy chorobotwórcze szybko stają się odporne na leki i wykształcają oporność na leczenie. W przypadku osób problemowo używających narkotyków, zwłaszcza mających zdeorganizowany styl życia, konsekwentne kontynuowanie leczenia może być trudne. Nowe rodzaje podejścia, które mają na celu skrócenie czasu kuracji, mogą zwiększyć prawdopodobieństwo udanego ukończenia leczenia.

Profilaktyka chorób zakaźnych oraz reagowanie na nie

Profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków stanowi ważny cel zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, a także składnik polityki antynarkotykowej większości państw członkowskich. Kraje dążą do zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych wśród używających narkotyków i do kontrolowania go poprzez kombinację różnych rodzajów podejścia, w tym: nadzór, szczepienie i leczenie zakażeń; leczenie

⁽¹²⁰⁾ Zob. tabela INF-114 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹²¹⁾ Zob. tabele INF-105 i INF-106 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹²²⁾ Zob. ramka „Gruźlica wśród osób używających narkotyków”.

uzależnienia od narkotyków, w szczególności leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów oraz zapewnienie sterylnego sprzętu do iniekcji. Ponadto działania oparte na społeczności mają na celu udzielanie informacji, edukację i interwencje behawioralne, często realizowane za pośrednictwem placówek środowiskowych lub niskoprogowych. Środki te, wraz z terapią antyretrowirusową oraz z diagnozowaniem i leczeniem gruźlicy, promowane były przez agendy ONZ jako kluczowe interwencje mające na celu zapobieganie i leczenie HIV oraz opiekę nad osobami używającymi narkotyków drogą iniekcji (WHO, UNODC i UNAIDS, 2009).

Interwencje

W kilku badaniach i przeglądach potwierdzono skuteczność substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów pod względem ograniczania przenoszenia wirusa HIV i samodzielnie zgłoszonych zachowań ryzykownych związanych z iniekcjami. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że połączenie substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów z programami wymiany igieł i strzykawk jest bardziej efektywne w ograniczaniu występowania HIV lub HCV oraz zachowań ryzykownych związanych z iniekcjami niż każdy z tych rodzajów podejścia stosowany osobno (ECDC i EMCDDA, 2011).

W oparciu o najnowsze postępy w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C wiele krajów obecnie zwiększa swoje wysiłki w zakresie zapobiegania tej chorobie wśród osób używających narkotyków oraz jej wykrywania

Profilaktyka zakażeń wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji: wspólne wytyczne ECDC i EMCDDA

W 2011 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i EMCDDA wydały wspólne wytyczne dotyczące zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich kontrolowania wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji. Wytyczne te zawierają wyczerpujący przegląd efektywności interwencji, w tym takich środków, jak dostarczanie czystych strzykawk i innego sprzętu do iniekcji; leczenie uzależnienia od narkotyków, w tym leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów; szczepienia; badania oraz leczenie zakażeń u osób używających narkotyków. W wytycznych tych analizowane są modele świadczenia usług oraz najbardziej odpowiednie wiadomości informacyjne i edukacyjne dla tej grupy ludności.

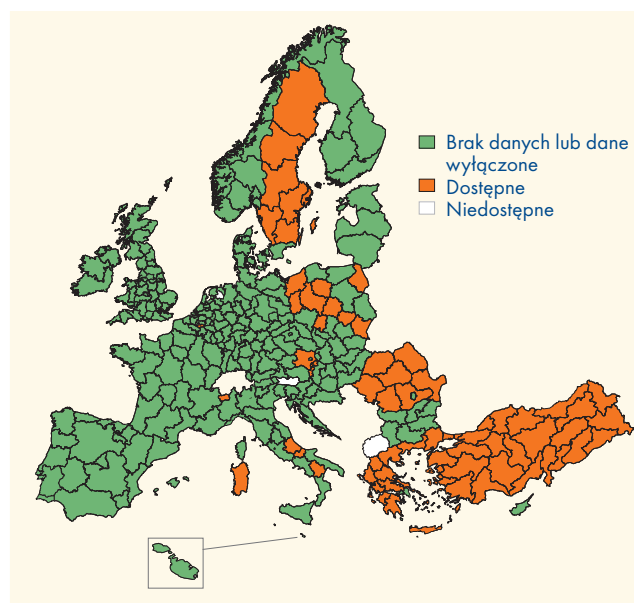
Publikacja jest dostępna w wersji drukowanej i na stronie internetowej EMCDDA wyłącznie w języku angielskim.

i leczenia. Unia Europejska wspiera kilka inicjatyw mających na celu ulepszenie profilaktyki wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób używających narkotyków. Inicjatywy te obejmują: tworzenie map krajowych norm i wytycznych dotyczących profilaktyki HCV w UE (Zurhold, 2011); zestawienie przykładów związanych z interwencjami w zakresie poszerzania wiedzy, profilaktyki, leczenia i opieki (Correlation Project i EHRN, 2010); opracowywanie materiałów szkoleniowych dla osób odpowiedzialnych za kształtowanie kierunków polityki, pracowników służby zdrowia i lokalnych dostawców usług (np. Hunt i Morris, 2011).

Dostarczanie bezpłatnych, czystych strzykawk za pośrednictwem wyspecjalizowanych placówek lub aptek występuje we wszystkich krajach poza Turcją, ale pomimo znaczącego rozszerzenia zakresu w ciągu ubiegłych dwudziestu lat informacje na temat zasięgu geograficznego wskazują na brak równowagi – kilka krajów w środkowej i wschodniej części Europy oraz Szwecja zgłaszają brak danych w pewnych dziedzinach (zob. wykres 18).

Najnowsze dane dotyczące rozprowadzania strzykawk za pośrednictwem wyspecjalizowanych programów wymiany igieł i strzykawk są dostępne dla wszystkich krajów z wyjątkiem trzech, a w dwóch kolejnych są niekompletne (¹²³). Wskazują one na to, że za

Wykres 18: Geograficzna dostępność programów wymiany igieł i strzykawk na poziomie regionalnym



UWAGA: Regiony zdefiniowane zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych (NUTS) poziom 2, więcej informacji – zob. strona internetowa Eurostat.

Źródło: Zob. tabela HSR-4 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹²³⁾ Zob. tabela HSR-5 w biuletynie statystycznym za 2011 r. W przypadku Danii, Niemiec i Włoch dane dotyczące liczby strzykawk były niedostępne za lata 2007–2009. Dane dotyczące Niderlandów obejmują jedynie Amsterdam i Rotterdam, a dane dotyczące Zjednoczonego Królestwa nie obejmują Anglii.

pośrednictwem tych programów rozprowadza się prawie 50 mln strzykawek rocznie. Szacuje się to średnio na 94 strzykawek na osobę używającą narkotyków drogą iniekcji w krajach przekazujących dane dotyczące strzykawek.

W przypadku 13 krajów można oszacować średnią liczbę strzykawek rozprowadzanych rocznie na jedną osobę używającą narkotyków drogą iniekcji ⁽¹²⁴⁾. W siedmiu z tych krajów średnia liczba strzykawek wydanych za pośrednictwem specjalistycznych programów wynosi mniej niż 100 na osobę używającą narkotyków drogą iniekcji; cztery kraje wydają od 100 do 200 strzykawek, a Luksemburg i Norwegia zgłosiły rozprowadzanie przeszło 200 strzykawek na jedną osobę używającą narkotyków drogą iniekcji ⁽¹²⁵⁾. Pod względem profilaktyki HIV agendy ONZ uznają roczne rozprowadzanie 100 strzykawek na jedną osobę używającą narkotyków drogą iniekcji za niski wskaźnik, a 200 strzykawek na osobę – za wskaźnik wysoki (WHO, UNODC i UNAIDS, 2009).

W ciągu czterech ostatnich lat objętych sprawozdaniami (2005–2009) całkowita liczba strzykawek rozdanych w ramach programów wymiany strzykawek wzrosła o 32%. Analiza tendencji w zakresie zapewniania strzykawek na szczeblu podregionalnym wskazuje na wyrównywanie się wartości wśród państw członkowskich UE sprzed 2004 r. oraz na wzrost wśród nowych państw członkowskich.

Zgony związane z narkotykami i współczynniki umieralności

Używanie narkotyków to jedna z głównych przyczyn problemów zdrowotnych i zgonów wśród ludzi młodych w Europie. Może być przyczyną znaczącego odsetka wszystkich zgonów wśród dorosłych. W badaniach wykazano, że od 10% do 23% przypadków zgonów w grupie wiekowej od 15 do 49 lat można przypisać używaniu opioidów (Bargagli i in., 2006; Bloor i in., 2008).

Umieralność związana z używaniem narkotyków obejmuje zgony spowodowane pośrednio lub bezpośrednio przez używanie narkotyków. Do zgonów tych zalicza się zgony wskutek przedawkowania narkotyków (zgony związane z narkotykami), HIV/AIDS, wypadków komunikacyjnych, szczególnie w połączeniu z alkoholem, przemoc, samobójstwa i przewlekłych problemów zdrowotnych

wywołanych regularnym używaniem narkotyków (np. problemy związane z układem sercowo-naczyniowym wśród osób używających kokainy) ⁽¹²⁶⁾.

Zgony związane z narkotykami

Najnowsze szacunki wskazują na to, że w 2009 r. w państwach członkowskich UE i w Norwegii miało miejsce 7630 zgonów związanych z narkotykami, co w porównaniu z 7730 przypadkami zgłoszonymi w 2008 r. wskazuje na stabilną sytuację ⁽¹²⁷⁾. Wartości te prawdopodobnie są ostrożne, ponieważ dane krajowe mogą być zaniżone lub niedokładne w odniesieniu do tego rodzaju zgonów. Kilka krajów oceniło rozmiary niedoszacowania w swoich danych krajowych.

W latach 1995–2008 w państwach członkowskich UE i Norwegii co roku odnotowywano od 6300 do 8400 zgonów związanych z narkotykami. W 2008 r., tj. w ostatnim roku, dla którego dostępne są dane w odniesieniu do prawie wszystkich krajów, ponad połowa wszystkich zgłoszonych zgonów związanych z narkotykami miała miejsce w dwóch krajach – w Niemczech i w Zjednoczonym Królestwie. W tych dwóch krajach wraz z Hiszpanią i Włochami odnotowano dwie trzecie wszystkich zgłoszonych przypadków (5075).

Średni współczynnik umieralności wskutek przedawkowania narkotyków w UE w 2009 r. szacowany jest na 21 zgonów na 1 mln mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat, przy czym większość krajów zgłasza współczynniki w przedziale 4–59 zgonów na 1 mln (wykres 19). W 13 z 28 krajów europejskich odnotowano współczynniki powyżej 20 zgonów na 1 mln mieszkańców, natomiast w siedmiu krajach – ponad 40 zgonów na 1 mln mieszkańców. Wśród Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat zgony spowodowane przedawkowaniem narkotyków stanowiły 4% wszystkich zgonów ⁽¹²⁸⁾.

Na zgłoszoną liczbę zgonów związanych z narkotykami mogą mieć wpływ wskaźniki i wzory używania narkotyków (drogą iniekcji, jednoczesne używanie wielu substancji), wiek i współzachorowalność u osób używających narkotyków oraz dostępność leczenia, służb medycznych i ratunkowych, a także jakość gromadzonych danych i sprawozdawczości. Poprawa wiarygodności europejskich danych umożliwiła sporządzenie lepszej charakterystyki tendencji i obecnie większość krajów przyjęła definicję przypadku zatwierdzoną przez

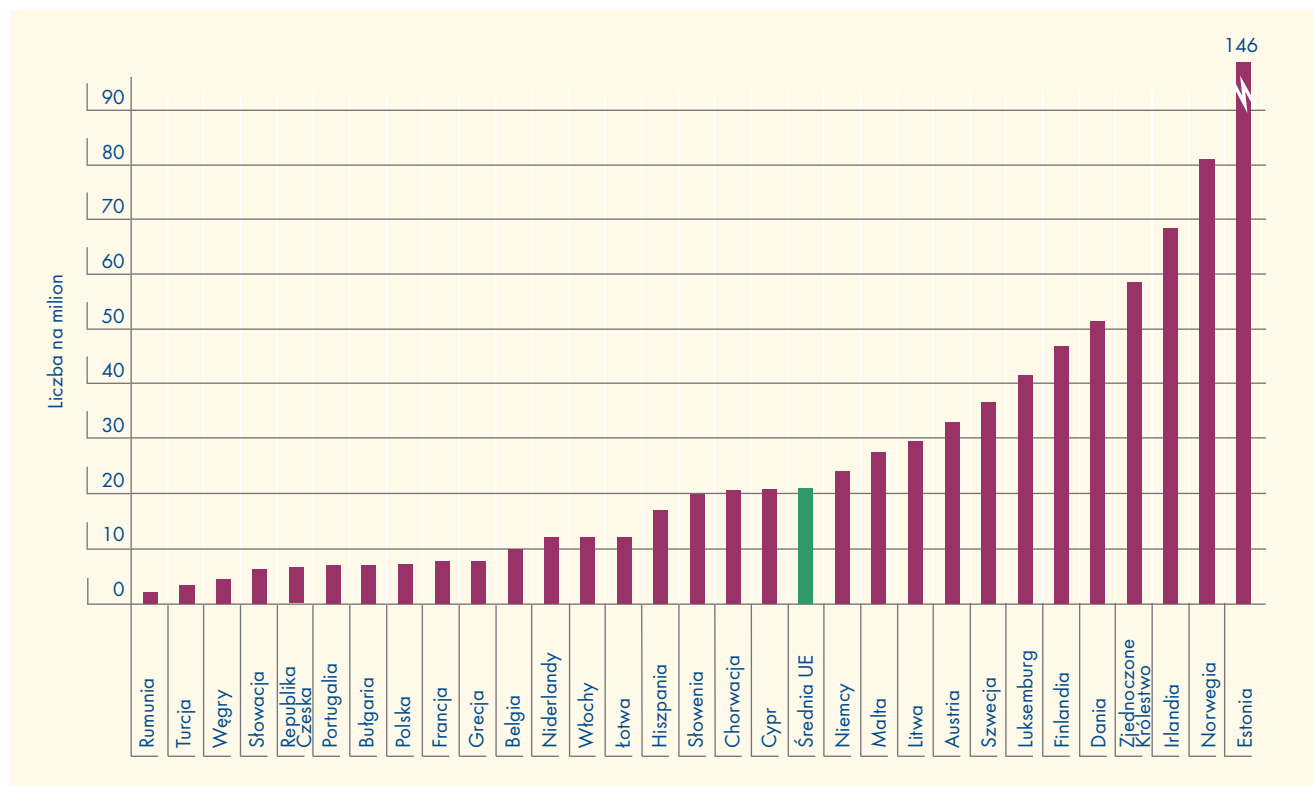
⁽¹²⁴⁾ Zob. wykres HSR-3 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹²⁵⁾ Dane te nie obejmują sprzedaży aptecznej, która w kilku krajach może stanowić ważne źródło sterylnych strzykawek dla osób używających narkotyków.

⁽¹²⁶⁾ Zob. „Umieralność związana z narkotykami: pojęcie złożone” w sprawozdaniu rocznym za 2008 r.

⁽¹²⁷⁾ Szacunki europejskie oparte są na danych za 2009 r. dotyczących 17 z 27 państw członkowskich oraz Norwegii, danych za 2008 r. dotyczących dziewięciu krajów oraz prognozowanych danych dotyczących jednego kraju. Belgię wyłączone, ponieważ dane jej dotyczące były niedostępne. Więcej informacji – zob. tabela DRD-2 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹²⁸⁾ Zob. wykres DRD-7 (część i) oraz tabele DRD-5 (część ii) i DRD-107 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Wykres 19: Szacowane współczynniki umieralności wśród wszystkich osób dorosłych (od 15 do 64 lat) w wyniku zgonów związanych z narkotykami

UWAGA: Więcej informacji – zob. wykres DRD-7 w biuletynie statystycznym za 2011 r.
 Źródło: Krajowe punkty kontaktowe sieci Reitox.

EMCDDA⁽¹²⁹⁾. Niemniej jednak porównania między krajami wymagają zachowania ostrożności ze względu na wciąż istniejące różnice pod względem metodyki sprawozdawczości i źródeł danych.

Zgony związane z opioidami

Heroina

Opioidy, głównie heroina lub jej metabolity, występują w większości zgłoszonych w Europie przypadków zgonów związanych z narkotykami. W 22 krajach, które przekazały dane za 2008 lub 2009 r., opioidy związane były z ogromną większością wszystkich przypadków: ponad 90% w pięciu krajach i 80–90% w kolejnych 12 krajach. Do substancji często wykrywanych oprócz heroiny należą: alkohol, benzodiazepiny, inne opioidy oraz, w niektórych krajach, kokaina. To wskazuje, że znaczny odsetek wszystkich zgonów związanych z narkotykami występuje w kontekście jednoczesnego używania wielu substancji. Sytuację tę zilustrowano w przeglądzie

toksykologii zgonów związanych z narkotykami w Szkocji w latach 2000–2007. Z przeglądu tego wyniku, że heroina i alkohol często występowały jednocześnie, szczególnie w przypadku starszych mężczyzn. Wśród mężczyzn, których zgon związany był z heroiną, alkohol obecny był w przypadku 53% osób w wieku 35 lat i starszych, natomiast w grupie wiekowej do 35 lat obecny był w 36% zgonów (Bird i Robertson, 2011; zob. również GROS, 2010).

W Europie najwięcej zgłoszonych zgonów spowodowanych przedawkowaniem przypada na mężczyzn (81%). Ogólnie ok. czterech zgonów mężczyzn przypada na każdy zgon kobiety (stosunek ten wynosi od 1,4:1 w Polsce do 31:1 w Rumunii)⁽¹³⁰⁾. W państwach członkowskich, które niedawno wstąpiły do UE, zgłoszone zgony związane z narkotykami częściej występują wśród mężczyzn i młodszych osób niż ma to miejsce w państwach członkowskich należących do UE przed 2004 r. i w Norwegii. Wzorce te są różne w całej Europie – wyższy odsetek mężczyzn zgłaszany jest w krajach południowych

⁽¹²⁹⁾ Szczegółowe informacje metodologiczne – zob. biuletyn statystyczny za 2011 r. i na stronach zawierających kluczowe wskaźniki dotyczące zgonów związanych z narkotykami.

⁽¹³⁰⁾ Ponieważ większość zgonów związanych z narkotykami zgłaszanych EMCDDA to przypadki przedawkowania opioidów (głównie heroiny), w celu opisanego i przeanalizowania zgonów związanych z używaniem heroiny przedstawiono tu ogólną charakterystykę zgłoszonych zgonów. Zob. wykres DRD-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

(Grecja, Włochy, Rumunia, Cypr, Węgry, Chorwacja) oraz w Estonii, na Łotwie oraz Litwie. Dania, Niemcy, Szwecja i Norwegia zgłaszają wyższy odsetek zgonów wśród osób starszych. W większości krajów średnia wieku osób umierających w wyniku przedawkowania heroiny waha się w okolicach 35 lat i w wielu krajach rośnie. Świadczy to o możliwym ustabilizowaniu się lub spadku liczby młodych osób używających heroiny i starzejącej się grupie osób problemowo używających opioidów. W Europie w sumie 12% zgłoszonych zgonów z powodu przedawkowania miało miejsce wśród osób w wieku poniżej 25 lat ⁽¹³¹⁾.

Ze śmiertelnymi i nieskutkującymi śmiercią przedawkowaniami heroiny wiąże się kilka czynników. Obejmują one iniekcje i jednoczesne używanie innych substancji, w szczególności alkoholu, benzodiazepin oraz niektórych środków przeciwdepresyjnych. Inne czynniki związane z przedawkowaniami to ciągłe używanie narkotyków, współzachorowalność, bezdomność, gorszy stan zdrowia psychicznego (np. depresja i celowe zatrucie), nieobjęcie leczeniem uzależnienia od narkotyków, wcześniejsze przypadki przedawkowania oraz samotność w czasie przedawkowania (Rome i in., 2008). Jak wykazały pewne badania obserwacyjne, czas bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia (WHO, 2010a) lub po wypisaniu z leczenia uzależnienia od narkotyków jest okresem szczególnego ryzyka przedawkowania.

Inne opioidy

Poza heroiną w raportach toksykologicznych występują inne opioidy, w tym metadon ⁽¹³²⁾ i buprenorfina. Zgony w wyniku zatrucia buprenorfiną występują rzadko i są zgłaszane przez bardzo niewiele krajów, mimo coraz powszechniejszego stosowania tej substancji w leczeniu substytucyjnym w Europie. Jednakże w Finlandii buprenorfina pozostaje opioidem najczęściej wykrywanym w trakcie sekcji zwłok, ale zazwyczaj w połączeniu z innymi substancjami. Zjawisko to jest odzwierciedlone w niedawnym sprawozdaniu fińskim, w którym badano wyniki dotyczące narkotyków w przypadkach nieumyślnego zatrucia. W prawie wszystkich (38/40) przypadkach, w których ustalono, że buprenorfina była główną przyczyną zgonu, stwierdzono obecność benzodiazepin. Ważnym czynnikiem był również alkohol, stwierdzony w 22 z 40 przypadków (Salasuo i in., 2009). W Estonii większość zgonów związanych z narkotykami zgłoszonych w 2009 r. była, podobnie jak w poprzednich latach, wynikiem użycia 3-metylofentanylu.

Zgony związane z innymi narkotykami

Zgony spowodowane ostrym zatruciem kokainą wydają się być względnie rzadkie (EMCDDA, 2010a). Ponieważ

Metadon a umieralność

Przy szacowanej liczbie 700 000 osób używających opioidów i poddawanych leczeniu substytucyjnym narkotyki takie jak metadon znalazły się ostatnio w centrum uwagi, jeśli chodzi o zgony związane z narkotykami. Metadon często wymieniany jest w raportach toksykologicznych dotyczących zgonów związanych z używaniem narkotyków i czasami identyfikowany jest jako przyczyna śmierci. Pomimo tego obecnie dostępne dowody zdecydowanie przemawiają za korzyściami – pod względem utrzymywania pacjentów na leczeniu oraz ograniczania nielegalnego używania opioidów i umieralności – prawidłowo regulowanego i nadzorowanego substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów, połączonego z interwencjami w zakresie pomocy psychospołecznej.

Z badań obserwacyjnych wynika, że współczynnik umieralności leczonych metadonem osób używających opioidów jest równy jednej trzeciej współczynnika odnoszącego się do osób nieleczonych. Ważnym czynnikiem jest czas leczenia – ostatnie badania wykazują, że leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów ma ponad 85% szans na ograniczenie całkowitej umieralności wśród osób używających opioidów, jeżeli są leczone 12 miesięcy lub dłużej (Cornish i in., 2010). Korzyści w zakresie przeżycia rosną wraz z wydłużającym się czasem leczenia (Kimber i in., 2010). Ponadto metadon wydaje się obniżać ryzyko zakażenia wirusem HIV o ok. 50% w porównaniu z odstawieniem narkotyków lub brakiem leczenia (Mattick i in., 2009). Jeśli chodzi o zgony w populacji związane z metadonem, w badaniu niedawno przeprowadzonym w Szkocji i Anglii stwierdzono, że po wprowadzeniu nadzorowanego dawkowania metadonu nastąpił znaczny spadek liczby zgonów związanych z metadonem. W latach 1993–2008 liczba zgonów będących skutkiem przedawkowania związanego z metadonem na ilość przepisanego metadonu – w kontekście rozszerzenia leczenia – zmalała przynajmniej czterokrotnie (Strang i in., 2010).

jednak przypadki przedawkowania kokainy są trudniejsze do ustalenia i wykrycia, niż ma to miejsce w przypadku opioidów, ich liczba może być zaniżona (zob. rozdział 5).

W 2009 r. w 21 krajach zgłoszono około 900 zgonów związanych z użyciem kokainy. Ze względu na brak porównywalności dostępnych danych trudno jest określić tendencje na poziomie europejskim. Najnowsze dane dotyczące Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa – dwóch krajach o najwyższym wskaźniku używania kokainy – wskazują na spadek liczby zgonów związanych z tym narkotykiem: w Hiszpanii z 25,1% zgłoszonych przypadków związanych z kokainą (a niezwiązanych z opiatami) w 2007 r. do 19,3% w 2008 r., a w Zjednoczonym Królestwie z 12,7% w 2008 r. do 9,6%

⁽¹³¹⁾ Zob. wykresy DRD-2 i DRD-3 oraz tabelę DRD-1 (część i) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹³²⁾ Zob. ramka „Metadon a umieralność”.

w 2009 r. Kokaina jest bardzo rzadko stwierdzana jako jedyna substancja przyczyniająca się do zgonu związanego z narkotykami.

W ostatnim międzynarodowym przeglądzie współczynników umieralności wśród osób używających kokainy stwierdzono, że istnieją ograniczone dane na temat stopnia podwyższonej umieralności wśród osób problemowo używających kokainy lub uzależnionych od tego narkotyku (Degenhardt in., 2011). Przegląd ten obejmował wyniki trzech europejskich badań uzupełniających: francuskiego badania, które dotyczyło osób aresztowanych za przestępstwa związane z kokainą, holenderskiego badania dotyczącego osób używających kokainy drogą iniekcji, zaangażowanych za pośrednictwem placówek niskoprogowych oraz włoskiego badania dotyczącego uzależnionych osób używających kokainy i poddawanych leczeniu. Przybliżony współczynnik umieralności w tych badaniach wynosił od 0,54 do 4,6 na 100 osobolat. Niedawne duńskie badanie kohortowe, które obejmowało osoby leczone z powodu używania kokainy, wykazało nadmierne ryzyko umieralności wynoszące 6,4 w porównaniu z osobami w tym samym wieku i tej samej płci w populacji ogólnej (Arendt i in., 2011).

Przypadki zgonów, w których stwierdzono ecstazy (MDMA), są rzadko zgłaszane, a w wielu z tych przypadków nie stwierdzono, aby to ten narkotyk był bezpośrednią przyczyną śmierci⁽¹³³⁾. W 2009 r. zgony potencjalnie związane z katynonami zgłoszono w Anglii (mefedron) i w Finlandii (MDPV) (zob. rozdział 8).

Tendencje w zakresie zgonów związanych z narkotykami

W latach 80. i na początku lat 90. XX w. nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów związanych z narkotykami, równoległe ze wzrostem używania heroiny i przyjmowania narkotyków drogą iniekcji, a następnie liczba ta utrzymywała się na wysokim poziomie⁽¹³⁴⁾. W latach 2000–2003 większość państw członkowskich UE zgłosiła spadek, a następnie, w latach 2003–2008, wzrost liczby zgonów. Dostępne wstępne dane dla 2009 r. wskazują na ogólną wartość równą tej z 2008 r. lub nieznacznie niższą. W przypadku gdy porównanie było możliwe, liczba zgłoszonych zgonów wzrosła w niektórych największych krajach, w tym w Niemczech, we Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie.

Przyczyny utrzymywania się lub wzrostu liczby zgłoszonych zgonów związanych z narkotykami w pewnych krajach są trudne do wyjaśnienia, szczególnie w kontekście oznak spadku używania narkotyków

drogą iniekcji oraz rosnącej liczby osób używających opioidów, które kontaktują się z placówkami leczniczymi i działającymi na rzecz redukcji szkód. Możliwe przyczyny obejmują: większe występowanie jednoczesnego używania wielu substancji (EMCDDA, 2009b) lub zachowań wysokiego ryzyka; rosnącą liczbę osób powracających do używania opioidów i opuszczających więzienia lub terapię oraz kohortę starzejących się osób używających narkotyków, które są bardziej zagrożone.

Ogólny poziom umieralności związanej z używaniem narkotyków

Ogólny poziom umieralności związanej z używaniem narkotyków obejmuje zgony związane z narkotykami i te, które pośrednio spowodowało używanie narkotyków, np. będące skutkiem chorób zakaźnych, chorób układu sercowo-naczyniowego i wypadków. Liczba zgonów pośrednio związanych z używaniem narkotyków jest trudna do określenia, ale ich wpływ na zdrowie publiczne może być znaczny. Takie zgony występują głównie wśród osób problemowo używających narkotyków, chociaż niektóre (np. wypadki komunikacyjne) występują też wśród osób używających narkotyków sporadycznie.

Szacunkowy ogólny poziom umieralności związanej z narkotykami można obliczyć na różne sposoby, na przykład łącząc informacje z badań kohortowych nad umieralnością z szacunkowymi wskaźnikami używania narkotyków. Inną metodą jest użycie istniejących statystyk umieralności ogólnej i oszacowanie odsetka zgonów związanych z używaniem narkotyków.

Badania kohortowe umieralności

Badania kohortowe umieralności mają na celu śledzenie przez cały czas tej samej grupy osób problemowo używających narkotyków i, poprzez powiązanie z rejestrami zgonów, zidentyfikowanie przyczyny wszystkich zgonów występujących w obrębie danej grupy. Ten rodzaj badania pozwala ustalić ogólne i szczegółowe współczynniki umieralności dla kohorty, a także oszacować nadmierną umieralność w grupie w porównaniu z populacją ogólną⁽¹³⁵⁾.

W zależności od doboru próby (np. w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków) i kryteriów wpisania (np. osoby używające narkotyków drogą iniekcji, osoby używające heroiny) większość badań kohortowych wykazuje współczynniki umieralności na poziomie od 1% do 2% rocznie wśród osób problemowo używających narkotyków. Te współczynniki umieralności są mniej więcej 10–20 razy wyższe niż w przypadku tej

⁽¹³³⁾ Dane dotyczące zgonów związanych z narkotykami innymi niż heroina – zob. tabela DRD-108 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹³⁴⁾ Zob. wykresy DRD-8 i DRD-11 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹³⁵⁾ Informacje na temat kohortowych badań umieralności – zob. najważniejsze wskaźniki na stronie internetowej EMCDDA.

samej grupy wiekowej w populacji ogólnej. Względne znaczenie różnych przyczyn śmierci jest zróżnicowane w obrębie populacji, w zależności od kraju i w czasie. Na ogół jednak w Europie główną przyczyną zgonu wśród osób problemowo używających narkotyków jest przedawkowanie narkotyku, które powoduje do 50–60% zgonów wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji w krajach o niskiej częstości występowania HIV/AIDS. Często zgłaszanymi przyczynami zgonu, oprócz HIV/AIDS i innych chorób, są samobójstwo, wypadki i nadużywanie alkoholu.

Zgony pośrednio związane z używaniem narkotyków

Łącząc istniejące dane pochodzące z Eurostatu i monitorowania HIV/AIDS, EMCDDA szacuje, że w 2007 r. około 2100 osób w Unii Europejskiej zmarło z powodu HIV/AIDS związanego z używaniem narkotyków⁽¹³⁶⁾, przy czym do 90% tych zgonów doszło w Hiszpanii, we Francji, Włoszech i w Portugalii.

Pozostałe choroby, które także stanowią przyczynę pewnej liczby zgonów wśród osób używających narkotyków, obejmują schorzenia przewlekłe, takie jak choroby wątroby, wywołane głównie zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV) i często pogarszane wskutek nadużywania alkoholu oraz jednoczesnego zakażenia także HIV. Zgony spowodowane innymi chorobami zakaźnymi są rzadsze. Do takich przyczyn zgonów wśród osób używających narkotyków, jak: samobójstwo, urazy i zabójstwo, przykłada się znacznie mniej uwagi, mimo oznak, że mają one znaczny wpływ na umieralność.

Ograniczanie liczby zgonów związanych z narkotykami

Piętnaście krajów europejskich zgłosiło, że ich krajowa strategia antynarkotykowa uwzględnia ograniczenie liczby zgonów związanych z narkotykami, że taka polityka istnieje na poziomie regionalnym lub że posiadają określony plan działania w zakresie zapobiegania takim zgonom. W niektórych innych krajach (Estonia, Francja, Austria) wzrost liczby zgonów związanych z narkotykami (częściowo w młodszych grupach wiekowych i wśród zintegrowanych osób używających narkotyków) w ostatnim czasie doprowadził do wzrostu świadomości, że potrzebne jest lepsze reagowanie na ten problem.

Leczenie może znacząco zmniejszyć ryzyko zgonu w przypadku osób używających narkotyków, chociaż ryzyko związane z tolerancją narkotyku rośnie w czasie

„Wybrane zagadnienia”: Umieralność związana z używaniem narkotyków – wszechstronne podejście i konsekwencje dla zdrowia publicznego

W opublikowanych w tym roku „Wybranych zagadnieniach” EMCDDA przedstawiono wyniki dotyczące umieralności związanej z narkotykami uzyskane w ramach niedawnych badań obserwacyjnych przeprowadzonych wśród osób problemowo używających narkotyków w Europie. W badaniach tych przeanalizowano ogólne i szczegółowe współczynniki umieralności oraz opisano zidentyfikowane czynniki wpływające na ryzyko i ochronę. Przeanalizowano również konsekwencje dla zdrowia publicznego.

Publikacja jest dostępna w wersji drukowanej i na stronie internetowej EMCDDA wyłącznie w języku angielskim.

rozpoczynania lub kończenia leczenia. Jak wynika z badań, ryzyko zgonu związanego z narkotykami znacznie wzrasta w przypadku powrotu do nałogu po okresie leczenia lub po zwolnieniu z więzienia.

Ze względu na swój profil bezpieczeństwa farmakologicznego buprenorfina jest w niektórych krajach zalecana w podtrzymującym leczeniu uzależnienia od opioidów⁽¹³⁷⁾, a w co najmniej połowie krajów połączenie buprenorfiny i naloksonu uzyskało pozwolenie na dopuszczenie do obrotu⁽¹³⁸⁾.

Chociaż w niektórych krajach europejskich osiągnięto postępy pod względem wyrównywania dostępu do leczenia między społeczeństwem a więzieniem⁽¹³⁹⁾, stwierdzono, że przerwanie leczenia uzależnienia od narkotyków, czy to ze względu na aresztowanie, pozbawienie wolności czy zwolnienie z więzienia, stanowi czynnik zwiększający ryzyko przedawkowania (Dolan i in., 2005). Fakt ten doprowadził do opublikowania przez Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (2010c) zaleceń dotyczących profilaktyki przedawkowania w więzieniach i poprawy ciągłości opieki po zwolnieniu z więzienia.

Oprócz poprawiania dostępu do leczenia uzależnienia od narkotyków badane były inne interwencje mające na celu ograniczenie ryzyka przedawkowania wśród osób używających narkotyków. Interwencje te ukierunkowane są na czynniki osobiste, sytuacyjne i związane z używaniem narkotyków. Materiały informacyjne na temat ryzyka przedawkowania, często opracowywane w kilku językach, aby dotrzeć do migrantów używających narkotyków,

⁽¹³⁶⁾ Zob. tabela DRD-5 (część iii) w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹³⁷⁾ Zob. wytyczne dotyczące leczenia na portalu najlepszych praktyk.

⁽¹³⁸⁾ Zob. tabela HSR-1 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

⁽¹³⁹⁾ Zob. rozdział 2 i tabela HSR-9 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

rozprowadzane są w większości krajów za pośrednictwem wyspecjalizowanych agencji antynarkotykowych i stron internetowych, a od niedawna również przez wiadomości telefoniczne i pocztę elektroniczną. Poradnictwo i szkolenia w zakresie bezpieczniejszego używania narkotyków, zapewniane przez pracowników leczących uzależnienia i edukatorów, istnieją w 27 krajach, ale interwencje te często są realizowane sporadycznie i w sposób ograniczony ⁽¹⁴⁰⁾.

Dodatkowe działania w zakresie reagowania zgłaszane przez małą liczbę krajów obejmują: działania następcze dotyczące osób, które doświadczyły nagłych wypadków związanych z narkotykami (Belgia, Dania, Luksemburg, Niemcy, Austria); „systemy wczesnego ostrzegania” mające ostrzegać przed niebezpiecznymi substancjami (Belgia, Republika Czeska, Francja, Węgry, Portugalia, Chorwacja) oraz usprawnione działania kontrolne w celu zapobiegania wystawianiu wielu recept na narkotyki (Luksemburg, Zjednoczone Królestwo). Placówki nadzorowanego używania narkotyków, takie jak te dostępne w Niemczech, Hiszpanii, Luksemburgu, Niemczech i Norwegii, zapewniają możliwość natychmiastowego interweniowania przez profesjonalistów w przypadku przedawkowania i ograniczają wpływ przedawkowania nieskutkującego śmiercią na zdrowie. Dowody dotyczące wpływu placówek nadzorowanego używania narkotyków na liczbę zgonów związanych z narkotykami w społeczeństwie obejmują badanie niedawno przeprowadzone w Vancouver. W badaniu tym stwierdzono, że po otwarciu takiej placówki liczba zgonów spowodowanych przedawkowaniem w danej społeczności zmalała o 35% (Marshall, B. i in., 2011). Wyniki te wskazują ten sam kierunek co wcześniejsze badania, których przeglądu dokonano w monografii poświęconej redukcji szkód (EMCDDA, 2010b).

Szkolenie w zakresie postępowania przy przedawkowaniu połączone z wydzielaniem dawki naloksonu – który odwraca działanie opioidów i jest powszechnie stosowany w szpitalach i w ratownictwie – do stosowania w domu jest przykładem interwencji, która może zapobiegać zgonom w wyniku przedawkowania opioidów. Niektóre kraje europejskie zgłaszają istnienie programów środowiskowych, w ramach których osobom używającym narkotyków i zagrożonym przedawkowaniem opioidów przepisywany jest nalokson. Przepisywaniu naloksonu towarzyszy obowiązkowe szkolenie w zakresie rozpoznawania przedawkowania, udzielania podstawowej pierwszej pomocy (np. sztuczne oddychanie, pozycja bezpieczna) oraz sposobu podawania naloksonu. Ta interwencja jest adresowana do osób używających narkotyków oraz ich rodzin i znajomych. Ma ona na celu umożliwienie im podjęcia skutecznych działań w sytuacji przedawkowania podczas oczekiwania na przybycie służb ratunkowych.

Rozprowadzanie naloksonu wśród osób używających narkotyków jest zgłaszane we Włoszech (gdzie 40% agencji antynarkotykowych zapewnia tę substancję), Niemczech i w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia). Nowe inicjatywy zgłosiły Bułgaria, Dania i Portugalia. W Szkocji w 2010 r. wprowadzono na poziomie krajowym zapewnianie naloksonu „na wynos” wszystkim zagrożonym osobom opuszczającym więzienie, a rząd wspiera krajowy program zapewniania naloksonu do stosowania w domu osobom uznanym za zagrożone przedawkowaniem opioidów oraz osobom mogącym mieć z nimi kontakt. Skuteczność wydawania naloksonu przy zwolnieniu z więzienia pod względem ograniczania liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem w tygodniach po opuszczeniu więzienia jest oceniana w Anglii w ramach projektu badawczego N-Alive, w którym randomizowane badanie kontrolowane zostanie przeprowadzone wśród 5600 więźniów.

⁽¹⁴⁰⁾ Zob. tabela HSR-8 w biuletynie statystycznym za 2011 r.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Rozdział 8

Nowe narkotyki i tendencje

Wprowadzenie

Ze względu na coraz bardziej dynamiczny i szybko rozwijający się charakter europejskiego problemu narkotykowego, szybkie dostarczanie obiektywnych informacji na temat nowych narkotyków oraz pojawiających się tendencji staje się coraz ważniejsze. Rynek nowych narkotyków wyróżnia się tempem, w jakim dostawcy odpowiadają na wprowadzanie środków kontroli, oferując nowe alternatywy dla produktów objętych ograniczeniami. Różnorodne źródła informacji oraz najnowocześniejsze wskaźniki, w tym monitorowanie Internetu oraz analiza ścieków, mogą być pomocne w uzyskaniu lepszego obrazu pojawiających się w Europie tendencji dotyczących narkotyków. W niniejszym rozdziale opisano nowe substancje psychoaktywne, wykrywane za pomocą systemu wczesnego ostrzegania, oraz działania następcze dotyczące oceny ryzyka w odniesieniu do mefedronu. Badane jest zjawisko „dopalaczy” oraz szereg odpowiedzi krajowych na otwartą sprzedaż nowych substancji.

Działania dotyczące nowych narkotyków

System wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej opracowany został jako mechanizm szybkiego reagowania na pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych na scenie narkotykowej. System ten jest obecnie poddawany przeglądowi w ramach oceniania przez Komisję Europejską funkcjonowania decyzji Rady 2005/387/WSiSW⁽¹⁴¹⁾.

Nowe substancje psychoaktywne

W latach 1997–2010 za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania oficjalnie zgłoszono w UE ponad 150 nowych substancji psychoaktywnych, które są obecnie monitorowane. W tym okresie tempo pojawiania się nowych substancji na rynku wzrosło, przy czym rekordową liczbę nowych substancji zgłoszono w ciągu dwóch ostatnich lat – 24 w 2009 r. i 41 w 2010 r.⁽¹⁴²⁾

Wiele z tych substancji wykryto w trakcie testowania produktów sprzedawanych w Internecie i specjalistycznych sklepach (tzw. „smart shops” lub sklepach z akcesoriami narkotykowymi).

Większość z 41 nowych substancji psychoaktywnych rozpoznanych w 2010 r. stanowią syntetyczne katynony lub syntetyczne kannabinoidy. Wykrycie piętnastu nowych pochodnych w 2010 r. czyni z syntetycznych katynonów drugą, tuż po fenetylaminach, największą rodzinę narkotyków monitorowanych przez system wczesnego ostrzegania. Lista nowo zgłoszonych substancji zawiera również zróżnicowaną grupę chemikaliów, w tym syntetyczną pochodną kokainy, naturalny prekursor oraz różne syntetyczne substancje psychoaktywne. W 2010 r. po raz pierwszy zgłoszono pochodne fencyklidyny (PCP) i ketaminy, dwóch popularnych narkotyków stosowanych obecnie lub w przeszłości w medycynie i weterynarii.

Pojawianie się nowych narkotyków opartych na lekach, które mają dobrze znane właściwości uzależniające, stanowi przykład na to, w jaki sposób innowacje na rynku nielegalnych substancji wymagają wspólnej odpowiedzi ze strony podmiotów regulacyjnych odpowiedzialnych za kontrolę leków i narkotyków. Kwestia ta stanowi raczej potencjalne zagrożenie niż najpilniejszy problem, ale biorąc pod uwagę tempo zmian w tej dziedzinie, przewidywanie przyszłych wyzwań może być ważne.

Ocena ryzyka

W 2010 r. mefedron (4-metylometkatynon) stał się pierwszą pochodną katynonu, która została formalnie poddana ocenie ryzyka. Była to również pierwsza substancja, którą poddano ocenie ryzyka zgodnie z nowymi wytycznymi⁽¹⁴³⁾. Przy przeprowadzaniu oceny ryzyka napotkano wyzwania związane z ograniczoną dostępnością danych, jak również z brakiem podobieństwa między mefedronem a wcześniej analizowanymi związkami chemicznymi. Po raz pierwszy

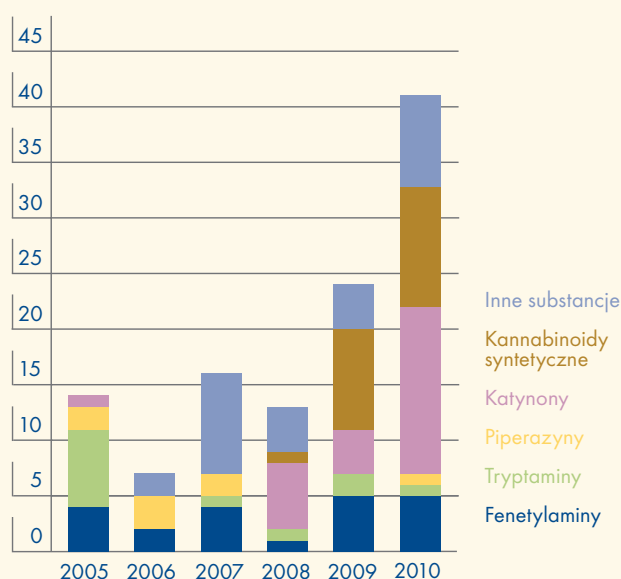
⁽¹⁴¹⁾ Decyzja Rady 2005/387/WSiSW w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych, Dz.U. L 127 z 20.5.2005.

⁽¹⁴²⁾ Zob. ramka „Główne grupy nowych substancji psychoaktywnych monitorowane za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzegania”.

⁽¹⁴³⁾ Zob. ramka „Wytyczne dotyczące oceny ryzyka”.

Główne grupy nowych substancji psychoaktywnych monitorowane za pośrednictwem systemu wczesnego ostrzeżenia

Nowe substancje psychoaktywne, które pojawiają się na rynku narkotykowym w Europie, historycznie należały do małej liczby rodzin związków chemicznych, przy czym większość zgłoszeń napływających do systemu wczesnego ostrzeżenia dotyczyła fenetylamin i tryptamin. W ciągu ostatnich pięciu lat zgłaszano jednak coraz więcej nowych substancji pochodzących z coraz większej liczby rodzin związków chemicznych (zob. wykres).



UWAGA: Liczba nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych europejskiemu systemowi wczesnego ostrzeżenia na mocy decyzji Rady 2005/387/WSiSW.

Fenetylaminy obejmują szereg substancji, które mogą wykazywać działanie pobudzające lub halucynogenne bądź być entaktogenami. Do przykładów tych substancji należą takie substancje syntetyczne, jak: amfetamina, metamfetamina i MDMA (3,4-metylenodioksymetametamina), oraz meskalina, która występuje w stanie naturalnym.

Do tryptamin należy szereg substancji o działaniu głównie halucynogennym. Głównymi przedstawicielami tej grupy są związki chemiczne występujące w stanie naturalnym – dimetylotryptamina (DMT), psylocyna i psylocybina (występujące w grzybach halucynogennych) – jak również półsyntetyczny dietyloamid kwasu lizergowego (LSD).

Do piperazyn należą mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazyna) oraz BZP (1-benzylpiperazyna), które pobudzają ośrodkowy układ nerwowy.

Katyny mają właściwości pobudzające. Główne pochodne katynonów to półsyntetyczny metylokatinon oraz mefedron, metylon i MDPV (3,4-metylenodioksyfrowaleron), które są syntetycznymi związkami chemicznymi.

Syntetyczne kannabinoidy mają działanie podobne do delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), składnika aktywnego konopi indyjskich. Podobnie jak THC, mogą mieć działanie halucynogenne, uspokajające i depresyjne. Wykrywano je w ziołowych mieszankach przeznaczonych do palenia, takich jak „spice” (zob. EMCDDA, 2009d).

Pozostałe substancje zgłaszane do systemu wczesnego ostrzeżenia to różne substancje psychoaktywne pochodzenia roślinnego i syntetycznego (np. indany, benzodifurany, środki przeciwbólowe, syntetyczne pochodne kokainy, ketamina i pochodne fencyklidyny), które nie należą ściśle do żadnej z wcześniej wymienionych rodzin. Należy do nich również nieduża liczba produktów leczniczych i ich pochodnych.

Więcej informacji na temat wybranych nowych substancji psychoaktywnych znajduje się na stronie internetowej EMCDDA dotyczącej profili narkotyków.

jednak uwzględniono toksykologiczne dane przesiewowe pochodzące z analizy przeprowadzonej w grupie osób używających mefedronu, co pozwoliło oprzeć wnioski na dowodach w większym stopniu niż we wcześniejszych ocenach ryzyka.

W oparciu o wnioski z raportu oceny ryzyka (EMCDDA, 2010e) w grudniu 2010 r. Rada Europejska postanowiła objąć mefedron środkami kontroli oraz sankcjami karnymi w całej Europie ⁽¹⁴⁴⁾. Do tego czasu osiemnaście krajów europejskich wprowadziło już środki kontroli dotyczące mefedronu ⁽¹⁴⁵⁾. Pozostałe państwa członkowskie UE mają rok na wprowadzenie niezbędnych środków.

Obserwacje mefedronu

Niewielka liczba źródeł w pewnym stopniu pozwala na monitorowanie używania i dostępności mefedronu w Europie. Źródłami tymi są ankiety internetowe adresowane do osób uczęszczających do klubów nocnych oraz badanie sprzedaży internetowej. Internetowe badania ankietowe przeprowadzone wśród czytelników brytyjskiego magazynu o nocnych klubach wykazały, że w 2010 r. wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia mefedronu wynosił 40% (2295 respondentów, Dick i Torrance, 2010), podczas gdy w 2011 r. odsetek ten wynosił 61% (2560 respondentów, Winstock, 2011); jednakże wskaźnik używania w ciągu ostatniego miesiąca

⁽¹⁴⁴⁾ Decyzja Rady 2010/759/UE w sprawie poddania 4-metylometkatynonu (mefedronu) środkom kontrolnym, Dz.U. L 322/44 z 8.12.2010, s. 44.

⁽¹⁴⁵⁾ Belgia, Dania, Niemcy, Estonia, Irlandia, Francja, Włochy, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Malta, Austria, Polska, Rumunia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Chorwacja, Norwegia.

Wytyczne dotyczące oceny ryzyka

Obecne wytyczne dotyczące oceny ryzyka dla nowych substancji psychoaktywnych, przyjęte w 2008 r., zostały wdrożone po raz pierwszy w 2010 r. w odniesieniu do mefedronu (EMCDDA, 2010c). Wytyczne te stanowią ramy koncepcyjne służące szybkiemu przeprowadzaniu rzetelnej naukowo oceny opartej na dowodach, jeżeli źródła informacji są ograniczone. Głównie rozpatrywane obszary to: zagrożenia zdrowotne i społeczne, wytwarzanie i obrót, udział przestępczości zorganizowanej oraz możliwe konsekwencje stosowania środków kontroli.

W wytycznych uwzględniono wszystkie czynniki, które zgodnie z konwencjami ONZ z 1961 i 1971 r. uzasadniałyby objęcie danej substancji kontrolą międzynarodową.

Wprowadzono w nich również nowatorski, półilościowy system punktowy oparty na ocenach ekspertów. W wytycznych uwzględnia się podwójną definicję ryzyka, a mianowicie prawdopodobieństwo, że może wystąpić pewna szkoda (zazwyczaj określane jako „ryzyko”), oraz stopień powagi tej szkody (zazwyczaj określane jako „zagrożenie”). Co więcej, przeprowadzana jest analiza wskaźników używania danej substancji, potencjalnych korzyści i ryzyka związanych z daną substancją niezależnie od jej statusu prawnego w państwach członkowskich oraz porównanie z lepiej znanymi narkotykami.

W 2010 r. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła również zmianę swoich zaleceń dotyczących przeglądu psychoaktywnych substancji dla celów kontroli międzynarodowej (WHO, 2010b).

zmalął w tym okresie z 33% do 25%. Nie można uznać tych badań ankietowych za reprezentatywne dla większej populacji osób uczęszczających do nocnych klubów.

Dostępność mefedronu w Internecie oceniono poprzez sześć badań internetowych EMCDDA (badań wyrywkowych), przeprowadzonych w okresie od grudnia 2009 r. do lutego 2011 r. W pierwszej połowie 2010 r. mefedron był powszechnie i legalnie dostępny u internetowych dostawców, którzy sprzedawali go zarówno w ilościach detalicznych, jak i hurtowych. Badania wyrywkowe EMCDDA dotyczące internetowych sklepów z narkotykami, przeprowadzone w języku angielskim, wykazały, że szczyt dostępności mefedronu w Internecie miał miejsce w marcu 2010 r., kiedy to oferowało go 77 punktów sprzedaży detalicznej. Od tamtej pory całkowita liczba sklepów internetowych sprzedających mefedron zaczęła spadać, ponieważ od kwietnia 2010 r. kraje europejskie zaczęły obejmować tę substancję środkami kontroli. Pomimo tego, że na początku 2011 r. mefedron podlegał kontroli w większości państw członkowskich, wielojęzyczne badanie wyrywkowe EMCDDA wykazało, że narkotyk ten wówczas nadal był dostępny w Internecie – znaleziono 23 strony, na których oferowano mefedron kupującym w Unii Europejskiej. Ze wspomnianych wcześniej 77 sklepów internetowych, które zidentyfikowano w marcu 2010 r., rok później istniało zaledwie 15, z czego tylko w dwóch z nich nadal sprzedawano mefedron. W pozostałych 13 sklepach nadal oferowano inne produkty, często przedstawiane jako substancje, które nadal znajdują się w fazie badań (ang. „research chemicals”) oraz sprzedawane jako „legalne alternatywy dla mefedronu”^[146]. W badaniu wyrywkowym EMCDDA z 2011 r. wykazano również

znaczny spadek od 2010 r. liczby sklepów internetowych oferujących mefedron, które wydają się mieć siedzibę w Zjednoczonym Królestwie. Krajem, który w 2011 r. posiadał największą liczbę sklepów internetowych sprzedających mefedron, były Stany Zjednoczone (sześć). Na drugim miejscu znajdowała się Republika Czeska i Zjednoczone Królestwo (po trzy). W tym samym okresie cena mefedronu wzrosła z 10–12 EUR za gram w 2010 r. do 20–25 EUR za gram w 2011 r.

Zatrucia i zgony związane z mefedronem nadal są ściśle monitorowane w ramach systemu wczesnego ostrzegania. Negatywne skutki zdrowotne używania mefedronu niepowodujące zgonu odnotowano w Irlandii i Zjednoczonym Królestwie. W 2010 r. w Anglii zgłoszono 65 zgonów, co do których podejrzewano, że były związane z mefedronem. Badania wykazały obecność tego narkotyku w 46 przypadkach. Wykrycie substancji w próbie toksykologicznej nie musi jednak koniecznie oznaczać, że spowodowała ona zgon lub przyczyniła się do niego, a zgłoszenia dotyczące zgonów związanych z mefedronem należy interpretować z rozwagą.

Obserwacje innych substancji

W Europie nie istnieje żaden system rutynowego monitorowania substancji poddanych ocenie ryzyka, w tym substancji, które w następstwie tej oceny objęto kontrolą. Dostępne informacje dotyczące takich substancji pochodzą głównie z danych dotyczących konfiskat narkotyków oraz z napływających do systemu wczesnego ostrzegania zgłoszeń dotyczących negatywnych skutków zdrowotnych substancji kontrolowanych. Część państw członkowskich donosi, że w 2009 i 2010 r. nadal

[146] Takie produkty to między innymi: MDAI (5,6-metylenodioksy-2-aminoindan), 5-IAI (5-iodo-2-aminoindan), MDAT (6,7-metylenodioksy-2-aminotetralin), 5-APB (5-(2-aminopropyl)benzofuran, sprzedawany pod nazwą „Benzo fury”), 6-APB (6-(2-aminopropyl)benzofuran), nafyron (naftylopyrowaleron, sprzedawany pod nazwą NRG-1), 4-MEC (4-metyletkatynon, sprzedawany pod nazwą NRG-2) oraz metoksetamina (2-(3-metoksyfenyl)-2-(etyloamino)cykloheksanon).

dostępne były piperazyny BZP i mCPP. mCPP często znajdowano w tabletkach sprzedawanych jako ecstasy, zidentyfikowanych w ramach programów badania tabletek, na przykład w Niderlandach. Również w 2010 r. Finlandia zgłosiła obecność MDPV⁽¹⁴⁷⁾ w 13 próbkach w badaniach toksykologicznych *post mortem*, podczas gdy trzy kraje zgłosiły ponowne pojawienie się dwóch fenetylamin – PMA i PMMA⁽¹⁴⁸⁾. W Niderlandach stwierdzono, że proszek sprzedawany jako amfetamina zawierał nawet 10% PMA, a tabletki sprzedawane jako ecstasy miały wysoką zawartość PMMA; w Norwegii skonfiskowano znaczną ilość PMMA; w Austrii mieszanka sprzedawana jako amfetamina zawierała 50% PMMA. Wszystkie kraje donosiły o zaburzeniach zdrowotnych i zgonach związanych z PMA i PMMA – dwoma substancjami, których znaczna toksyczność jest znana i które w przeszłości były przyczyną przedawkowań skutkujących zgonem.

Dopalacze

Od lat 80. XX w. nowe substancje psychoaktywne określano mianem „narkotyków autorskich” (ang. „designer drugs”), chociaż w ostatnich latach popularna stała się nazwa „dopalacze” (ang. „legal highs”). Termin „dopalacze” odnosi się do szerokiej kategorii niepodlegających kontroli psychoaktywnych związków chemicznych lub zawierających je produktów, które są sprzedawane jako legalne alternatywy dla znanych narkotyków kontrolowanych. Substancje te zazwyczaj sprzedawane są przez Internet, w „smart shopach” lub sklepach z akcesoriami narkotykowymi. Termin ten jest stosowany w odniesieniu do szeregu substancji i produktów syntetycznych i pochodzenia roślinnego, takich jak: mieszanki ziołowe (ang. „herbal highs”), imprezowe pigułki/kapsułki (ang. „party pills”) oraz substancje, które nadal znajdują się w fazie badań (ang. „research chemicals”). Wiele z nich może być projektowanych specjalnie po to, by ominąć istniejące środki kontroli narkotyków. Sam termin, choć jest powszechnie stosowany, pozostaje problematyczny⁽¹⁴⁹⁾.

Wskaźniki używania i dostępność w Internecie

W Europie istnieje niewiele badań dotyczących wskaźników używania „dopalaczy” w rozumieniu terminu zbiorczego lub odnoszącego się do poszczególnych substancji. Polskie badanie z 2008 r. przeprowadzone wśród 1400 18-letnich uczniów wykazało, że 3,5% przynajmniej raz użyło

Nie do końca legalne „dopalacze”

„Dopalacze” to ogólne pojęcie stosowane w odniesieniu do substancji psychoaktywnych niepodlegających kontroli na mocy prawa antynarkotykowego. Nazywanie tych substancji „legalnymi” może być niepoprawne lub wprowadzać konsumentów w błąd, jako że wiele z nich może być objętych prawem dotyczącym leków czy bezpieczeństwa żywności.

Zgodnie z europejską dyrektywą w sprawie bezpieczeństwa produktów producenci są zobowiązani do wprowadzania do obrotu wyłącznie produktów bezpiecznych. W możliwych do przewidzenia warunkach zastosowania produkt nie powinien przedstawiać „żadnego zagrożenia lub jedynie minimalne zagrożenie związane z jego użytkowaniem” i powinien być „uważany za dopuszczalny i odpowiadający wysokiemu poziomowi ochrony bezpieczeństwa i zdrowia osób”, biorąc pod uwagę jego właściwości, etykietowanie, wszelkie ostrzeżenia oraz instrukcje zastosowania. Być może w odpowiedzi na te wymogi sklepy internetowe coraz częściej zamieszczają ostrzeżenia zdrowotne dotyczące swoich produktów. Zgodnie ze wspomnianą dyrektywą dystrybutorzy muszą również informować właściwe organy o poważnych zagrożeniach oraz swoich działaniach w celu zapobiegania tym zagrożeniom. Przepięstwa w tej dziedzinie mogą być karane pozbawieniem wolności.

W Europie sprzedaż nowego narkotyku jest nie bardziej „legalna” niż sprzedaż innych nietestowanych, nieprawidłowo oznakowanych produktów. Przykładem środków przeciwdziałających sprzedaży „dopalaczy” w oparciu o przepisy dotyczących ochrony konsumentów jest między innymi konfiskata spicet i mefedronu u dostawców we Włoszech i Zjednoczonym Królestwie na podstawie nieprawidłowego oznakowania. Także w Polsce w 2010 r. inspekcja sanitarna zamknęła 1200 sklepów z akcesoriami narkotykowymi.

„dopalaczy”, natomiast badanie kontrolne przeprowadzone w 2010 r. na grupie 1260 uczniów wykazało wzrost tego odsetka do 11,4%. Używanie „dopalaczy” w ciągu ostatnich 12 miesięcy zgłosiło w 2008 r. 2,6% uczniów, a w 2010 r. odsetek ten wzrósł do 7,2%. Wskaźnik używania w ciągu ostatniego miesiąca zmalał natomiast z 1,5% w 2008 r. do 1,1% w 2010 r. Dalsze badania dotyczące wskaźników używania „dopalaczy” w Republice Czeskiej, Irlandii i Hiszpanii pojawią się w 2011 r.

EMCDDA monitoruje dostępność „dopalaczy” w Internecie poprzez regularne ukierunkowane badania wrywkowe. W najnowszym z nich zastosowano 18 z 23 języków urzędowych UE⁽¹⁵⁰⁾, które są językiem

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-metylenodioksy-pirowaleron, pochodna pirowaleronu, która jest objęta kontrolą na mocy wykazu IV konwencji ONZ z 1971 r.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (4-metoksyamfetamina) znajduje się w wykazie I konwencji ONZ z 1971 r. od 1986 r., podczas gdy PMMA (4-metoksymetamfetamina) jest objęta kontrolą na poziomie UE od 2002 r.; zob. EMCDDA (2003).

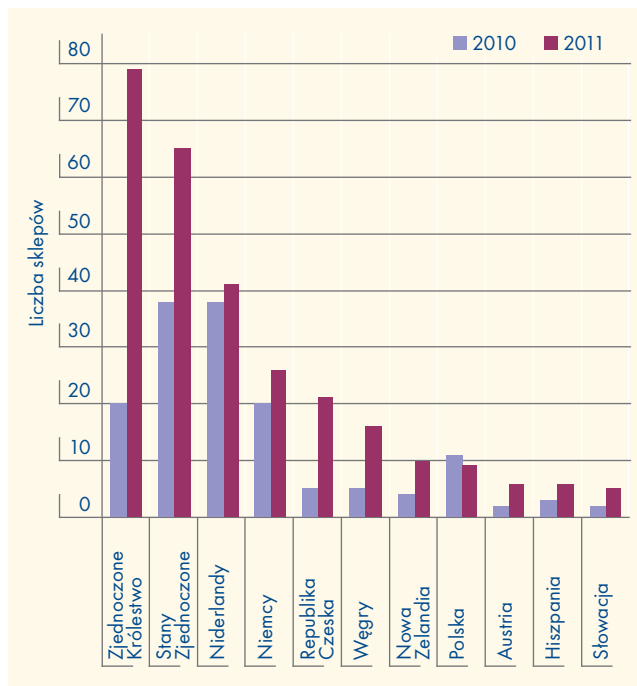
⁽¹⁴⁹⁾ Zob. ramka „Nie do końca legalne »dopalacze«”.

⁽¹⁵⁰⁾ Bułgarski, czeski, duński, niemiecki, grecki, angielski, hiszpański, francuski, włoski, łotewski, węgierski, maltański, niderlandzki, polski, portugalski, rumuński, słowacki i szwedzki.

ojczystym dla 97% populacji UE, a także języki rosyjski i ukraiński. Oprócz wyszukiwania terminu „dopalacze” badania te obejmowały również takie substancje, jak: mieszanki ziołowe (spice, kratom i szafwalia), GBL (gamma-butyrolakton) oraz grzyby halucynogenne. W internetowym badaniu wyrywkowym z 2011 r. zidentyfikowano 314 sklepów internetowych, które sprzedawały „dopalacze” i oferowały wysyłkę do co najmniej jednego państwa członkowskiego UE. Ustalenie państwa pochodzenia sklepu internetowego nie jest proste, jednakże w oparciu takie dane, jak: informacje kontaktowe, kod domeny kraju, waluta oraz informacje o wysyłce, wydaje się, że takie sklepy przeważnie mają siedzibę w Zjednoczonym Królestwie (wykres 20). Najczęściej stosowanym językiem interfejsu był język angielski, który występował w 83% sklepów internetowych przebadanych w 2011 r. Kratom i szafwalia były dwoma najczęściej oferowanymi „dopalaczami” – były dostępne odpowiednio w 92 i 72 sklepach internetowych.

W 2011 r. dostępność produktów typu „spice” w Internecie nadal spadała: 12 z przebadanych internetowych punktów sprzedaży detalicznej miało tę substancję w ofercie, co stanowi spadek w porównaniu z 21 punktami w 2010 r.

Wykres 20: Prawdopodobny kraj pochodzenia sklepów internetowych oferujących „dopalacze”, wykrytych w internetowych badaniach wyrywkowych w 2010 i 2011 r.



UWAGA: W wykresie uwzględnione zostały wyłącznie państwa członkowskie z przynajmniej dwoma sklepami internetowymi zarówno w 2010 r., jak i w 2011 r. W 2011 r. w wyszukiwaniu przeprowadzonym po raz pierwszy w języku rumuńskim zidentyfikowano 13 sklepów internetowych zlokalizowanych w Rumunii.

i 55 w 2009 r. W 2011 r. cena opakowania produktu typu „spice” o masie 3 gramów wynosiła 12–18 EUR, natomiast w 2009 r. cena takiego produktu wynosiła ok. 20–30 EUR. Ten równoczesny spadek dostępności i ceny może wskazywać na konkurencję ze strony innych nowych narkotyków.

Kontrolowanie i nadzorowanie otwartej sprzedaży nowych narkotyków

Szybkie rozprzestrzenianie się nowych substancji zmusza państwa członkowskie do przemyślenia i zrewidowania niektórych ze standardowych odpowiedzi na problem narkotykowy. W 2010 r. zarówno Irlandia, jak i Polska szybko przyjęły przepisy ograniczające otwartą sprzedaż substancji psychoaktywnych nieobjętych kontrolą na mocy prawa antynarkotykowego. Wymagało to od obydwu krajów opracowania dokładnej definicji prawnej tych substancji. W ustawie irlandzkiej substancje te zdefiniowano jako substancje psychoaktywne, które nie są objęte szczególną kontrolą na mocy istniejących przepisów oraz mogą pobudzać lub uspokajać ośrodkowy układ nerwowy, powodując halucynacje, uzależnienie lub znaczne zmiany w funkcjach ruchowych, sposobie myślenia lub zachowania. Produkty lecznicze i żywnościowe, leki dla zwierząt, alkohol oraz tytoń są wyłączone z zakresu stosowania tych przepisów. Polska ustawa odnosi się do „środków zastępczych”, definiowanych jako substancja lub roślina używana zamiast narkotyku podlegającego kontroli lub w takich samych celach jak taki narkotyk, której wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych. Nie określono, czy narkotyk powinien być uważany za szkodliwy.

Ustawa irlandzka jest egzekwowana przez policję. Wysocy rangą funkcjonariusze policji mogą zawiadomić sprzedawcę o zakazie w odniesieniu do sprzedaży; jeśli sprzedawca się do niego nie dostosuje, sąd może wydać „zarządzenie o zakazie”. Sprzedaż, reklama oraz nieprzestrzeganie zakazu podlegają karze więzienia w wymiarze do pięciu lat. W Polsce natomiast ustawa jest egzekwowana przez państwową inspekcję sanitarną. Karą za produkcję środków zastępczych lub wprowadzanie ich do obrotu jest duża grzywna, podczas gdy reklamowanie takich środków podlega karze więzienia w wymiarze do jednego roku. Inspektorzy państwowej inspekcji sanitarnej mogą zakazać handlu „środkami zastępczymi” na okres nawet 18 miesięcy w celu oceny ich bezpieczeństwa, jeśli istnieje uzasadnione podejrzenie, że dany środek może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia. Jeśli okaże się, że środek jest szkodliwy, jego dystrybutor zostaje

obciążony kosztami oceny. Inspektorzy mają również prawo zamykać lokale na okres do trzech miesięcy. W obydwu krajach nie określono ani przestępstwa, ani kary w odniesieniu do używania tych substancji.

Nadzorowanie substancji psychoaktywnych od niedawna podlegających kontroli

W 2010 r. policja w Zjednoczonym Królestwie otrzymała szczegółowe wytyczne dotyczące nadzorowania substancji psychoaktywnych od niedawna podlegających kontroli, a zwłaszcza syntetycznych kannabinoidów, piperazyn i katynonów, jak również GBL i 1,4-butanodiolu (ACPO, 2010). Wytyczne te zawierają informacje dotyczące wyglądu, wzorów używania i działania narkotyków oraz zagrożeń związanych z narkotykami i z obchodzeniem się z nimi. W wytycznych zaleca się spójne w skali kraju podejście do nadzorowania posiadania i dystrybucji takich substancji. Dostrzega się również potrzebę przeprowadzania badań forensycznych w celu prawidłowej identyfikacji substancji oraz określenia wymaganego standardu materiału dowodowego. Kładzie się nacisk na znaczenie wspólnego podejścia stosowanego przez policję i organy lokalne przy kontrolowaniu sklepów z akcesoriami narkotykowymi. Policja zachęcana jest do odwiedzania sklepów z akcesoriami narkotykowymi, aby zbierać informacje, przekazywać informacje właścicielom oraz dać właścicielom okazję do oddania substancji kontrolowanych. W tym celu sugeruje się również opracowanie znormalizowanego pisma, które zawierać będzie zalecenie dla właściciela sklepu, aby przeanalizował podejmowane przez siebie działania i upewnił się, czy są one zgodne z prawem.

Analiza ścieków

Analiza ścieków, czyli epidemiologia ścieków, jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną naukową, która może pozwalać na monitorowanie na poziomie populacji tendencji w używaniu nielegalnych narkotyków.

Postępy w chemii analitycznej umożliwiły identyfikowanie w ściekach nielegalnych narkotyków wydalanych z moczem oraz ich głównych metabolitów już w bardzo małych stężeniach. Jest to porównywalne z pobraniem bardzo rozrzedzonej próbki moczu z całej społeczności (zamiast od poszczególnych osób). Na podstawie ilości metabolitu w wodzie ściekowej można – przyjmując pewne założenia – oszacować ilość narkotyku spożytą przez daną społeczność.

Podczas gdy początkowe badania skupiały się na identyfikowaniu kokainy i jej metabolitów w ściekach, w nowszych badaniach określono szacunkowy poziom konopi indyjskich, amfetaminy, metamfetaminy, heroiny i metadonu. Rozpoznawanie mniej powszechnie używanych narkotyków, takich jak ketamina czy nowe substancje psychoaktywne, wygląda obiecująco.

Ten obszar rozwija się w sposób interdyscyplinarny i korzysta z osiągnięć w szeregu dziedzin naukowych, takich jak: chemia analityczna, fizjologia, biochemia, technologia oczyszczania ścieków oraz konwencjonalna epidemiologia narkomanii. Podczas posiedzenia ekspertów EMCDDA w 2011 r. dotyczącego analizy ścieków określono co najmniej 18 grup badawczych działających w 13 krajach europejskich, które prowadzą prace w tej dziedzinie. Priorytetem w obecnej agendzie badań jest wypracowanie zgodnego stanowiska dotyczącego metod i narzędzi pozyskiwania próbek, jak również stworzenie kodeksu dobrych praktyk.



Bibliografia ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. i Salaspuro, M. (2007), „Buprenorphine misuse in Finland”, *Substance Use & Misuse* 42, s. 1027–8.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. i in. (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence”, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), s. 931–4.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, Londyn.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series No 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. i Humphris, G. (2011), „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, s. 1186–202.
- Allen, D., Coombes, L. i Foxcroft, D.R. (2007), „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study”, *Health Education Research* 22, s. 547–60.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L. i in. (2009), „Modafinil for the treatment of cocaine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1–2), s. 133–9.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L. i Jensen, S.O. (2011), „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 114, s. 134–9.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. i Schuster, C.R. (2010), „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), s. 96–104.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. i in. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.
- Barry, D., Sullivan, B. i Petry, N.M. (2009), „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients”, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), s. 168–74.
- Bell, J. (2010), „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician’s perspective”, *Addiction* 105, s. 1531–7.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. i Schnitzer, S. (2009), „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands”, *European Addiction Research* 15, s. 78–86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. i Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (publikacja dostępna w Internecie).
- Bird, S.M. i Robertson, J.R. (2011), „Toxicology of Scotland’s drugs-related deaths in 2000–2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era”, *Addiction Research and Theory* 19, s. 170–8.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. i McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users’ deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study”, *BMJ* 337, s. a478.
- Bröring, G. i Schatz, E. (red.) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (publikacja dostępna w Internecie).
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. i in. (2009), „Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain”, *European Addiction Research* 15, s. 171–8.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (publikacja dostępna w Internecie).
- Caiaffa, W.T., Zoccrato, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L. i in. (2011), „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?”, *Addiction* 106(1) s. 143–51.

⁽¹⁵¹⁾ Linki do źródeł internetowych można znaleźć w wersji sprawozdania rocznego w formacie PDF, dostępnej na stronie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Carpenido, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J. i Thompson, D.L. (2010), „Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence”, *American Journal of Health Behavior* 34(6), s. 776–87.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. i Hedrich, D. (2011), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges”, *The Howard Journal of Criminal Justice* (w druku).
- Chabrol, H., Roura, C. i Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence”, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. i McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (publikacja dostępna w Internecie).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. i in. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (publikacja dostępna w Internecie).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. i Hickman, M. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database”, *BMJ* 341, s. c5475.
- Correlation Project i Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Wilno.
- CPT (Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu) (2006), *The CPT Standards: 'Substantive' sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (publikacja dostępna w Internecie).
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211–3.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. i Linskey, M. (2009), „Illicit drug use”, w: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Tom 1, Majid Ezzati i in. (red.), Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa (publikacja dostępna w Internecie).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. i Hickman, M. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed”, *Lancet* 376, s. 285–301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. i Hall, W.D. (2011), „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies”, *Drug and Alcohol Dependence* 113, s. 88–95.
- Dennis, M. i Scott, C.K. (2007), „Managing addiction as a chronic condition”, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), s. 45–55.
- Derzon, J.H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming”, *Journal of Primary Prevention* 28(5), s. 421–47.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. i Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States”, *Addiction* 104(9), s. 1441–6.
- Dick, D. i Torrance, C. (2010), „Mixmag drugs survey”, *Mix Mag* 225, s. 44–53.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. i Wodak, A.D. (2005), „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, *Addiction* 100, s. 820–8.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm.
- ECDC i EMCDDA (2011), *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm.
- ECDC i Regionalne Biuro WHO na Europę (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm.
- Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T. i in. (2008), „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence”, *Neuropsychopharmacology* 33(5), s. 1162–70.
- EMCDDA (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (publikacja dostępna w Internecie).
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insight, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2009a), *European report on drug consumption rooms*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issue, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Thematic paper, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (publikacja dostępna w Internecie).
- EMCDDA (2009d), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, Thematic paper, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (publikacja dostępna w Internecie).
- EMCDDA (2010a), *Annual report 2010: the state of the drug problem in Europe*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monograph, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (publikacja dostępna w Internecie).
- EMCDDA (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Selected issue, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Selected issue, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issue, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Selected issue, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA i Europol (2010), *Cocaine – A European Union perspective in the global context*, EMCDDA–Europol joint publications, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- Escot, S. i Suderie, G. (2009), „Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles”, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryż.
- Europejski Trybunał Praw Człowieka: *Sprawa Teixeira de Castro przeciwko Portugalii*, wyrok z dnia 9 czerwca 1998 r., Reports 1998-VI, pkt 38 i 39.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007*, wkład Europolu w konsultacje eksperckie na potrzeby oceny UNGASS.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Haga.
- Fletcher, A., Bonell, C. i Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies”, *Journal of Adolescent Health* 42(3), s. 209–20.
- Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D. i in. (2011), „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction”, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), s. 276–82.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L. i in. (2009), „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), s. 131–8.
- Gregoire, T. i Snively, C. (2001), „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women”, *Drug Education* 31(3), s. 221–37.
- Gripenberg, J., Wallin, E. i Andréasson, S. (2007), „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises”, *Substance Use and Misuse* 42(12–13), s. 1883–98.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (publikacja dostępna w Internecie).
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. i McKendry, R. (2003), „Continuity of care: a multidisciplinary review”, *BMJ* 327, s. 1219–21.
- Hall, W. i Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, s. 1383–91.
- Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. i in. (2010), „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence”, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1–3), s. 20–9.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. i in. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Szwedzka Rada ds. Informacji o Alkoholu i Innych Używkach (CAN), Sztokholm.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. i in. (2011), „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs”, *Molecular Therapy* 19, s. 612–9.
- Hoare, J. i Moon, D. (red.) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey”, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (publikacja dostępna w Internecie).

- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. i Goldberg, D. (2011), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation”, *American Journal of Public Health* (w druku).
- Horsley, T., Grimshaw, J. i Campbell, C. (2010), „Maintaining the competence of Europe’s workforce”, *BMJ* 341, s. c4687.
- Hughes, C.A. i Stevens, A. (2010), „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?”, *The British Journal of Criminology* 50, s. 999–1022.
- Hulse, G.K., Ngo, H.T. i Tait, R.J. (2010), „Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone”, *Biological Psychiatry* 68(3), s. 296–302.
- Hunt, N. i Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Training module, Eurasian Harm Reduction Network, Wilno.
- Hunt, N., Albert, E. i Montañés Sánchez, V. (2010), „User involvement and user organising in harm reduction”, w: EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- INCB (Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork (publikacja dostępna w Internecie).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork (publikacja dostępna w Internecie).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork (publikacja dostępna w Internecie).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. i Lapeyre-Mestre, M. (2011), „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review”, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), s. 832–43.
- Johnston, L.D., O’Malley, P.M., Bachman, J.G. i Schulenberg, J.E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (publikacja dostępna w Internecie).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. i D’Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, Londyn (publikacja dostępna w Internecie).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. i in. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (publikacja dostępna w Internecie).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. i in. (2009b), „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure”, *New England Journal of Medicine* 363, s. 2320–31.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R. i Newton, T.F. (2010), „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment”, *American Journal on Addictions* 19(4), s. 340–4.
- Kaskutas, L., Ammon, L. i Weisner, C. (2004), „A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives”, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, s. 111–33.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. i in. (2010), „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment”, *BMJ* 341, s. c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. i Chassin, L. (2006), „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment”, *Addiction* 101, s. 1730–40.
- Koerkel, J. i Verthein, U. (2010), „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain”, *Suchttherapie* 11(1), s. 31–4.
- Komisja Europejska (2011), „European economic forecast: spring 2011”, *European Economy* 1/2011, Dyrekcja Generalna ds. Gospodarczych i Finansowych, Komisja Europejska.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. i Franck, J. (2010), „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study”, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1–2), s. 130–3.
- Kruisbergen, E.W., De Jong, D. i Kleemans, E.R. (2011), „Undercover policing: assumptions and empirical evidence”, *The British Journal of Criminology* 51, s. 394–412.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. i Whiteside, H.O. (2008), „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program”, *Evaluation and the Health Professions* 31, s. 226–39.
- Laudet, A., Becker, J. i White, W. (2009), „Don’t wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission”, *Substance Use and Misuse* 44, s. 227–52.
- Lawless, M. i Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L. i in. (2008), „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed”, *International Journal of Drug Policy* 19, s. 255–64.

- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. i Greenbaum, P.E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: 12-month outcomes of a randomized controlled trial”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), s. 12–25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. i in. (2010), „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial”, *JAMA* 304(14), s. 1576–83.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (publikacja dostępna w Internecie).
- Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevold, T. i Waal, H. (2010), „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release”, *European Addiction Research* 16(3), s. 139–45.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. i White, J.M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence”, *Addiction* 105(1), s. 146–54.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. i Basso, C. (2010), „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain”, *European Heart Journal* 31(3), s. 318–29.
- Marsden, J. i Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (publikacja dostępna w Internecie).
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G. i Kerr, T. (2011), „Reduction of overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study”, *Lancet* 377, s. 1429–37.
- Marshall, K.S., Gowing, L. i Ali, L. (2011), „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 1.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. i in. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial”, *Archives of General Psychiatry* 66(10), s. 1116–23.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. i in. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage”, *Lancet* 375, s. 1014–28.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. i Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 3, s. CD002209.
- McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. i in. (2010), „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), s. 111–20.
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. i in. (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison”, *Addiction* 105, s. 1545–54.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. i Vuchinich, R. (2005), „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment”, *American Journal of Public Health* 95, s. 1259–65.
- Moore, T. (2008), „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia”, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 404–13.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. i in. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review”, *Lancet* 370, s. 319–28.
- O’Connor, P.G. (2010), „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges”, *JAMA* 304(14), s. 1612–4.
- OECD (2006), „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach”, *OECD Economic Studies* 43, s. 115–54.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. i Davoli, M. (2010a), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 1, s. CD007024.
- Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. i Davoli, M. (2010b), „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, wyd. 9, s. CD008373.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P. i Wolff, F.A. (2002), „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine”, *Addiction* 97(7), s. 773–783.
- Popova, S., Rehm, J. i Fischer, B. (2006), „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada”, *Public Health* 120(4), s. 320–8.
- Prieto, L. (2010), „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?”, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, s. 9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. i in. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, s. 147–55.

- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. i Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, s. 502–6.
- Rada Unii Europejskiej (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 wersja 4 (publikacja dostępna w Internecie).
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures”, *Addiction* 101, s. 315–22.
- Reynaud-Maurupt, C. i Hoareau, E. (2010), „Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»”, *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Saint-Denis (publikacja dostępna w Internecie).
- Richter, C., Romanowski, A. i Kienast, T. (2009), „Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit”, *Psychiatrische Praxis* 36(7), s. 345–7.
- Roche, A., McCabe, S. i Smyth, B. (2011), „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence”, *European Addiction Research* 14, s. 219–25.
- Rome, A., Shaw, A. i Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edynburg.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. i in. (2010), „Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?”, *Addiction* 105, s. 1625–32.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. i Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysakirjoista* [Zgony w Finlandii związane z narkotykami w 2007 r. Interdyscyplinarne badanie forensycznych dokumentów dotyczących przyczyny zgonu], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (publikacja dostępna w Internecie).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 national survey on drug use and health: Volume I. Summary of national findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (publikacja dostępna w Internecie).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. i White, J.M. (2010), „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy”, *Substance Abuse* 31(2), s. 98–107.
- Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D. i in. (2010), „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), s. 157–66.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. i Bird, S.M. (2010), „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993–2008): analyses using OD4 index in England and Scotland”, *BMJ* 341, s. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R. i Dursteler-Macfarland, K.M. (2010), „Effects of a single 50% extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients”, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), s. 450–4.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. i Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison”, *BMC Public Health* 6, s. 170 (publikacja dostępna w Internecie).
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. i Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population”, *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381–95.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. i Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area”, *Addiction* 93, s. 1149–60.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. i in. (2010), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention”, *Journal of Drug Policy* 21(1), s. 56–63.
- Tan, J.A., Joseph, T. i Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving”, *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), s. 1387–95.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (publikacja dostępna w Internecie).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V. i Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Federalna Służba Publiczna – Sprawiedliwość, Bruksela.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. i Rubel, E. (1999), „Natural recovery from cocaine dependence”, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, s. 259–68.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemoczości, Wiedeń.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemoczości, Wiedeń.
- UNODC (2011), *World drug report 2011*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemoczości, Wiedeń.
- UNODC i MCN (Ministerstwo Afganistanu ds. Zwalczania Narkotyków) (2010), *Afghan opium survey 2010*, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemoczości, Wiedeń (publikacja dostępna w Internecie).

- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. i in. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands”, *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143–151.
- Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. i Vergouwen, T.A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known”, *General Hospital Psychiatry* 31(4), s. 394–6.
- Vandrey, R. i Haney, M. (2009), „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?”, *CNS Drugs* 23(7), s. 543–53.
- Whitten, L. (2010), „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response”, *NIDA Notes* 23(3) (publikacja dostępna w Internecie).
- WHO (1986), *Ottawa Charter for health promotion*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa (publikacja dostępna w Internecie).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.
- WHO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.
- WHO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa (publikacja dostępna w Internecie).
- WHO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, Kopenhaga.
- WHO, UNODC i UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. i Cowan, S.A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability”, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (publikacja dostępna w Internecie).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. i Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users”, *American Journal of Public Health* 99, s. 1049–52.
- Winstock, A. (2011), „The 2011 Mixmag drugs survey”, *Mixmag*, March s. 49–59.
- Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. i Wu, Z. (2010), „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges”, *International Journal of Epidemiology* 39, dodatek 2, s. ii29–37.
- Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*, Report on WP 2 of the DPIP-funded project ‘Identification and optimisation of evidence-based HCV prevention in Europe for young drug users at risk’, ZIS, Hamburg (publikacja dostępna w Internecie).

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Sprawozdanie roczne 2011: stan problemu narkotykowego w Europie

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2011

2011 – 118 str. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-481-6

doi:10.2810/47009

Jak otrzymać publikacje UE

Publikacje bezpłatne:

- w EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)
- w przedstawicielstwach i delegaturach Unii Europejskiej (dane kontaktowe można uzyskać pod adresem <http://ec.europa.eu> lub wysyłając faks pod numer +352 2929-42758)

Publikacje płatne:

- w EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

Płatne subskrypcje (np. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, zbiory orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej):

- u dystrybutorów Urzędu Publikacji Unii Europejskiej (http://publications.europa.eu/others/agents/index_pl.htm)

Informacje o EMCDDA

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) jest jedną ze zdecentralizowanych agencji Unii Europejskiej. Centrum, ustanowione w 1993 r. i mające siedzibę w Lizbonie, jest głównym źródłem obszernych informacji na temat narkotyków i narkomanii w Europie.

EMCDDA gromadzi, analizuje i rozpowszechnia rzeczowe, obiektywne, wiarygodne i porównywalne informacje na temat narkotyków i narkomanii. Dostarcza odbiorcom oparty na dowodach obraz zjawiska narkomanii na poziomie europejskim.

Publikacje wydawane przez Centrum są cennym źródłem informacji dla szerokiego grona odbiorców, w tym decydentów oraz ich doradców, specjalistów i badaczy pracujących w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz, ogólniej, mediów i masowego odbiorcy.

Sprawozdanie roczne to ważny przegląd zjawiska narkomanii w państwach członkowskich UE przeprowadzony przez EMCDDA; stanowi ono publikację źródłową dla osób poszukujących najnowszych informacji na temat zjawiska narkomanii w Europie.



Urząd Publikacji

ISBN 978-92-9168-481-6



9 789291 684816